

# CRAJ SCCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



## *En vedette :* Les rapports des comités de la SRC & des associations régionales

### *Éditorial*

Qu'est-ce qu'un rhumatologue?

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

Tout sur le nouveau cours  
de révision de la SCR

### *Consultation de couloir*

Repenser les myopathies  
inflammatoires idiopathiques

### *Hommage boréal*

La rhumatologie, ici et ailleurs :  
Un parcours de 18 ans, d'Istanbul à Ottawa

### *Articulons nos pensées*

Résultats de sondage :  
Développement professionnel  
continu et activités de formation

### *Nouvelles régionales*

Nouvelles de vos collègues  
de Terre-Neuve-et-Labrador

### *Des nouvelles de l'ICORA*

Concours de bourses

### *Arthroscopie*

Mise à jour du Comité pour le programme de l'ASA

Mise à jour du Comité d'examen des résumés

Améliorer notre façon d'apprendre :

Mise à jour du Comité de l'éducation

Faits saillants du Comité pour les lignes directrices

Nouvelles du Comité exécutif pédiatrique

Mise à jour du Comité pour l'optimisation des soins

Lancement du sondage 2020 sur les effectifs  
et le bien-être des rhumatologues au Canada :  
Nouvelles du Comité des ressources humaines

Mise à jour du Comité des communications

Mises à jour de l'ORA, de l'AMRQ, de la BCSR  
et de la SOAR

On estime à 95 100  
le nombre de patients  
dans le monde qui ont reçu le  
baricitinib depuis son lancement.

# ENVISAGEZ OLUMIANT POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR)<sup>1</sup>

Chez les adultes qui ont obtenu une réponse insatisfaisante à au moins un antirhumatismal modificateur de la maladie classique (ARMMc), Olumiant a démontré<sup>1\*</sup> :

- Une amélioration significative du taux de réponse ACR20 démontrée à la 12<sup>e</sup> semaine comparativement au placebo : 66 %<sup>†</sup> vs 39 % (IC à 95 % : de 17,6 à 35,3; p < 0,05)<sup>1</sup>
- Une amélioration des scores d'activité de la maladie (DAS28-hsCRP < 2,6) comparativement au placebo (aucune neutralisation du risque d'erreur de type I) (critères d'évaluation secondaire)<sup>1</sup> :
  - Semaine 12 : 26 % vs 9 % (IC à 95 % : de 10,2 à 23,7; p < 0,05)
  - Semaine 24 : 31 % vs 11 % (IC à 95 % : de 12,9 à 27,2; p < 0,05)
- Une amélioration significative de la variation moyenne de l'indice HAQ-DI entre le départ et la 24<sup>e</sup> semaine vs le placebo : -0,24<sup>†</sup> (IC à 95 % : de -0,35 à -0,14; p < 0,05) (critère d'évaluation secondaire)<sup>1,2</sup>

## Posologie quotidienne pratique<sup>1</sup>

- Dose recommandée : **2 mg une fois par jour**, en association avec le MTX
- Peut être utilisé en monothérapie en cas d'intolérance au MTX
- Peut être pris à n'importe quel moment de la journée avec ou sans aliments

## Olumiant est un inhibiteur sélectif et réversible des protéines janus kinases (JAK)<sup>1\*</sup>

### Indications et usage clinique :

- Olumiant (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 antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM).
- Olumiant peut être utilisé en monothérapie en cas d'intolérance au MTX.
- Il est déconseillé d'utiliser Olumiant en association avec un autre inhibiteur des protéines janus kinases (JAK), un ARMM biologique ou un immunosuppresseur puissant tel que l'azathioprine et la cyclosporine.
- Personnes âgées (> 65 ans) : Utiliser avec prudence.
- Enfants (< 18 ans) : Olumiant ne doit pas être utilisé chez cette population de patients.

### Contre-indications :

- Patients qui présentent une hypersensibilité connue au baricitinib ou à un autre composant de ce produit.

### Mises en garde et précautions les plus importantes :

- **Infections graves** : Les patients traités par Olumiant sont exposés à un risque d'infection grave pouvant entraîner l'hospitalisation ou le décès. La plupart des patients qui ont contracté une telle infection prenaient en concomitance un immunosuppresseur, tel que le MTX ou un corticostéroïde. En cas d'infection grave, il faut interrompre le traitement par Olumiant jusqu'à ce que l'infection ait été maîtrisée. Les infections signalées comprennent les suivantes : tuberculose évolutive – les patients doivent subir des tests de dépistage de la tuberculose avant l'instauration du traitement par Olumiant et pendant celui-ci. En cas d'infection latente, il faut instaurer un traitement antituberculeux avant d'utiliser Olumiant; infections fongiques envahissantes, y compris la cryptococcose et la pneumocystose; infections bactériennes ou virales et autres infections causées par des agents pathogènes opportunistes. Il ne faut pas instaurer de traitement par Olumiant en

présence d'une infection évolutive, y compris les infections chroniques ou localisées. Il faut surveiller étroitement les patients pendant et après le traitement par Olumiant afin de déceler tout signe ou symptôme d'infection.

- **Cancer** : Des cas de lymphome ou d'autres cancers ont été signalés chez des patients qui ont suivi un traitement par Olumiant. Il faut soupeser les risques et les bienfaits associés au traitement par Olumiant avant d'instaurer un tel traitement en présence d'un cancer avéré, à moins qu'il ne s'agisse d'un cancer de la peau non mélanique qui a été traité efficacement, ou au moment d'établir s'il faut poursuivre ce traitement, en cas d'apparition d'un cancer.
- **Thrombose** : On a observé une incidence accrue de thrombose, notamment de thrombose veineuse profonde (TVP) et d'embolie pulmonaire (EP), chez les patients traités par Olumiant. Il y a également eu des cas de thrombose artérielle. Il faut évaluer rapidement tout patient présentant des symptômes de thrombose.

### Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- User de prudence chez les patients qui pourraient être exposés à un risque accru de perforation gastro-intestinale.
- En cas de symptômes abdominaux d'apparition nouvelle, il faut évaluer le patient sans tarder de façon à déceler rapidement une perforation gastro-intestinale.
- Il faut mesurer les taux d'enzymes hépatiques avant l'instauration d'un traitement par Olumiant, puis pendant celui-ci conformément à la stratégie de prise en charge usuelle. En cas d'élévation du taux d'alanine transaminase (ALT) ou d'aspartate transaminase (AST) que l'on soupçonne d'être associée à une lésion hépatique d'origine médicamenteuse, il faut interrompre le traitement par Olumiant jusqu'à ce que cette hypothèse diagnostique ait été écartée.
- Olumiant n'a pas été étudié chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique sévère et, par conséquent, n'est pas recommandé chez ces patients.
- L'utilisation concomitante d'Olumiant et d'un immunosuppresseur puissant n'est pas recommandée.

- Il est déconseillé d'administrer un vaccin vivant durant le traitement.
- Il faut éviter d'utiliser Olumiant en présence d'une infection évolutive, y compris les infections localisées.
- Il faut surveiller étroitement les patients pendant et après le traitement par Olumiant afin de déceler tout signe ou symptôme d'infection.
- Il faut interrompre le traitement par Olumiant en cas d'infection grave, d'infection opportuniste ou de sepsis.
- La prudence est de rigueur lorsque Olumiant est utilisé chez les personnes âgées et les patients diabétiques.
- User de prudence chez les patients qui ont des antécédents de maladie pulmonaire chronique.
- Les patients doivent subir des tests de dépistage de la tuberculose latente ou évolutive avant l'instauration du traitement par Olumiant; le produit ne doit pas être administré aux patients atteints de tuberculose évolutive.
- Si un patient contracte le zona, il faut interrompre le traitement par Olumiant jusqu'à ce que cette infection se soit résorbée.
- Risque d'élévation du taux de créatine phosphokinase (CPK) au cours de la première semaine de traitement par Olumiant.
- Il faut s'abstenir d'instaurer un traitement par Olumiant ou interrompre un tel traitement si le taux d'hémoglobine est < 80 g/L.
- Il faut s'abstenir d'instaurer un traitement par Olumiant si le nombre absolu de lymphocytes (NAL) est < 0,5 x 10<sup>9</sup> cellules/L ou interrompre un tel traitement si le NAL chute sous ce seuil.
- Il faut s'abstenir d'instaurer un traitement par Olumiant si le nombre absolu de neutrophiles (NAN) est < 1 x 10<sup>9</sup> cellules/L ou interrompre un tel traitement si le NAN chute sous ce seuil.
- Il faut effectuer une évaluation des paramètres lipidiques environ 12 semaines après l'instauration d'un traitement par Olumiant, et selon les besoins, par la suite.
- Il faut vérifier le taux de CPK des patients qui sont en proie à certains symptômes musculaires

(faiblesse et/ou douleurs musculaires) afin de déceler d'éventuels signes évocateurs d'une rhabdomyolyse.

- Emploi déconseillé chez les patients atteints d'insuffisance rénale modérée ou sévère, y compris ceux atteints d'insuffisance rénale terminale.
- La prudence est de mise lorsque Olumiant est utilisé en présence de facteurs de risque ou d'antécédents de pneumopathie interstitielle.
- Populations particulières : Ne doit pas être utilisé durant la grossesse. Les femmes aptes à procréer doivent prendre les précautions nécessaires pour éviter une grossesse pendant toute la durée du traitement, et pendant au moins 1 semaine après la fin de celui-ci. L'allaitement est déconseillé durant le traitement par Olumiant.
- Surveillance et épreuves de laboratoire : Il faut évaluer les paramètres lipidiques avant l'instauration du traitement par Olumiant, environ 12 semaines après celle-ci, puis régulièrement par la suite. Il est recommandé d'effectuer un dosage des enzymes hépatiques. Dès lors qu'une lésion hépatique d'origine médicamenteuse est soupçonnée, il faut interrompre le traitement jusqu'à ce que cette hypothèse diagnostique ait été écartée. Il faut évaluer la fonction rénale avant l'instauration du traitement par Olumiant, environ 4 à 8 semaines après celle-ci, puis régulièrement par la suite. Il faut évaluer le nombre de lymphocytes, le nombre de neutrophiles et le taux d'hémoglobine au départ, environ 4 à 8 semaines après l'instauration du traitement, puis régulièrement par la suite.

### Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie à <http://pi.lilly.com/ca/fr/olumiant-ca-pm-fr.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été traités dans le présent document.

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

ACR = American College of Rheumatology; DAS28-hsCRP = score d'activité de la maladie dans 28 articulations selon le taux de protéine C réactive obtenu par dosage hautement sensible; HAQ-DI = indice de capacité fonctionnelle du questionnaire d'évaluation de l'état de santé; IC = intervalle de confiance.

\* Étude de phase III, à double insu de 24 semaines, menée auprès de 684 patients n'ayant jamais été traités par des ARMM biologiques, atteints de PR modérée ou sévère et qui avaient présenté une réponse insatisfaisante ou une intolérance à > 1 ARMMc. Les patients ont été répartis selon un rapport de 1:1:1 pour recevoir le placebo (n = 228) ou le baricitinib à 2 mg (n = 227) ou à 4 mg (n = 227) une fois par jour. Le critère d'évaluation principal était la réponse ACR20 (critères d'amélioration de 20 % de l'American College of Rheumatology) à la 12<sup>e</sup> semaine pour le baricitinib à 4 mg. [Dougados p. 1B, 2C] La dose de 4 mg de baricitinib n'est pas approuvée au Canada.

† Neutralisation du risque d'erreur de type I.

‡ Signification clinique inconnue.

§ L'estimation de l'exposition des patients au baricitinib est fondée sur les ventes cumulatives. La portée clinique est inconnue.

Références : 1. Olumiant (baricitinib) Product Monograph, Eli Lilly Canada Inc., 14 août 2018. 2. Dougados M, van der Heijde D, Chen Y-C, et al. Baricitinib in patients with inadequate response or intolerance to conventional synthetic DMARDs: results from the RA-BUILD study. Ann Rheum Dis 2017;76:88-95. 3. Données internes, Eli Lilly Canada Inc. © 2020 Eli Lilly Canada Inc. Tous droits réservés.

# Qu'est-ce qu'un rhumatologue?

par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« *Qu'y a-t-il dans un nom? Ce que nous appelons rose, Par n'importe quel autre nom, sentirait aussi bon.* » — Juliette.  
Acte II, scène 2 de *Roméo et Juliette*, par W. Shakespeare

Dans mon cabinet de rhumatologie, où j'exerce seul en compagnie d'une secrétaire, certaines des conversations unilatérales les plus intéressantes que j'entends sont celles entre ma secrétaire et des patients potentiels. Après réception et approbation d'une demande de consultation, ma secrétaire appelle le patient afin de fixer un rendez-vous mutuellement acceptable pour une première consultation. Bien que cela semble simple en théorie, c'est souvent plutôt difficile en pratique.

D'une part, les patients semblent souvent étonnés que nous les appelions. « Votre médecin de famille ne vous a pas dit qu'il vous orientait vers un rhumatologue? », dit ma secrétaire. Apparemment non. La réponse que je n'entends pas semble souvent être : « Qu'est-ce qu'un rhumatologue? » Ma secrétaire a une réponse toute prête : « Un rhumatologue est un spécialiste de l'arthrite. » Cela fonctionne généralement bien pour une personne aux prises avec des douleurs articulaires périphériques. Toutefois, nous recevons beaucoup de demandes de consultation en lien avec des résultats anormaux aux tests sérologiques, des taux élevés de créatine kinase, de maux de tête unilatéraux d'apparition récente et des éruptions cutanées inhabituelles, et ces patients ne ressentent souvent aucune douleur articulaire. Cette réponse toute faite sur ce qu'est un rhumatologue doit les mystifier.

Bien que le site Web de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) soit muet à ce sujet, le site Web de l'American College of Rheumatology (ACR) répond à la question de la façon suivante : « Un rhumatologue est un interniste ou un pédiatre qui a reçu une formation supplémentaire dans le diagnostic (la détection) et le traitement des maladies musculosquelettiques et des maladies auto-immunes systémiques communément appelées maladies rhumatismales. Ces maladies peuvent toucher les articulations, les muscles et les os, causant douleur, enflure, raideur et déformation. » ([www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Health-Care-Team/What-is-a-Rheumatologist](http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Health-Care-Team/What-is-a-Rheumatologist))

Peut-être que je devrais transmettre le texte de cette réponse à ma secrétaire.

L'ACR a amélioré la définition de rhumatologue au fil du temps. Je possède encore un dépliant de l'American Rheumatism Association (devenue l'ACR) de 1987 intitulé : « Le rhumatologue : Le médecin spécialisé dans le traitement des douleurs. » Vraiment? Nous avons fait beaucoup de chemin, même si ce n'est que récemment que la principale revue de l'ACR a été rebaptisée *Arthritis and Rheumatology* au lieu de *Arthritis and Rheumatism*.

Je pensais auparavant que la rhumatologie, en tant que spécialité apparaissant en « fin de livre » dans mes anciens manuels de médecine interne, était la seule discipline aux prises avec ce problème. Cependant, même dans le prestigieux domaine de la cardiologie, on retrouve des sites Web expliquant ce qu'est un cardiologue, y compris le site Web de l'American College of Cardiology ([www.cardiosmart.org/Heart-Basics/What-is-a-Cardiologist](http://www.cardiosmart.org/Heart-Basics/What-is-a-Cardiologist)), qui répond à la question de la façon suivante : « Un cardiologue est un médecin spécialisé dans la détection, le traitement et la prévention des maladies du cœur et des vaisseaux sanguins. » Aucune mention n'est faite du médecin superhéros, du médecin grassement payé ou du médecin le plus susceptible de sauver des vies à la télévision.

Notre taux de patients absents à leur rendez-vous étant assez faible, je finis donc par rencontrer la plupart de ces nouveaux patients. Certains avouent qu'ils ne savent pas pourquoi ils ont été dirigés vers moi. « J'ai vu plusieurs spécialistes et personne n'a rien trouvé, alors ils m'ont envoyé vous voir. » « Vous ne faites pas d'arthroplastie du genou? » Apparemment, ils n'ont pas lu l'article d'information complet de l'ACR : « Les rhumatologues traitent les maladies articulaires comme les orthopédistes, mais ne pratiquent pas de chirurgie. » En fait, je ne vois pas beaucoup de similitudes entre la façon dont les rhumatologues et les chirurgiens orthopédistes traitent les maladies articulaires, mais c'est peut-être un thème à aborder une autre fois. De même, l'ACR indique que « les maladies couramment traitées par les rhumatologues comprennent l'arthrose, la goutte, la polyarthrite rhumatoïde, la douleur chronique au dos, les tendinites et le lupus ». Les rhumatologues canadiens surchargés de travail élimineraient probablement trois de ces diagnostics de la liste.

En attendant, j'écoute ma secrétaire se défendre : « Je suis désolée, mais le cabinet n'est pas ouvert le soir et les fins de semaine. » « Oui, le cabinet est fermé le mercredi, mais ça ne veut pas dire que le docteur ne travaille pas. » « Oui, le prochain rendez-vous régulier libre est vraiment dans trois mois. » « Non, nous ne validons pas les bons de stationnement. » Je soupçonne que les questions d'accès aux soins feront l'objet d'un prochain article dans cette série.

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

# COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

## RÉDACTEUR EN CHEF

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

## CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

**Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC**  
Présidente, SCR  
Ancienne chef de la direction,  
Service 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'Alberta  
Edmonton (Alberta)

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



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

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

**Jacqueline C. Stewart, B. Sc. (Hons.), B. Éd., M.D., FRCPC**  
Professeure adjointe d'ensei-  
gnement 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!  
Retrouvez-nous au  
[www.craj.ca/index\\_fr.php](http://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-révisseuse 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. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : décembre 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, à l'adresse suivante : 6500 route Transcanadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5.

# Tout sur le nouveau cours de révision de la SCR

Une séance de Q&R avec les coprésidentes, les D<sup>res</sup> Shahin Jamal et Trudy Taylor

### En quoi consiste exactement le cours de révision de la SCR et pourquoi s'y intéresser?

Le cours de révision de la SCR est un cours d'une journée complète destiné aux rhumatologues cliniciens praticiens. Il aura lieu le mercredi 26 février 2020, avant les séances d'ouverture de l'Assemblée scientifique annuelle (ASM) de la SCR et de l'Association des professionnels de la santé pour l'arthrite (APSA). Le cours sera donné par de dynamiques conférenciers experts qui se pencheront sur des sujets cliniques de premier plan en rhumatologie afin d'examiner les connaissances actuelles et de donner un aperçu des avancées à venir. Le principal objectif du cours est de fournir une mise à jour clinique fondée sur des données probantes concernant d'importantes maladies vues par les rhumatologues, en mettant l'accent sur la pertinence pour le Canada.

### Pourquoi le comité a-t-il décidé de lancer le cours de révision maintenant?

Au fil des ans, des discussions informelles ont eu lieu au sujet de l'introduction d'un cours de révision qui serait présenté avant l'ASA de la SCR et de l'APSA. Le cours de révision de la SCR a été lancé en réponse aux commentaires positifs des membres de la SCR, compilés à partir des évaluations des besoins effectuées au moment du renouvellement de l'adhésion ainsi qu'à l'assemblée générale annuelle de la SCR. Des membres de la SCR ont fait part de leur intérêt à l'égard d'un tel cours, et nous avons donc jugé que c'était un excellent moment pour l'offrir. De plus, le cours préalable pour les résidents a reçu des évaluations très élevées – si élevées, en fait, que de nombreux rhumatologues praticiens ont exprimé leur intérêt et ont même essayé d'y assister. Les évaluations des besoins réalisées auprès des résidents ont indiqué que ces derniers sont plus à l'aise d'apprendre sans la présence de professeurs praticiens dans la salle. La SCR a donc décidé de lancer un cours de révision destiné aux cliniciens qui exercent au Canada.

### À quoi peuvent s'attendre les participants en ce qui concerne les apprentissages et les interactions au cours de la journée?

Les participants peuvent s'attendre à recevoir des mises à jour et des perles sur une variété de sujets/maladies cliniques de base liés à la rhumatologie clinique. Les séances seront interactives, et du temps sera réservé pour les questions de l'auditoire. Ce cours sera aussi l'occasion d'interagir avec des experts du domaine et d'obtenir de l'aide pour des cas cliniques difficiles.

### Le cours de révision de la SCR est-il ouvert à tous ou est-il destiné à un public en particulier?

Ce cours est ouvert aux membres et aux non-membres de la SCR. Il a été conçu pour fournir une mise à jour sur des sujets de



rhumatologie clinique et s'adresse particulièrement au clinicien praticien. Les stagiaires doivent assister au cours préalable pour les résidents, qui a lieu en même temps. Ils ne peuvent donc pas participer au cours de révision. De même, un cours de l'APSA est présenté conjointement.

### Y a-t-il d'autres avantages à y assister (c.-à-d. agrément, certificat, etc.)?

Ce programme est une activité d'apprentissage collectif agréé (section 1), conformément à la définition du programme de Maintien du certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, et est approuvé par la Société canadienne de rhumatologie. Ce sera aussi l'occasion de tisser des liens avec des collègues en pratique clinique et des experts dans de nombreux domaines.

### Pourquoi lancez-vous le cours de révision parallèlement à l'ASA de la SCR et de l'APSA?

La SCR croit qu'il s'agit d'une excellente occasion à valeur ajoutée pour les délégués qui se sont déplacés pour assister à l'ASA de la SCR et de l'APSA. Cette journée supplémentaire vous permet de profiter d'une formation à très haut rendement sur une sélection de sujets cliniquement pertinents.

### Que doivent apporter les participants lors du cours de révision (c.-à-d. outils, ordinateur portable)? Le matériel est-il fourni?

Les participants peuvent apporter tout ce qu'ils veulent pour prendre des notes, mais ce n'est pas obligatoire. Nous prévoyons rendre les diapositives des conférenciers accessibles aux participants sur le site Web de la SCR une fois le cours terminé. Nous encourageons les gens à venir bien reposés et prêts à apprendre!

### Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir?

Les membres de la SCR bénéficient d'un rabais pour s'inscrire au cours de révision, et un rabais pour inscription hâtive sera offert à TOUS ceux qui s'inscrivent avant le 17 janvier 2020. La période d'inscription s'amorcera à la fin novembre (en même temps que l'inscription à l'ASA); les inscriptions des membres de l'industrie sont limitées et réservées exclusivement aux représentants scientifiques et médicaux.

Pour de plus amples renseignements sur le cours de révision de la SCR, visitez le site <https://asm.rheum.ca/fr/cours-de-revision/>

CRA<sup>SCR</sup>

AHPA

ANNUAL  
SCIENTIFIC  
MEETING



ASSEMBLÉE  
SCIENTIFIQUE  
ANNUELLE

VICTORIA, BC • FEBRUARY 26–29 FÉVRIER 2020



Hôtel Fairmont Empress et Centre des congrès  
de Victoria, Victoria, C.-B.

Joignez-vous à nous à Victoria, Colombie-Britannique, pour une semaine de formation et de réseautage sans égal, centrée autour du programme scientifique qui proposera un contenu foisonnant, diversifié et de pointe à travers des conférences, des débats, des ateliers interactifs, des présentations à la tribune et par voie d'affiches, offerts par des experts canadiens et internationaux réputés.

NOUVEAU!

Places limitées

CRA<sup>SCR</sup>  
CANADIAN  
RHEUMATOLOGY  
ASSOCIATION | SOCIÉTÉ  
CANADIENNE  
DE RHUMATOLOGIE

REVIEW  
COURSE | COURS DE  
RÉVISION

Le **Cours de révision** s'adresse à tous les rhumatologues en exercice qui souhaitent mettre à jour leurs connaissances, et s'attardera aux sujets chauds du domaine rhumatologique; il se tiendra le

26 février 2020



NOUVEAU!

Places limitées

La **Conférence canadienne de recherche sur l'arthrite : Agir en collaboration**, coprésentée par la SCR, la Société d'arthrite et les Instituts de recherche en santé du Canada/IALA, se tiendra les 25 et 26 février 2020

La Conférence canadienne de recherche sur l'arthrite réunira des intervenants de diverses disciplines pour explorer les perspectives, faire progresser les connaissances et améliorer le leadership canadien dans le monde de l'arthrite et des maladies rhumatismales.

SOCIÉTÉ  
Arthrite  
Arthritis  
SOCIÉTÉ

CRA<sup>SCR</sup>  
CANADIAN  
RHEUMATOLOGY  
ASSOCIATION | SOCIÉTÉ  
CANADIENNE  
DE RHUMATOLOGIE

IRSC | Instituts de recherche  
en santé du Canada  
CIHR | Canadian Institutes of  
Health Research

LES INSCRIPTIONS  
SONT MAINTENANT OUVERTES

► INSCRIVEZ-VOUS AUJOURD'HUI!

Pour plus de renseignements sur la conférence, visitez



ASM.RHEUM.CA

# ICORA : Concours de bourses

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

L'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) est une division subventionnaire unique de la Société canadienne de rhumatologie (SCR). L'ICORA se veut un catalyseur visant à améliorer les soins dispensés aux Canadiens atteints de tous les types de maladies rhumatismales, ainsi qu'à soutenir les projets de recherche qui s'inscrivent dans l'un des trois thèmes suivants : Équipes de soins multidisciplinaires; Accès rapide pour les patients souffrant de maladies rhumatismales; et Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement.

Compte tenu de la diversité des champs de recherche pertinents dans le domaine de la rhumatologie clinique, il paraissait indiqué d'élargir les trois thèmes initiaux établis pour le financement de l'ICORA.

Une sous-catégorie a donc été ajoutée au thème « Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement » pour le concours de bourses 2020 afin d'inclure les propositions de recherche portant sur l'économie de la santé, la viabilité des soins de santé et l'amélioration de la qualité. Les propositions dans ce domaine peuvent porter sur l'évaluation de la rentabilité, la détermination et l'utilisation d'indicateurs de qualité pour le suivi des soins aux patients et l'évaluation de systèmes visant à soutenir les soins de santé.

Les exigences détaillées concernant les propositions dans la sous-catégorie « enseignement » du thème « Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement » ont été mises à jour en vue du prochain concours, tout comme les exigences relatives au thème « Équipes de soins multidisciplinaires ».



Pour toutes les demandes de bourses présentées dans le cadre du concours de l'ICORA, le chercheur principal ou le cochercheur doit être un membre en règle de la SCR. L'ouverture du concours 2020 visant l'attribution de bourses pour une période d'un an ou de deux ans se fera le 27 janvier 2020. Les lettres d'intention doivent être soumises au plus tard le 21 février 2020. Pour plus de renseignements sur les éléments à inclure dans les demandes de bourses, sur les mesures de résultats possibles pour les catégories de propositions et sur le système de notation, consultez le mandat de l'ICORA à l'adresse <https://rheum.ca/fr/icora/>.

*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 Ontario  
London (Ontario)*

## L'ICORA : Appel de candidatures pour l'octroi de bourses

L'ICORA lance un autre concours de bourses en 2020!

- Ouverture du système de demande de bourse de l'ICORA en ligne le 27 janvier 2020.
- Date limite pour soumettre une lettre d'intention, le 21 février 2020.
- Date limite pour soumettre une demande de bourse à l'ICORA en ligne, minuit le 27 mars 2020.

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site [rheum.ca/fr/recherche/icora/](https://rheum.ca/fr/recherche/icora/)

Toute question peut être adressée à Virginia Hopkins à l'adresse [virginia@rheum.ca](mailto:virginia@rheum.ca)

## Mise à jour du Comité pour le programme de l'ASA

Par Tom Appleton, M.D., Ph. D., FRCPC

# Venez à Victoria et repartez avec une vision de 20/20!

L'année 2020 marque le début d'une nouvelle décennie en rhumatologie. Si on se fie aux 20 dernières années, des avancées passionnantes nous attendent dans le domaine!

Rejoignez-vous à nous du 26 au 29 février à Victoria, C.-B., au Fairmont Empress & Victoria Conference Centre, pour l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) 2020 de la Société canadienne de rhumatologie (SCR). Cette assemblée offrira aux collègues canadiens et étrangers de différents domaines professionnels une occasion d'explorer de façon interactive et stimulante de nouveaux thèmes scientifiques liés à la rhumatologie dans ce cadre pittoresque de la côte de Colombie-Britannique.

L'ASA 2020 s'appuiera aussi sur le succès des nouveaux ateliers « de pointe » lancés en 2019. Ces ateliers offrent un contenu quotidien exceptionnel élaboré par des chefs de file du monde entier et portant sur des sujets cliniques concrets ayant une application directe en pratique clinique.

### Nouveau cette année!

La SCR vous offre deux séances satellites complètement nouvelles la veille du début de l'ASA. Le nouveau cours de révision en rhumatologie offrira une expérience clinique de pointe aux rhumatologues établis qui cherchent de nouvelles façons de stimuler leur pratique et de fournir les meilleurs soins possible aux patients. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez consulter la page 5 de ce numéro du *JSCR*.

À compter de la veille de l'ASA, la nouvelle Conférence canadienne de recherche sur l'arthrite réunira le milieu de la recherche pour discuter de la façon dont nous pouvons « agir en collaboration » pour faire progresser ensemble ce domaine.

### Ateliers participatifs

Les membres de la SCR et de l'Association des professionnels de la santé pour l'arthrite (APSA) ont été invités à soumettre des propositions afin de transmettre leurs connaissances à l'occasion de l'ASA en offrant des ateliers interactifs. Venez rencontrer des collègues considérés comme des chefs de file dans divers domaines, y compris des experts du secteur paramédical, de la gestion de la pratique, de la recherche pragmatique, et bien plus encore!

### Vous nous avez dit que les membres de la SCR adorent la controverse!

En 2020, nous ramènerons les controverses rhumatologiques, qui donnent un aperçu de la façon d'aborder les décisions cliniques difficiles d'après l'expérience de leaders d'opinion en rhumatologie.

Les stagiaires peuvent s'attendre à de fantastiques occasions d'apprendre des meilleurs, y compris le Cours préalable des résidents. De plus, ils auront la chance de communiquer aux participants de l'ASA des points d'apprentissage de haut niveau lors de la séance « Perles cliniques et Cas mystérieux », un incontournable de l'ASA!



Dr<sup>e</sup> Betty Diamond



Dr Dinesh Khanna



Dr Tim Spector

## Nos vedettes de l'ASA!

Nous sommes ravis de présenter un événement exceptionnel réunissant des conférenciers de renommée mondiale lors de l'ASA 2020.

- Le Pr Tim Spector donnera le coup d'envoi à titre de conférencier principal. Auteur de l'ouvrage *The Diet Myth*, devenu un phénomène mondial, il abordera le rôle du microbiome dans la santé humaine et les maladies rhumatismales.
- Le Dr Dinesh Khanna, de l'Université du Michigan, nous entretiendra des maladies pulmonaires interstitielles dans la sclérodémie à l'occasion de la Conférence de pointe.
- La Dr<sup>e</sup> Betty Diamond, des Feinstein Institutes for Medical Research, présentera et résumera les plus récentes recherches d'avant-garde sur le lupus, y compris la façon dont ses travaux

ont permis de mieux comprendre la cause des manifestations neuropsychiatriques du lupus.

L'inscription est ouverte depuis le 29 novembre! Vieux amis, nouveaux liens, causes importantes, contenu canadien et occasions de classe mondiale en rhumatologie : c'est ce que vous offre l'ASA. Je me réjouis à l'avance de vous retrouver à Victoria!

*Tom Appleton, M.D., Ph. D., FRCPC,*

*Président,*

*Comité pour le programme de l'ASA*

*Professeur adjoint de médecine et de rhumatologie,*

*Université de Western Ontario*

*London (Ontario)*

## Mise à jour du Comité d'examen des résumés

Par Vinod Chandran, MBBS, M.D., D.M., Ph. D., et Marinka Twilt, M.D., Ph. D.

Les résumés sont arrivés, et le Comité d'examen des résumés de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) a commencé le travail ardu de lecture et de notation des résumés, avec l'appui de Virginia Hopkins, notre coordonnatrice de la recherche et de l'innovation. Le comité sélectionne les résumés dignes de faire l'objet d'une présentation orale ou d'une présentation par affiche. Notre assemblée continue de susciter l'intérêt des chercheurs, des cliniciens, des stagiaires et de l'industrie. Plus de 280 résumés ont été soumis cette année, portant sur des sujets liés à la rhumatologie allant des sciences fondamentales à la recherche sur les services de santé, en passant par la médecine clinique et translationnelle, l'éducation et l'amélioration de la qualité. Chaque résumé est noté par trois examinateurs, et le meilleur résumé dans chaque catégorie est choisi en fonction de la note moyenne; en cas d'égalité, le président et le coprésident déterminent le gagnant par consensus. Merci aux examinateurs!

Il y aura deux séances de présentations orales au cours desquelles les meilleurs résumés dans chaque catégorie seront présentés et jugés. Il y aura également deux séances interactives de présentations par affiche, au cours desquelles les participants auront la possibilité de discuter des affiches avec les présentateurs. Les présentations orales et par affiche seront jugées pour la première place dans les catégories suivantes :

- Meilleur résumé sur les initiatives concernant la qualité des soins rhumatologiques
- Meilleur résumé de recherche présenté par de jeunes professeurs
- Meilleur résumé de recherche pédiatrique présenté par un jeune professeur
- Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales présenté par un stagiaire

- Prix Phil Rosen du meilleur résumé de recherche clinique ou épidémiologique présenté par un stagiaire
- Prix Ian Watson du meilleur résumé de recherche sur le LÉD présenté par un stagiaire
- Meilleur résumé présenté par un étudiant de médecine
- Meilleur résumé présenté par un résident de niveau postdoctoral
- Meilleur résumé présenté par un résident en rhumatologie
- Meilleur résumé présenté par un étudiant de premier cycle
- Meilleur résumé par un stagiaire de recherche de niveau maîtrise ou doctorat
- Prix du meilleur résumé de recherche sur la spondylarthrite (Nouveau)

Nous nous réjouissons à l'avance de vous retrouver dans la belle ville de Victoria!

*Vinod Chandran, MBBS, M.D., D.M., Ph. D.*

*Président du Comité d'examen des résumés de la SCR*

*Professeur agrégé, Département de médecine,*

*Division de rhumatologie, Université de Toronto*

*Scientifique affilié, Krembil Research Institute,*

*Réseau universitaire de santé de Toronto, Ontario*

*Professeur auxiliaire, Université Memorial, St. John's (Terre-Neuve)*

*Marinka Twilt, M.D., Ph. D.*

*Coprésidente, Comité d'examen des résumés de la SCR*

*Rhumatologue pour enfants, Scientifique clinicienne,*

*Alberta Children's Hospital*

*Professeure adjointe, Département de pédiatrie,*

*Cumming School of Medicine, Université de Calgary,*

*Calgary (Alberta)*

## Améliorer notre façon d'apprendre : Mise à jour du Comité de l'éducation

Par Raheem B. Kherani, B. Sc. (pharmacie), M.D., FRCPC, MHPE

Le Comité de l'éducation nouvellement remanié de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) participe activement à diverses activités liées à l'un des piliers phares de la SCR – l'éducation (les autres étant les soins et la recherche). Nous aimerions remercier les coprésidents de tous les sous-comités, les 29 membres du comité, ainsi que le conseil d'administration et le personnel de la SCR qui ont veillé à ce que les transitions se fassent efficacement. Le comité a tenu des réunions succinctes et productives, en utilisant l'éventail d'outils électroniques mis à sa disposition par la SCR.

### Sous-comité du développement professionnel continu (DPC) – Renouvellement de l'agrément

La SCR a récemment été informée du renouvellement de l'agrément du programme de développement professionnel continu (DPC) du Collège royal, valide jusqu'en 2027, ce qui lui permettra de continuer à contribuer à la prestation d'une formation de haut calibre. Ce processus a permis de passer en revue toutes nos procédures liées à l'agrément des activités de formation offertes par la SCR afin de maximiser les possibilités de formation pour les membres de la SCR. Lors de la 11<sup>e</sup> Conférence nationale annuelle sur l'agrément, tenue récemment, la SCR a collaboré avec le Collège royal à la tenue d'un atelier sur l'agrément du DPC à l'intention de

participants provenant d'organismes nationaux spécialisés chargés de l'agrément du DPC au sein de sociétés et d'universités. L'atelier portait sur l'intégration de l'innovation en DPC à la programmation du DPC. L'initiative de la SCR sur la santé des Autochtones (menée en collaboration avec le Comité de la qualité des soins et le Comité pour le programme de l'Assemblée scientifique annuelle [ASA]) a été très bien accueillie lorsqu'elle a été présentée à l'occasion de cette même conférence.

### Sous-comité des cycles supérieurs – Transition vers le modèle « La compétence par conception », fin de semaine nationale des résidents en rhumatologie et examen NWRITE

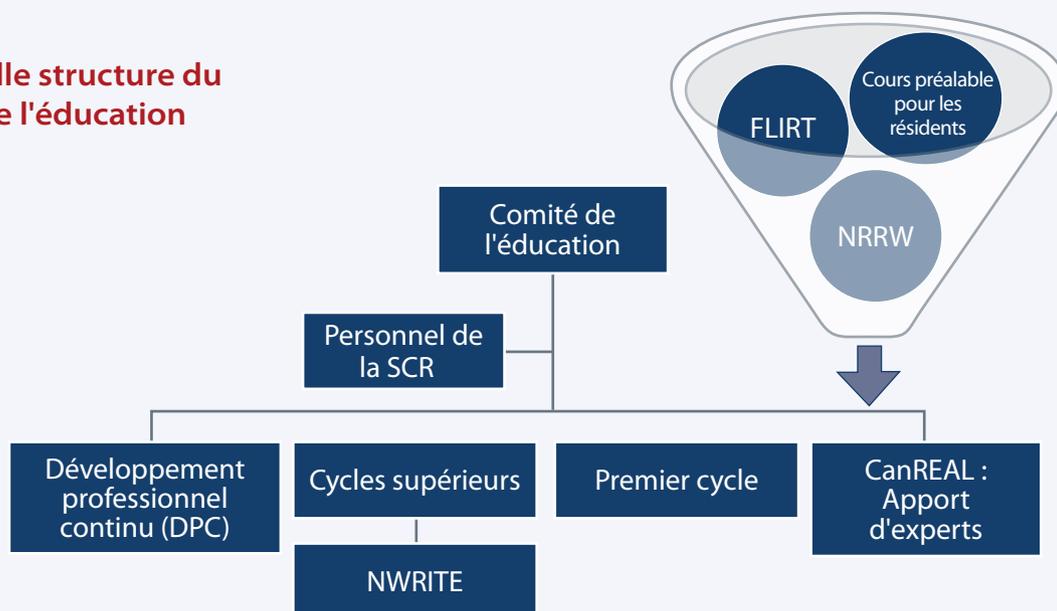
Les programmes de rhumatologie pédiatrique et adulte poursuivent activement leur transition vers le modèle « La compétence par conception » (CPC) de l'approche par compétences en formation médicale, en conformité avec les programmes du Collège royal. Le sous-comité des cycles supérieurs continue d'examiner des stratégies et d'appuyer les programmes en offrant soutien et collaboration. La fin de semaine nationale des résidents en rhumatologie (NRRW) aura lieu du 10 au 12 janvier 2020 à Toronto; tous les résidents en rhumatologie y sont invités. Au cours de cette rencontre, tous les stagiaires en rhumatologie adulte passeront l'examen NWRITE (*National Written Rheumatology In-Training Examination*).



Voici quelques-uns des membres du Comité de l'éducation à l'ASA 2019 de la SCR. Sur la photo, de gauche à droite : les D<sup>rs</sup> Nicole Johnson, Shirley Tse, Mary Bell, Stephanie Yang, Janet Pope, Susan Humphrey-Murto, Marie Clements-Baker, Raheem Kherani, Gregory Choy, Elana Murphy, Mercedes Chan, Jennifer Lee, Marie-Paule Morin, Anna Oswald, Lori Albert et Elishka Pek.

Figure 1.

## La nouvelle structure du Comité de l'éducation



FLIRT: Future Leaders in Rheumatology Training; CanREAL: Canadian Rheumatology Education and Learning; NRRW: National Rheumatology Residents' Weekend; NWRITE: National Written Rheumatology In-Training Examination

### Sous-comité du premier cycle – NURC

L'élaboration du programme national d'études de premier cycle en rhumatologie NURC (*National Undergraduate Rheumatology Curriculum*) se poursuit sous la direction de ce sous-comité. Des commentaires seront recueillis dans l'ensemble du pays, au moyen de consultations, de discussions et de recommandations qui, nous l'espérons, influenceront de manière positive sur la prestation des programmes de formation sur l'appareil locomoteur au Canada.

### Sous-comité CanREAL – Apport d'experts

Nos experts de la formation médicale en rhumatologie continuent de collaborer à une variété de projets. Cette ressource est destinée au personnel, aux comités et aux membres de la SCR qui participent à l'élaboration d'activités de formation médicale en rhumatologie. Le groupe s'est mis actuellement à coordonner le prix Réflexion sur la pratique, en plus de collaborer à l'élaboration du programme de DPC et de l'Assemblée scientifique annuelle ainsi qu'aux discussions du Comité d'examen des résumés.

La date limite du 31 janvier 2020 pour le Maintien du certificat du Collège royal approchant à grands pas, j'encourage les membres à relire la série « Développement professionnel continu (DPC) pour rhumatologues débordés » publiée dans les numéros de l'été 2017, de l'automne 2017 et du printemps 2018 du *JSCR* (accessible à l'adresse [www.craj.ca](http://www.craj.ca)), afin d'y trouver des conseils en vue de satisfaire aux exigences du cycle de certification. Vous pouvez également améliorer et élargir votre apprentissage en utilisant l'application MAINPORT.



**Utilisez l'application MAINPORT!**

**Améliorez votre apprentissage avec les activités de la Section 2**

- **Passez en revue** les réponses aux questions posées par l'auditoire pendant les principales conférences.
- **Enregistrez** votre compréhension et vos plans en tant que **projet d'apprentissage personnel** (Section 2) dans votre application MAINPORT.





**Utilisez l'application MAINPORT!**

**Élargissez votre apprentissage avec les activités de la Section 3**

- **Discutez** de cas connexes difficiles avec vos collègues.
- **Explorez** comment la rétroaction changera votre pratique dans le cadre d'une **évaluation de la pratique** (Section 3) dans votre application MAINPORT.



*Raheem B. Kherani, B. Sc. (pharmacie), M.D., FRCPC, MHPE*  
 Président du Comité de l'éducation de la SCR  
 Professeur clinique agrégé,  
 Université de la Colombie-Britannique  
 Directeur médical,  
 Interdisciplinary Collaborative Arthritis Program,  
 Mary Pack Arthritis Program  
 Vancouver (Colombie-Britannique)  
 Directeur – Rhumatologie, Centre de réadaptation GF Strong  
 Vancouver (Colombie-Britannique)  
 Rhumatologue, West Coast Rheumatology Associates  
 Richmond (Colombie-Britannique)

## Membres et directeur général de la SCR à l'œuvre pour vous lors de la Conférence sur l'agrément du DPC à Ottawa



Lors de la 11<sup>e</sup> Conférence nationale sur l'agrément du DPC. Sur la photo, de gauche à droite : D<sup>r</sup> Ahmad Zbib, directeur général de la SCR; D<sup>r</sup> Gregory Choy, coprésident, sous-comité de DPC; Heather Dow, CAE, CPhT, conseillère en matière d'agrément de la SCR; et D<sup>r</sup> Raheem Kherani, président du Comité de l'éducation de la SCR.

## Faits saillants du Comité pour les lignes directrices

Par Glen Hazlewood, M.D., FRCPC

La Société canadienne de rhumatologie (SCR) a publié ses premières recommandations (pour la polyarthrite rhumatoïde [PR]) en 2012. Depuis, grâce au travail acharné de nos membres, nous avons publié des lignes directrices portant sur une vaste gamme de sujets, qui peuvent être consultés sur le site Web de la SCR ([rheum.ca/fr/resources/publications/](http://rheum.ca/fr/resources/publications/)).

Le Comité pour les lignes directrices reconnaît la nécessité d'élaborer des recommandations « adaptées au Canada », tout en évitant de dupliquer le travail d'autres auteurs ou de sacrifier la qualité des lignes directrices. La SCR a maintenant adopté le système GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) comme approche de prédilection, à l'image d'autres importants groupes. Alors que nous entrons dans la prochaine décennie, nous sommes constamment à la recherche de nouvelles approches pour améliorer l'efficacité de nos lignes directrices et accroître leur impact. Parmi les faits saillants, mentionnons les suivants :

- Adoption ou adaptation des recommandations d'autres groupes, dans la mesure du possible;
- Transition vers un modèle « vivant » d'élaboration de lignes directrices, le cas échéant;
- Collaboration avec d'autres groupes, dont Cochrane, l'American College of Rheumatology (ACR) et l'Australian Rheumatology Association, afin de coordonner les efforts et de réduire le dédoublement;

- Incorporation de nouvelles approches pour améliorer l'efficacité des examens, y compris l'apprentissage machine et la production participative par des stagiaires au Canada et en Australie;
- Intégration de l'équité en santé et des préférences des patients dans nos recommandations;
- Collaboration avec l'initiative de registre sur la PR appuyée par la SCR afin d'utiliser des données en « situation réelle » pour mettre nos recommandations en contexte.

Nous sommes reconnaissants du travail acharné de toutes les personnes concernées. En particulier, un immense bravo à notre groupe engagé de 22 stagiaires, qui ont aidé à réviser les articles pour les lignes directrices sur la PR et la spondylarthrite. Nous sommes toujours à la recherche de nouveaux examinateurs. Si vous souhaitez vous joindre à notre équipe, veuillez envoyer un courriel à Jordi Pardo, à [jpardo@uottawa.ca](mailto:jpardo@uottawa.ca).

Surveillez la suite en 2020!

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

# Nouvelles du Comité exécutif pédiatrique

Par Ron Laxer, MDCM, FRCPC

Tous les membres de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) qui sont des rhumatologues pédiatriques et des stagiaires sont automatiquement considérés comme des membres du Comité exécutif pédiatrique de la SCR, ce qui en fait le plus grand comité de l'organisme. Ce comité compte plusieurs sous-comités, dont ceux sur 1) la défense des intérêts, 2) l'éducation, 3) les ressources humaines et 4) la rhumatologie pédiatrique communautaire. De plus, nos membres participent à d'autres comités de la SCR, notamment ceux de la recherche, des thérapeutiques, de l'optimisation des soins, des ressources humaines, des lignes directrices, de l'éducation, des communications et du programme de l'assemblée scientifique annuelle. Cela permet un important enrichissement

croisé entre les comités et élargit l'apport de la rhumatologie pédiatrique aux activités de la SCR. Trois activités récentes seront brièvement présentées ici.

Le Comité exécutif pédiatrique de la SCR s'occupe de nombreuses initiatives en cours et nouvelles. Deux projets en cours faciliteront la planification des effectifs médicaux et permettront d'évaluer un certain nombre de questions liées à la qualité des soins. Le sous-comité des ressources humaines examine actuellement les ressources médicales dans chaque centre universitaire ainsi que dans la communauté. Michelle Batthish, de l'Université McMaster, dirige ce projet, qui fournira de l'information sur les besoins actuels et futurs. Deb Levy et Jennifer Lee, de l'Université de Toronto, chapeautent actuellement un projet qui vise à étudier les variations dans les processus de soins dans chaque centre de rhumatologie pédiatrique au Canada.

Evelyn Rozenblyum, de l'Université McMaster et de l'Université de Toronto, et Mercedes Chan, de l'Université de la Colombie-Britannique, ont travaillé avec la Société canadienne de pédiatrie (SCP) dans le cadre de notre stratégie de mobilisation. Elles dirigent la mise sur pied d'un « groupe d'intérêt spécial » sur la rhumatologie pédiatrique au sein de la SCP. Lors de la dernière réunion de la SCP à Toronto, en juin dernier, elles ont présenté un atelier très prisé sur les « habiletés nécessaires pour l'examen musculosquelettique pédiatrique » ainsi qu'un séminaire sur l'arthrite juvénile idiopathique (*Juvenile Idiopathic Arthritis: Everything You Ever Wanted to Know But Were Afraid to Ask!*).

Il y a beaucoup d'autres initiatives excitantes et importantes en cours, et nous vous les présenterons dans notre prochaine mise à jour!

Ronald M. Laxer, MDCM, FRCPC

Professeur,

Département de pédiatrie et de médecine,  
Université de Toronto

Rhumatologue,

The Hospital for Sick Children  
Toronto (Ontario)



Les D<sup>res</sup> Evelyn Rozenblyum et Mercedes Chan ont présenté un atelier fort prisé, « *Pediatric Musculoskeletal Examination Skills* », au congrès de la SCP de 2019, en juin, à Toronto.



Les participants à l'atelier sur les compétences en matière d'examen musculosquelettique pédiatrique ont pu acquérir une expérience pratique.

## Mise à jour de 2019 du Comité pour l'optimisation des soins

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

**E**n 2019, le Comité pour l'optimisation des soins a continué de promouvoir des initiatives en matière d'équité (sous la direction de Cheryl Barnabe), de qualité (sous la direction de Claire Barber), d'accès (sous la direction d'Amanda Steiman) et de gestion des ressources (sous la direction de Shirley Lake). Les activités de notre comité sont appuyées et guidées par 25 membres représentant les milieux universitaires et communautaires, les adultes et les enfants ainsi que les différentes régions du Canada. Nos membres sont tous passionnés par les questions relatives à l'optimisation des soins pour les maladies rhumatologiques importantes dans la pratique canadienne.

Au nom des membres du comité, j'aimerais remercier Michel Zimmer, le premier président de ce comité, qui a été à l'origine de notre collaboration en vue d'adopter des solutions pour assurer l'accès aux soins et la mise en œuvre de modèles de soins visant à appuyer le diagnostic et la prise en charge précoces de l'arthrite inflammatoire, ainsi que Stephanie Tom, qui a contribué aux travaux de ce comité pendant sa résidence et au début de sa carrière. J'aimerais également souhaiter chaleureusement la bienvenue à Amanda Steiman, qui a accepté d'assumer la présidence en 2020. Nous sommes entre de bonnes mains grâce à l'esprit d'innovation et au leadership dont a fait preuve Amanda dans la mise en œuvre de modèles de soins convenant aux populations rurales et éloignées et dans le soutien à la formation et à l'affectation de praticiens de soins avancés.

Cette année, les activités du comité comprenaient la présentation des résultats de l'Initiative en santé autochtone de 2018 lors de l'assemblée scientifique annuelle (ASA) et de la *National Continuing Professional Development Accreditation Conference*, de même que la formation d'une autre cohorte de rhumatologues. Nous avons lancé les rondes mensuelles en rhumatologie et santé autochtones, sous la forme d'un club de lecture virtuel,

mais nous sommes en train d'envisager de meilleures façons d'unir cette communauté de pratique pour maximiser une participation équitable aux discussions. Nous avons continué de préconiser l'accès aux médicaments pour les patients couverts par le programme des Services de santé non assurés (SSNA), y compris en ce qui concerne l'hexacétone de triamcinolone pour les injections articulaires en soins pédiatriques.

Nous avons également lancé un projet, en collaboration avec le Comité pour les lignes directrices de la SCR, afin de guider le processus décisionnel fondé sur des preuves pour la mise des lignes directrices sur la polyarthrite rhumatoïde (PR) dans une perspective d'équité. Six groupes de population d'intérêt particulier pour la rhumatologie canadienne sont inclus dans le projet : i) les populations rurales et éloignées; ii) les populations autochtones; iii) les personnes de genre non binaire; iv) les populations de statut socio-économique inférieur; v) les populations réfugiées et minoritaires; et vi) les populations en transition d'âge. Des patients, des intervenants et des fournisseurs de soins de santé spécialisés dans la prestation de soins à ces groupes de population ont été recrutés pour des entrevues et des groupes de discussion afin de mettre en évidence les obstacles et les leviers dans la prise en charge de la PR (merci aux participants!). Ces travaux mèneront à l'élaboration de modèles logiques qui atténuent les inégalités découlant de l'application des directives. Les résultats seront compilés et préparés pour un manuscrit en libre accès qui sera publié en 2020, tout en servant à appuyer le processus continu de mise à jour des lignes directrices.

Nous tenons à remercier tout particulièrement les intervenants engagés de la SCR et du milieu de la rhumatologie pour leurs commentaires sur le bulletin de rendement sur l'optimisation des soins, qui sera mis à l'essai cette année. Nous attendons également les résultats de l'analyse de rentabilité visant à appuyer des modèles de soins novateurs pour l'arthrite inflammatoire, un projet mené en collaboration avec l'Alliance de l'arthrite du Canada, ainsi que les résultats du sondage « Levez-vous pour être compté », qui donne un aperçu des ressources professionnelles paramédicales existantes en rhumatologie au Canada. Les deux deviendront des outils de défense des intérêts essentiels pour les rhumatologues canadiens. Enfin, deux nouvelles recommandations « Choisir avec soin », portant sur la pertinence des opioïdes et des produits biologiques, seront diffusées en 2020.

Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC, M. Sc.  
Présidente, Comité pour l'optimisation des soins  
Professeure agrégée,  
Université de Calgary  
Calgary (Alberta)



La D<sup>re</sup> Kherani présente les résultats de l'Initiative en santé autochtone à la Conférence nationale sur l'agrément en octobre 2019.

# Lancement du sondage 2020 sur les effectifs et le bien-être des rhumatologues au Canada

## Nouvelles du Comité des ressources humaines

Par Stephanie Kulhawy-Wibe, M.D., M. Sc.; Jessica Widdifield, Ph. D., et Claire Barber, M.D., Ph. D., FRCPC

En 2015, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) a mené un sondage national auprès des rhumatologues canadiens afin de mieux comprendre les effectifs en rhumatologie au Canada<sup>1</sup>. Le sondage a permis d'estimer le nombre et les caractéristiques des rhumatologues canadiens, la présence clinique des rhumatologues en équivalents temps plein (ETP) et les départs à la retraite prévus au cours des 5 à 10 prochaines années<sup>1</sup>. Au-delà de l'évaluation des ETP, des départs à la retraite prévus et de la démographie de l'effectif médical, la compréhension de la santé et du bien-être des médecins a suscité une attention croissante au cours de la dernière décennie<sup>2</sup>.

En effet, l'Association médicale canadienne (AMC) suggère que le mauvais état de santé des médecins constitue une menace pour la main-d'œuvre, car il peut entraîner des conséquences négatives pour les médecins et les patients. Il devrait donc être évalué et suivi à intervalles réguliers<sup>3</sup>. Un aspect particulièrement important de la santé des médecins est l'épuisement professionnel. Il s'agit d'un syndrome lié au travail qui se caractérise par trois éléments principaux : l'épuisement, la dépersonnalisation et le manque d'efficacité ou d'accomplissement personnel<sup>4</sup>. L'épuisement professionnel est répandu chez les médecins canadiens, puisque 30 % des participants au Sondage national sur la santé des médecins ont signalé des niveaux élevés d'épuisement professionnel<sup>6</sup>. En outre, cet état a été lié à des soins sous-optimaux aux patients et à une augmentation des erreurs médicales. Malheureusement, on en sait relativement peu sur la santé et le bien-être des rhumatologues canadiens. Ce sujet est pertinent pour l'avenir de la main-d'œuvre en rhumatologie, car l'épuisement professionnel est associé à une réduction des heures de travail et à des départs à la retraite anticipés.



C'est pourquoi le Comité des ressources humaines de la SCR lancera un sondage électronique auprès des rhumatologues canadiens au printemps 2020 afin de mettre à jour la compréhension des caractéristiques et de la répartition actuelles des effectifs, notamment en procédant à une évaluation de la santé et du bien-être des rhumatologues. Du point de vue de la planification des ressources humaines, il est essentiel que tous les rhumatologues canadiens répondent au sondage afin que la SCR dispose de renseignements à jour sur le nombre de rhumatologues au Canada, ainsi que sur les changements dans les caractéristiques de l'effectif au fil du temps.

Surveillez le lancement du sondage sur les effectifs et le bien-être des rhumatologues au Canada au printemps 2020!

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

*Jessica Widdifield, Ph. D.  
Scientifique, Sunnybrook Research Institute, ICES  
Professeure adjointe, Université de Toronto  
Institute of Health Policy, Management et Evaluation  
Toronto (Ontario)*

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

#### Références :

1. Barber CE, Jewett L, Badley EM, et coll. Stand Up and Be Counted: Measuring and Mapping the Rheumatology Workforce in Canada. *J Rheumatol* 2017; 44:248-57.
2. Canadian Medical Association. Physician health matters: a mental health strategy for physicians in Canada. 2010 Disponible à l'adresse [www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com\\_mtree&task=viewlink&link\\_id=49&Itemid=109&lang=en](http://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=viewlink&link_id=49&Itemid=109&lang=en). Consulté en novembre 2019.
3. Canadian Medical Association. CMA policy on physician health. 2017. Disponible à l'adresse [www.cma.ca/cma-policy-physician-health](http://www.cma.ca/cma-policy-physician-health). Consulté en novembre 2019.
4. Drummond D. Physician Burnout: Its Origin, Symptoms, and Five Main Causes. *Fam Pract Manag* 2015; 22:42-7.

# Tofacitinib : le premier inhibiteur des protéines JAK

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

FORMULATION À PRISE

**UNE FOIS PAR JOUR PRATIQUE** | 11 mg 1 f.p.j.<sup>1,2</sup>



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<sup>1</sup>.

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<sup>3\*</sup>

Pr **XELJANZ**<sup>MD</sup>  
[citrates de tofacitinib]  
comprimés à 5 mg

## VASTE EXPÉRIENCE MONDIALE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE



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

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<sup>MC</sup>, 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



**XELJANZ**<sup>MD</sup>  
[citrates de tofacitinib]  
comprimés à 5 mg

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

PP-XEL-CAN-0390-FR

## Mise à jour du Comité des communications

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

L'année 2020 s'annonce excitante pour la Société canadienne de rhumatologie (SCR)! Notre principal projet pour l'année à venir est le lancement de la première saison de notre propre balado! Le balado s'intitulera « *Around the Rheum* » et sera animé par le Dr Daniel Ennis, un rhumatologue nouvellement diplômé qui exerce à Vancouver, en Colombie-Britannique. Le balado comprendra des entrevues avec d'éminents rhumatologues de partout au pays portant sur des sujets choisis par nos membres. Au moment où nous écrivons ces lignes, nous travaillons actuellement sur notre épisode pilote, que nous espérons diffuser d'ici la fin de 2019. Le plan est ensuite de diffuser une saison d'épisodes en 2020. Nous travaillons avec une équipe d'experts, dont David McGuffin de « *Explore Podcast Productions* ». David possède une vaste expérience dans la production de balados professionnels de haute qualité. Surveillez la suite!

Parmi nos autres initiatives actuelles, nous nous efforçons d'accroître notre présence sur les médias sociaux grâce à des forums tels que Twitter et LinkedIn (s'il vous plaît, ajoutez-nous/suivez-nous!). De plus, nous ajouterons une chronique financière/comptable dans le bulletin électronique de la SCR. Cette chronique portera sur des sujets d'intérêt pour nos membres et sera rédigée par un comptable. Nous avons reçu le premier article et il sera publié sous peu.

Kevin, notre coordonnateur du marketing et des communications, s'est révélé un merveilleux atout pour notre comité. Plusieurs nouveaux membres se sont aussi joints à nous au cours des derniers mois. Nous sommes ouverts aux nouvelles idées et suggestions et nous encourageons tous les membres de la SCR intéressés à se joindre à notre comité à nous faire signe! Vous pouvez me contacter à [dax.rumsey@ahs.ca](mailto:dax.rumsey@ahs.ca) ou écrire à Kevin, à [kbajjnauth@rheum.ca](mailto:kbajjnauth@rheum.ca).

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

### VICTORIA: CAN-MSK Courses Focus 2020 – Hand & Foot

THE ABC'S FOR  
 ADVANCED AND BASIC COMPETENCIES  
 IN MSK ULTRASONOGRAPHIE

featuring Carlo Martinoli  
 & an outstanding international faculty



FEB 29 - MAR 1

Fairmont Empress Hotel  
 721 Government St.  
 Victoria, BC

REGISTER TODAY!

[www.crus-surc.ca/courses](http://www.crus-surc.ca/courses)

Fees: \$1250 CDN

(\*\$1050 for CRUS members

and students in training)

Approved for Education Credits



CRUS|SURC

# Rapport de l'ORA

Par Jane Purvis, M.D., FRCPC



Ontario  
Rheumatology  
Association

L'Ontario Rheumatology Association (ORA) continue de représenter activement les rhumatologues de la province sur plusieurs fronts. Nous travaillons toujours en étroite collaboration avec le gouvernement de l'Ontario sur l'accès aux médicaments ainsi que sur la réforme des tests de laboratoire, ainsi qu'avec l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) sur les questions d'assurance. Le Comité de l'informatique s'affaire à créer un tableau de bord pour un dossier médical électronique (DME) en rhumatologie, qui permettra aux participants de voir les résultats de leur propre pratique et de se comparer à l'ensemble des rhumatologues participants dans la province. Nous planifions des ateliers pour les rhumatologues en début d'exercice et, cette année, nous comptons également offrir des ateliers pour ceux qui veulent prendre leur retraite. Le site *Web RheumCareers* continue de mettre en contact ceux qui cherchent des remplacements ou des postes à long terme avec ceux qui ont des postes vacants. Le comité *RheumOpportunities* a créé un sous-comité chargé d'étudier la rhumatologie dans le nord de l'Ontario. Le comité est composé de rhumatologues du sud qui travaillent à temps partiel ou à plein temps dans le nord, ainsi que de professionnels paramédicaux et d'autres intervenants. Nous espérons être en mesure d'évaluer tous les modèles de pratique utilisés dans le nord et de trouver des moyens de les soutenir et de les développer pour aider à créer un modèle de pratique durable dans le nord.

Notre assemblée annuelle s'est tenue du 24 au 26 mai 2019 au Kingbridge Conference Centre à King City. Cette édition a été la plus réussie et la plus courue à ce jour, notamment en raison d'une liste impressionnante de conférenciers, dont le professeur Dennis McGonagle et les docteurs Arthur Kavanaugh, Iain McInnes, Rick Adachi, Tom Appleton, Janet Pope, Edward Keystone et Raashid Luqmani. Nous avons accueilli plus de 200 participants, et les séances plénières, les



**Le conseil d'administration de l'ORA lors de sa dernière réunion. De gauche à droite :**  
(rangée arrière) D<sup>r</sup> Carter Thorne, D<sup>r</sup> Tom Appleton, D<sup>r</sup> Henry Averbs, D<sup>r</sup> Rick Adachi, D<sup>r</sup> Imtiaz Khan; (rangée du milieu) M. Denis Morrice, D<sup>r</sup> Vinod Chandran, D<sup>r</sup> Art Karasik, D<sup>r</sup> Felix Leung, D<sup>r</sup> Philip Baer, M<sup>me</sup> Sandra Kennedy, D<sup>r</sup> Nikhil Chopra, D<sup>re</sup> Deborah Levy; (première rangée) D<sup>re</sup> Thanu Ruban, D<sup>re</sup> Janet Pope, D<sup>re</sup> Jane Purvis, D<sup>re</sup> Vandana Ahluwalia D<sup>re</sup> Julie Kovacs

ateliers et les symposiums ont tous connu un grand succès. Nous planifions notre prochaine réunion, qui se tiendra aussi au Kingbridge Conference Center, du 17 au 19 avril 2020. Réservez cette date dans votre agenda!

Jane Purvis, M.D., FRCPC  
Présidente,  
Ontario Rheumatology Association  
Rhumatologue  
Peterborough (Ontario)

## Mise à jour de l'AMRQ

Par Frédéric Massicotte, Ph. D., M.D., FRCPC

Déjà une autre année! Il me semble que c'est à peine hier que je vous résumais le tableau de la rhumatologie québécoise. J'aimerais bien pouvoir choisir une palette dans les tons de pastel pour peindre la fresque de cette année, mais force est d'admettre que bien des nuages ont persisté. Notre système se replace péniblement des lois de l'ancien ministre de la Santé, le D<sup>r</sup> Barrette, et voilà que le nouveau premier ministre a pris la relève. Durant les derniers mois, les médecins québécois ont été au cœur même de l'actualité politique, le tout sous la menace d'une loi spéciale visant la réduction massive de leur rémunération. Heureusement, une entente de dernière heure, donne une petite accalmie et laisse enfin envisager des jours plus ensoleillés. Dans tout ce tumulte, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a renouvelé son équipe aux communications et cette équipe s'affaire à mieux informer les citoyens sur les vrais enjeux comme la pertinence de l'acte et l'accessibilité aux soins. Malheureusement, pour ce qui est de l'équité salariale au sein de la FMSQ, il reste énormément de travail à faire afin de corriger ces injustices. Par ailleurs, un an s'est écoulé depuis l'implantation du nouveau système de référence québécois et, malgré de nombreux problèmes administratifs, celui-ci s'améliore lentement.

Sur une note plus joyeuse, l'Association des médecins rhumatologues du Québec (AMRQ) se porte bien. Il n'y a pas eu de changement au sein des administrateurs du conseil général. L'AMRQ comporte 130 rhumatologues actifs et plus d'une trentaine de résidents en rhumatologie et en surspécialité! Nous avons une association bien vivante qui, à l'instar de la médecine, se féminise et rajeunit. La jeune relève met activement l'épaulé à la roue et s'implique dans plusieurs domaines thérapeutiques, tant au niveau clinique que dans la recherche.

Parlant de recherche, j'ai eu le plaisir de remettre la Bourse du mérite 2019 au D<sup>r</sup> Jean-Pierre Pelletier (et sa partenaire

de toujours, la D<sup>re</sup> Johanne Martel-Pelletier). Pour ceux qui ne connaissent pas le D<sup>r</sup> Pelletier, au cours des dernières décennies, l'équipe de recherche du D<sup>r</sup> Pelletier s'est hissée au premier rang mondial dans le domaine de l'arthrose. Son parcours comporte plus de 500 publications, près de 1 000 résumés et une douzaine de prix nationaux et internationaux. Félicitations Jean-Pierre!

Les nombreuses activités de l'Association vont bon train. Notre développement professionnel continu est toujours agrémenté de la demi-journée du Top 3 en rhumatologie et de nos congrès. Nos infirmières et infirmiers bénéficient de leur journée de rencontre interdisciplinaire, une journée de formation créée par des rhumatologues spécialement pour elles. De plus, les changements au niveau de l'enseignement aux résidents (approche par compétences) se font progressivement, grâce au travail continu et quelque peu acharné de nos directrices de programme.

Ce sera notre tour de recevoir nos collègues français au Fairmont Le Château Montebello, en septembre 2020, lors de notre congrès annuel. C'est avec plaisir que nous leur témoignerons notre gratitude face à leur hospitalité irréprochable à Bordeaux en 2018.

Nous ne pouvons résumer en quelques mots tout le travail effectué par nos collègues, jeunes et moins jeunes, afin de faire rayonner la rhumatologie québécoise. Cette douce lumière contraste avec le fond plus sombre qui plane sur la médecine québécoise, mais fait que la rhumatologie prend lentement une place bien méritée au sein des spécialités les plus convoitées de la médecine.

*Frédéric Massicotte Ph.D., M.D., FRCPC*

*Président,*

*Association des médecins rhumatologues du Québec (AMRQ)*

*Montréal (Québec)*

## 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](mailto:jyotip@sta.ca). Les soumissions de photos sont grandement encouragées.

# B.C. Society of Rheumatologists (BCSR) – Nouvelles du Pacifique

Par Jason Kur, M.D., FRCPC



Lors de la conférence de BRIESE en septembre 2019 : Un panel de discussion avec (de gauche à droite) le D<sup>r</sup> John Wade, la D<sup>re</sup> Mollie Carruthers, le D<sup>r</sup> Mark Genovese et le D<sup>r</sup> Iain McInnes

**L**a Colombie-Britannique (C.-B.) a continué de déborder d'activité au cours de la dernière année. Le fait saillant a été la récente décision prise au printemps 2019 par BC Pharmacare de rendre obligatoire la substitution non médicale par un biosimilaire pour deux produits d'origine. Nos membres ont participé activement à la conception et à la mise en œuvre de la politique afin qu'elle soit aussi conviviale que possible pour les médecins et les patients. Jusqu'à présent, la transition s'est bien déroulée, malgré le fardeau administratif et clinique supplémentaire imposé à de nombreux cabinets.

L'entente-cadre des médecins : cette année, une nouvelle entente-cadre a été conclue entre les médecins de la C.-B. et le gouvernement provincial. Des progrès importants ont été réalisés, le plus notable étant la transition de nos codes de rajustement du marché du travail (codes spéciaux qui comprennent le fameux code des soins infirmiers de la C.-B.) d'un budget spécial, fixe et incertain, au guide général des tarifs. Il s'agit d'une réalisation capitale après 10 ans de travail acharné et de lobbying. Nous sommes ravis que ce modèle de soins infirmiers devienne la nouvelle norme pour la rhumatologie en C.-B.

Au cours de cette ronde de négociations, des fonds ont également été mis de côté pour la correction des disparités (entre les sections et entre les provinces). Encore une fois, la

BCSR participera au processus avec un arbitre indépendant affecté à ce dossier complexe.

L'assemblée annuelle de la BCSR a eu lieu en septembre dernier dans le cadre de la *British Columbia Rheumatology Invitation Educational Series (BRIESE)* à Vancouver. Les D<sup>rs</sup> Antonio Avina-Zubieta, Mark Genovese et Rick Adachi ainsi que le professeur Iain McInnes faisaient partie des conférenciers.

Nous tenons également à féliciter le D<sup>r</sup> Robert Rothwell, qui prend sa retraite cette année. Le D<sup>r</sup> Rothwell a mené une carrière illustre qui l'a amené d'une formation à l'Université McGill à l'hôpital Saint-Paul à Vancouver et, finalement, à une carrière à New Westminster, en C.-B. En plus de ses contributions cliniques, il a été un leader puissant et un philanthrope, finançant des bourses médicales à l'Université de la Colombie-Britannique. Nous lui souhaitons bonne chance dans les années à venir et nous regretterons son esprit, sa sagesse et sa connaissance du vin, de la cuisine et de l'art lors de nos réunions.

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

## Nouvelles de la SOAR : mise à jour 2019 des provinces de l'Atlantique

Par Trudy Taylor, M.D., FRCPC

Les rhumatologues des différentes provinces maritimes sont revenus à Dalvay by the Sea, à l'Île-du-Prince-Édouard, à l'occasion de la 36<sup>e</sup> assemblée annuelle de la Société des rhumatologues de l'Atlantique (SOAR), qui s'est déroulée du 21 au 23 juin 2019. Les participants ont bénéficié d'une formation exceptionnelle et d'une formidable occasion de passer du temps avec des collègues régionaux.

Cette année, la conférence David Hawkins en rhumatologie, intitulée « *The New Frontier – Comparative Safety of JAK Inhibitors* », a été présentée par le Dr Kevin Winthrop, M.D., MPH, de l'Oregon Health and Sciences University. Il a ensuite donné une présentation intitulée « *Timings and Targets for the Rheumatologist – an Update on Vaccinations* », qui a suscité la réflexion.

Notre deuxième conférencière experte était la Dr<sup>e</sup> Alisa Femia, M.D., de NYU Langone Health. Ses deux excellents exposés s'intitulaient « *What's in the Skin? Perspectives from the Derm-Rheum Clinic* » et « *Essentials of Skin Disease for the Rheumatologist: A Case-based Discussion* ».

Finalement, nos brillants et talentueux futurs rhumatologues nous ont présenté des recherches novatrices et des cas intéressants. Nous sommes très chanceux d'avoir autant de recrues au talent prometteur dans notre région!

Les Big Country Ramblers étaient de retour pour divertir la foule avec leurs rythmes entraînants et leur énergie contagieuse. Nous nous réjouissons qu'ils se joignent à nous à nouveau l'année prochaine!

Les membres de la SOAR ont tellement aimé l'endroit qu'ils ont décidé à l'unanimité de revenir à Dalvay by the Sea l'an prochain pour y tenir l'assemblée annuelle du 19 au 21 juin 2020. Réservez cette date dans votre agenda!

Trudy Taylor, M.D., FRCPC

Professeure agrégée,

Division de rhumatologie,

Département de médecine, Université Dalhousie

Halifax (Nouvelle-Écosse)

## BIENVENUE EN RHUMATOLOGIE

Nous souhaitons la bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Azin Ahrari, Vancouver (C.-B.)

Maha Anbar, Toronto (ON)

Ariane Barbacki, Montréal (QC)

Mena Bishay, Kingston (ON)

Eric Campbell, Calgary (AB)

Chantelle Carneiro, Hamilton (ON)

Lu (Lucy) Chu, Toronto (ON)

Philippe Desaulniers, Laval (QC)

Sandeep Dhillon, Hamilton (ON)

Leah Ellingwood, Vancouver (C.-B.)

Aldi Eski, St-Laurent (QC)

Arpita Gantayet, London (ON)

Ellen Go, Toronto (ON)

Hart Goldhar, Ottawa (ON)

Sarah Hansen, Vancouver, (C.-B.)

Megan Himmel, Toronto (ON)

Dahye (Jenny) Hong,  
Edmonton (AB)

Greg Koller, Edmonton (AB)

Alexandra Ladouceur,  
Montréal (QC)

Lester Liao, Toronto (ON)

Meghan McPherson,  
Vancouver, (C.-B.)

Reza Mirza, Toronto (ON)

Julie Mongeau, Halifax (NS)

Sarah Oberholtzer, Saskatoon (SK)

Jonathan Park, Vancouver, (C.-B.)

Vanessa Rininsland,  
Saskatchewan (MN)

Jessica Salituri, Hamilton (ON)

Petagay Scott Brown, Montréal (QC)

Kamran Shaikh, Toronto (ON)

Tenneille Tana, Kingston (ON)

Shahna Tariq, Edmonton (AB)

Shivani Upadhyaya, London (ON)

Karel Venne, Montréal (QC)

Zachary Wolfmueller,  
Winnipeg (MN)

---

# MARQUEZ VOTRE CALENDRIER :

## Conférence canadienne de recherche sur l'arthrite – Agir en collaboration

25 et 26 février 2020 • Victoria



**Vous cherchez une raison de plus pour vous rendre à Victoria en février? Ne cherchez plus!**

Présentée conjointement par la Société de l'arthrite, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) et l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des Instituts de recherche en santé du Canada (IALA/IRSC), la première Conférence canadienne de recherche sur l'arthrite aura lieu les 25 et 26 février (juste avant l'Assemblée scientifique annuelle de l'Association des professionnels de la santé pour l'arthrite [APSA] et de la SCR) et réunira des intervenants multidisciplinaires pour explorer les perspectives, améliorer les connaissances et renforcer le leadership canadien dans le domaine de l'arthrite et des maladies rhumatismales.

Le contenu du programme est axé sur trois thèmes clés de la recherche sur l'arthrite : la douleur, l'inflammation et la réparation des tissus et la science des mégadonnées. Une série de présentations et de discussions passionnantes permettront de mettre en évidence les progrès actuels et d'explorer les domaines prioritaires pour les recherches futures.

« Les défis de l'arthrite sont trop grands pour être relevés par un seul laboratoire ou organisme », affirme le Dr Hani El-Gabalawy, président du Comité du programme scientifique, professeur de médecine et d'immunologie, titulaire de la chaire de recherche en rhumatologie de l'Université du Manitoba et ancien directeur scientifique de l'IALA-IRSC. « De telles occasions de collaboration et d'échange de connaissances entre cliniciens, scientifiques, patients et intervenants sont essentielles. Nous nous attendons à des discussions très intéressantes. »

Cet événement exige une inscription distincte de l'inscription pour l'Assemblée scientifique annuelle de l'APSA et de la SCR. Les places sont limitées. Veuillez visiter le site [www.arthritis.ca/researchday](http://www.arthritis.ca/researchday) pour plus d'information. Les inscriptions sont maintenant ouvertes.



# Repenser les myopathies inflammatoires idiopathiques

Par Lucy Lu Chu, M.D., et Ophir Vinik, M.D., FRCPC, M. Sc. (santé communautaire)

## Cas de la patiente :

Une femme de 27 ans physiquement active a été dirigée vers un rhumatologue par son médecin de famille pour des douleurs articulaires. Elle décrit des raideurs dans la partie supérieure des bras et des cuisses depuis six mois, accompagnées d'une diminution progressive de l'endurance musculaire proximale et de la tolérance à l'effort. Auparavant, elle était en bonne santé et ne consommait ni médicaments, ni alcool, ni drogues à des fins récréatives. Elle n'a pas d'antécédents familiaux de troubles auto-immuns ou musculaires. À l'examen, elle présente une légère faiblesse des deltoïdes, des biceps et des fléchisseurs de la hanche évaluée à 4+/5 sur l'échelle du Conseil de recherches médicales (CRM). Il n'y a pas d'articulations enflées. L'examen dermatologique ne révèle aucune éruption cutanée, mais on observe de légères dilatations capillaires du repli cutané des ongles. Les résultats des analyses sanguines initiales sont normaux, y compris un taux de protéine C-réactive de 0,7 (N < 5) et de créatine kinase (CK) de 81 (N 20-210). Les résultats de la recherche d'anticorps antinucléaires (AAN), du facteur rhumatoïde (FR) et d'anticorps anti-peptide cyclique citrulliné (anti-CCP) sont négatifs. Les seules anomalies sont une vitesse de sédimentation des érythrocytes de 37 (N < 30) et un taux de lactate-déshydrogénase de 292 (N 140-225).

En raison de la faiblesse musculaire proximale et de l'anomalie des capillaires du repli cutané des ongles, des tests supplémentaires sont effectués. Le panel d'anticorps spécifiques à la myosite (ASM) est positif pour l'anticorps anti-protéine 2 de la matrice nucléaire (NXP2). L'imagerie par résonance magnétique (IRM) met en évidence d'importantes zones d'œdème musculaire touchant les muscles fessiers, psoas-iliaques et quadriceps des deux côtés. La biopsie subséquente du quadriceps révèle une atrophie périfasciculaire d'aspect caractéristique, accompagnée d'une infiltration périvasculaire et septale de cellules inflammatoires lymphohistiocytaires ainsi que de nombreuses inclusions tubuloréticulaires. Ces observations confirment un diagnostic sérologique/pathologique/clinique de dermatomyosite.

## Introduction

Les myopathies inflammatoires idiopathiques (MII) forment un groupe hétérogène d'affections auto-immunes rares, caractérisées par divers degrés d'atteinte musculaire proximale, cutanée et parfois multiorganique. Il est de plus en plus reconnu que les MII ne sont pas une entité unique, mais plutôt un ensemble

d'entités cliniques, sérologiques et pathologiques<sup>1</sup>. La gravité des différentes manifestations, même au sein d'une entité donnée, peut varier considérablement. L'incidence des MII est estimée à 1 pour 100 000 et la maladie peut survenir tout au long de la vie, l'incidence étant généralement plus élevée chez les femmes<sup>2</sup>.

## Caractéristiques cliniques

La dermatomyosite classique se caractérise par une faiblesse musculaire proximale et des éruptions cutanées prototypiques, y compris les papules de Gottron et des modifications poikilodermiques, comme l'éruption héliotrope, le signe du châle, le signe du V et le signe de l'étui de pistolet. Le diagnostic peut devenir difficile chez les patients qui ne présentent pas de faiblesse musculaire manifeste ou d'éruptions cutanées caractéristiques<sup>3</sup>. Un taux de CK normal n'exclut pas une myosite active, puisque près de 15 % des patients atteints de dermatomyosite active peuvent avoir un taux de CK normal<sup>4</sup>. Les résultats histologiques typiques de la dermatomyosite classique comprennent une atrophie périfasciculaire avec infiltrat inflammatoire et inclusions tubuloréticulaires au microscope électronique<sup>3</sup>. Les manifestations de la dermatomyosite peuvent également chevaucher celles d'autres maladies du tissu conjonctif, comme la sclérodermie généralisée.

Une autre entité clinique faisant partie du spectre des MII est le syndrome des antisynthétases. Il s'agit d'une entité hétérogène qui peut comprendre l'arthrite inflammatoire, les mains de mécanicien, le phénomène de Raynaud et la maladie pulmonaire interstitielle. Elle est associée à la présence d'anticorps dirigés contre les enzymes ARNt synthétases<sup>5</sup>.

La myosite nécrosante à médiation immunitaire (aussi connue sous le nom de myopathie auto-immune nécrosante, ou MAIN) est généralement caractérisée par une faiblesse importante accompagnée d'une élévation marquée du taux de CK, mais généralement sans éruption cutanée. Bien que la MAIN puisse être idiopathique, certains cas sont induits par l'exposition aux médicaments, en particulier aux statines. La détection d'anticorps anti-HMG-CoA réductase pourrait aider à appuyer le diagnostic. Les résultats de la biopsie musculaire incluent une nécrose des fibres musculaires médiée par les macrophages et un infiltrat inflammatoire minimal ou absent<sup>5</sup>.

La myosite à corps d'inclusions (MCI), auparavant incluse dans les MII, est une entité pathologique différente. Il s'agit d'une affection dégénérative touchant les muscles proximaux et distaux et caractérisée par une absence de réponse à l'immunosuppression. L'histopathologie montre des vacuoles entourées d'une bordure avec des corps d'inclusion<sup>6</sup>. La polymyosite en tant qu'en-

tité diagnostique est en voie de disparaître. Traditionnellement, elle se caractérisait par l'absence d'éruptions cutanées typiques et de signes histologiques d'atteinte du périnysium<sup>7</sup>. Une meilleure évaluation sérologique/pathologique/clinique permettrait de reclasser la maladie comme une MCI, une myopathie nécro-sante ou un syndrome des antisynthétases<sup>8</sup>.

## Diagnostic

Une anamnèse clinique détaillée et un examen physique sont essentiels lors de l'évaluation des patients qui pourraient présenter une MII. Des ASM sont détectés chez jusqu'à 80 % des patients atteints de MII<sup>9</sup>. Un résultat négatif au test de détection des AAN, observé chez 40 à 60 % des patients atteints de dermatomyosite, n'exclut pas la présence de la maladie ni la possibilité que des ASM soient présents<sup>10</sup>.

L'électromyographie (EMG) peut être utile pour déceler un processus myopathique ou neuropathique sous-jacent. Cependant, utilisée seule, elle ne permet pas de poser un diagnostic de MII<sup>11</sup>. L'IRM musculaire est un outil de diagnostic de plus en plus utilisé. Une séquence pondérée en T2 avec suppression de la graisse ou une séquence STIR (*short tau inversion recovery*) peuvent permettre de déceler un œdème musculaire<sup>11</sup>. Bien que l'œdème musculaire ne soit pas spécifique à la MII, la présence d'une atteinte proximale et symétrique dans un contexte clinique approprié peut être utile. L'IRM permet également de détecter les zones d'atrophie et de remplacement par des graisses, différenciant ainsi les modifications actives des modifications chroniques de la myosite. Cela peut guider le choix du site de la biopsie pour réduire le taux de résultats faux négatifs, qui peut atteindre 45 % pour les biopsies musculaires réalisées à l'aveugle dans les cas de dermatomyosite<sup>11</sup>. Un traitement approprié des échantillons est essentiel, et l'évaluation pathologique devrait inclure la microscopie électronique pour déceler certaines caractéristiques pathologiques, telles que les inclusions tubuloréticulaires<sup>12</sup>.

Les critères diagnostiques de Bohan et Peter, couramment utilisés et datant de 1975<sup>13</sup>, sont très limités. Ils ne tiennent pas compte de la plupart des avancées réalisées dans ce domaine, comme le diagnostic de MCI ou l'avènement des tests de détection des ASM<sup>14</sup>. Bien que les plus récents critères EULAR/ACR (2017) fournissent un meilleur cadre en raison de leur sensibilité et spécificité pouvant atteindre 93 % et 88 %, respectivement, de pair avec une biopsie musculaire<sup>15</sup>, ils ne couvrent pas toujours adéquatement la grande hétérogénéité de ces affections. Ces critères n'intègrent pas non plus les ASM et considèrent toujours la polymyosite comme une entité distincte. Il faut poursuivre les efforts pour améliorer davantage les outils de classification et de diagnostic destinés aux cliniciens<sup>16</sup>.

## Prise en charge

Les MII sont des affections traitables qui exigent une combinaison d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques. Le choix du traitement doit être adapté en fonction des manifestations cliniques et de leur gravité. Une approche multidisciplinaire est recommandée pour prendre en charge les différents aspects systémiques. La physiothérapie, l'ergothérapie et la réadaptation offrent des avantages bien établis<sup>18,19</sup>. Les ortho-

phonistes peuvent aussi évaluer la nécessité de modifier le régime alimentaire en présence d'une dysphagie attribuable à une atteinte des muscles striés dans le tiers supérieur de l'œsophage.

La prednisone à forte dose est la pierre angulaire de la pharmacothérapie initiale. La dose initiale type est de 1 à 1,5 mg/kg/jour<sup>20</sup>. Les options d'épargne des stéroïdes comprennent le méthotrexate, le mofétilmycophénolate et l'azathioprine. Les immunoglobulines par voie intraveineuse constituent un traitement d'appoint chez les patients présentant une maladie musculaire et cutanée plus grave<sup>21</sup>. Il est à noter que l'ampleur de l'élévation de la CK peut ne pas correspondre au degré clinique de faiblesse musculaire, et la normalisation de la CK en cours de traitement ne signifie pas nécessairement une rémission de la maladie. Chez certains patients, le taux de CK fluctue ou ne se normalise jamais complètement malgré une rémission clinique.

Dans les cas de MII survenant chez l'adulte, le risque de cancer au cours des cinq premières années suivant le diagnostic est jusqu'à six fois plus élevé que dans la population moyenne, particulièrement avec la dermatomyosite classique<sup>22</sup>. Il n'existe pas de lignes directrices fondées sur des données probantes pour le dépistage du cancer chez les patients atteints de MII. Les caractéristiques fortement associées à l'apparition d'un cancer en présence de dermatomyosite comprennent le sexe masculin, l'apparition de la maladie après l'âge de 50 ans, les éruptions cutanées classiques, une progression rapide de la maladie, des caractéristiques cliniques préoccupantes relativement à la malignité et la présence d'anticorps anti-NXP2 ou anti-TIF1- $\gamma$  (transcription intermediary factor 1-gamma)<sup>23</sup>. La tomodensitométrie (TDM) du thorax/de l'abdomen/du bassin, l'œsophago-gastro-duodéoscopie et la coloscopie devraient être envisagées chez ces patients<sup>23</sup>. La tomographie à émission de positrons (TEP) s'est révélée équivalente à ces modalités de dépistage<sup>24</sup>. Le traitement du cancer, bien qu'essentiel, est généralement insuffisant pour traiter les manifestations de dermatomyosite associées. Une immunosuppression concomitante doit être administrée en étroite collaboration avec l'équipe soignante en oncologie. Chez les patients atteints de dermatomyosite associée à un cancer qui sont en rémission, la récurrence de manifestations cutanées ou musculaires peut signifier une récurrence du cancer<sup>25</sup>.

### Retour sur le cas de la patiente :

La patiente a commencé à prendre des doses élevées de prednisone et d'azathioprine tout en suivant un programme d'exercices pour renforcer les muscles proximaux. Elle a bien réagi au traitement avec une résolution complète de la faiblesse et des anomalies capillaires du repli cutané des ongles. La patiente a graduellement cessé le traitement par la prednisone sans connaître de récurrence de ses symptômes et suit toujours un traitement d'entretien par l'azathioprine.

📄 Références disponibles en ligne au [www.craj.ca/index\\_fr.php](http://www.craj.ca/index_fr.php)

Lucy Lu Chu, M.D.  
Résidente en rhumatologie,  
Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

Ophir Vinik, M.D., FRCPC, M. Sc.  
(santé communautaire)  
Rhumatologue, Hôpital St. Michael's  
Toronto (Ontario)

# La rhumatologie, ici et ailleurs : Un parcours de 18 ans, d'Istanbul à Ottawa

Par Sibel Zehra Aydin, M.D.

**J**e suis rhumatologue pour adultes et je travaille à l'Université d'Ottawa depuis 2015. Voici le récit de mon parcours personnel en rhumatologie, qui m'a menée d'Istanbul à Ottawa.

J'ai terminé mon stage en rhumatologie en 2001, dans le cadre de ma résidence en médecine interne à l'Université Marmara d'Istanbul, en Turquie. J'ai su à ce moment-là que ce serait ma spécialité. J'étais particulièrement intéressée par les facteurs pronostiques dans les cas de spondylarthrite et j'étais passionnément convaincue que je pourrais aider à mieux comprendre la maladie si je faisais de la recherche. J'ai donc amorcé des travaux de recherche dans ce domaine durant ma formation en médecine interne, mes tout premiers projets portant sur les biomarqueurs de la spondylarthrite, établissant un lien entre l'intestin et les lésions radiologiques. J'ai ensuite entrepris ma résidence en rhumatologie en 2005, à la même université.

J'ai tenu pour la première fois une sonde échographique durant ma première année de résidence en rhumatologie, en 2006. J'ai tout de suite réalisé que je ne pourrais plus exercer sans cet instrument. Cependant, il me fallait apprendre cette technique, et ce, auprès des meilleurs professeurs. Je me suis donc rendue en Italie pour travailler avec les professeurs Walter Grassi et Emilio Filippucci, les deux gourous de l'échographie qui ont changé ma vie à tout jamais. Depuis, l'échographie est non seulement devenue un outil irremplaçable dans ma pratique clinique, mais elle a aussi modifié considérablement le cours de mes recherches.

En 2009, mon chef, le professeur Haner Direskeneli, un homme sage, m'a dit que si je voulais devenir une bonne chercheuse, je devais aller faire des recherches à l'étranger. C'est ainsi que je me suis retrouvée à Leeds, au Royaume-Uni, pour travailler avec le professeur Dennis McGonagle, peu après qu'il eut publié sa théorie sur le complexe synovio-enthésique. Ce fut une période extrêmement productive de ma vie, qui a modifié l'orientation de mes recherches. Une question de recherche en entraînant une autre, j'ai passé 10 ans à étudier l'imagerie et la façon dont cette technique améliore l'évalua-



tion et la compréhension de ces maladies.

Puis, en 2014, j'ai été invitée à rencontrer des membres de la Division de rhumatologie, à Ottawa. Quelle chance j'ai eue de rencontrer ces gens si sympathiques qui s'intéressaient à ce que je faisais et à ce que je pourrais offrir... Après quelques rencontres, nous nous sommes serré la main et ma famille et moi avons déménagé à Ottawa en 2015. Il y a eu certes quelques difficultés en cours de route, mais je me suis toujours sentie choyée d'être à Ottawa. Enfin, j'étais dans un endroit où je pouvais apporter ma contribution, entourée de gens ouverts d'esprit.

Dernier point, et non le moindre, avant que tout cela n'arrive, j'ai fait la rencontre d'un garçon durant mes études secondaires, en 1992. J'ai su qu'il était le bon et il est finalement devenu mon mari et le père de mes deux fils.

Après cette brève introduction, j'aimerais maintenant vous parler de mon processus de transition. Bien que certaines similitudes entre les systèmes de santé canadien et turc m'aient facilité la vie, il y a des différences auxquelles j'ai eu de la difficulté à m'adapter. Voici quelques similitudes et différences :

## 1) Ce que les patients veulent et ce dont ils ont besoin :

Les besoins des patients sont presque universels, c'est pourquoi les soins aux patients ne m'ont posé aucun problème. Une légère différence entre les deux pays est que les décisions médicales en Turquie sont plus souvent prises par les médecins, car les patients ont plus souvent tendance à laisser les décisions aux experts. Je reconnais que le système canadien est davantage axé sur les patients, ce qui reflète les différences culturelles.

## 2) Autre différence culturelle :

Les actes de violence perpétrés contre les médecins et les tentatives de violence à leur égard sont malheureusement devenus un grave problème en Turquie, et ce facteur

contribue largement à l'augmentation de l'épuisement professionnel chez les médecins. Les réactions émotives, qui font partie de la culture méditerranéenne, ce qui peut avoir une incidence sur les réactions des patients aux nouvelles bouleversantes, entraînant malheureusement parfois des comportements violents.

### 3) Assurances :

En Turquie, tous les patients bénéficient de l'assurance-maladie publique, comme au Canada. L'assurance privée a toutefois une signification différente en Turquie, où il existe également des hôpitaux privés qui ne sont pas financés par l'État. Les patients qui le souhaitent ont donc le choix, s'ils ont une assurance privée ou s'ils en ont les moyens, de recevoir des services très rapidement et dans un plus grand confort (services hospitaliers se comparant à ceux d'un hôtel cinq étoiles). Un tel système peut sembler inéquitable, et je crois qu'il l'est. Cependant, il allège également le système public et laisse ainsi plus de temps et de places pour les personnes qui n'ont pas les moyens d'aller en pratique privée.

### 4) Assurance-médicaments :

En Turquie, tous les médicaments sont couverts par le système public de soins de santé; il est donc rare qu'un patient ne puisse se payer des médicaments.

### 5) Longues lettres :

Les médecins de famille et les rhumatologues ne communiquent pas par lettres en Turquie. La documentation n'est destinée qu'au spécialiste, pour lui permettre de faire un suivi de ses évaluations et pour s'assurer que le médecin est protégé légalement en cas de problème, dans la plupart des hôpitaux.

### 6) Délai d'attente pour une consultation avec un spécialiste ou un examen d'imagerie :

En Turquie, les patients n'ont pas à attendre plus de deux mois pour consulter un spécialiste ou subir une chirurgie. De même, le délai pour un examen d'imagerie par résonance magnétique est d'au plus deux semaines. Cette rapidité d'accès impose toutefois un fardeau aux médecins, qui doivent voir un nombre irréaliste de patients tous les jours. Le temps réservé à la recherche est un privilège qui n'est accordé qu'à un petit groupe

de médecins; de nombreux autres doivent soutenir 10 cliniques par semaine.

### 7) Nombre élevé de spécialistes en physiothérapie et rééducation dans l'ensemble du pays :

En Turquie, il y a probablement environ dix fois plus de spécialistes en physiothérapie et rééducation que de rhumatologues, et ces spécialistes traitent les causes non inflammatoires de la douleur musculosquelettique, y compris la fibromyalgie et l'arthrose.

### 8) Trouver mille et une excuses pour ne pas apprendre l'échographie musculosquelettique :

Les obstacles sont universels... tout comme les avantages. Quel que soit l'endroit où je travaille, les obstacles ne sont pas trop difficiles à surmonter lorsque les gens reconnaissent la valeur de cette technique. Je suis très heureuse de constater que l'utilisation de l'échographie est en hausse dans ma division, et que les obstacles se font de plus en plus petits au fil du temps.

Mon parcours a commencé en Turquie, puis m'a menée en Italie et au Royaume-Uni, et il se poursuit maintenant au Canada. Je suis très heureuse et très fière de faire partie de ce prestigieux milieu de la rhumatologie et je continuerai à contribuer aux soins aux patients, à l'éducation et à la recherche, autant que possible.

*Sibel Zehra Aydin, M.D.*

*Professeure agrégée,*

*Faculté de médecine,*

*Division de rhumatologie*

*Clinicienne-chercheuse principale,*

*Programme d'épidémiologie clinique,*

*Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa*

*Directrice de la recherche, Centre de l'arthrite*

*Université d'Ottawa*

*Ottawa (Ontario)*

# Résultats de sondage : Développement professionnel continu et activités de formation

« L'évaluation conduit à l'apprentissage. »

– Cees van der Vleuten, directeur de l'École de formation aux professions de santé, Université de Maastricht, Pays-Bas

Dans le cadre du sondage *Articulons nos pensées* de ce numéro, nous avons interrogé nos membres sur leur développement professionnel continu (DPC) et sur leurs activités de formation. Nous avons reçu 117 réponses au sondage sur un total possible de 588, ce qui donne un taux de réponse de 20 %.

Dans la première question du sondage, nous demandions aux membres à quelle fréquence ils assistaient à l'assemblée scientifique annuelle (ASA) de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) dans le cadre de leur DPC. Trente-huit pour cent des participants ont répondu y assister chaque année, 16 %, tous les deux ans, et 19 %, à quelques années d'intervalle. Seulement 10 % des participants ont répondu ne jamais y assister.

Outre l'ASA de la SCR et d'autres réunions nationales et internationales, les membres participent à un vaste éventail d'activités de DPC. Plus de 80 % des participants au sondage ont répondu qu'ils assistent à d'autres activités de DPC en personne et 50 % ont affirmé qu'ils participent aussi à des activités de DPC en ligne. Au total, 17 % des membres ont répondu qu'ils assistent exclusivement à l'ASA de la SCR et à d'autres réunions nationales et internationales.

En ce qui concerne les différents types de formation, 50 % des répondants disent avoir participé à au moins un webinaire en ligne d'apprentissage en groupe et 55 % à au moins un mo-

dule d'autoévaluation en ligne. Près de 50 % des participants ont également participé à des baladodiffusions médicales, à des rétroactions multisources ou à des évaluations par les pairs. Fait important, 30 % des répondants affirment participer à plus de 20 examens de revues ou présentations en ligne par année.

Lorsqu'on a interrogé les participants sur les autres occasions de formation auxquelles ils prendraient part si la SCR les offrait, les réponses populaires comprenaient les suivantes : séances d'apprentissage en personne en petit groupe (59 %); modules d'autoévaluation en ligne (54 %); séances d'apprentissage en personne en grand groupe (51 %) ainsi qu'examens de revues et présentations en ligne (49 %).

Les répondants ont également dit apprécier les occasions de DPC offertes par la SCR. Un membre a d'ailleurs fait le commentaire suivant : « Je remercie la SCR de soutenir les activités de formation animées par des membres en exercice et destinées aux stagiaires, et de proposer à tous des occasions de formation rigoureuses et bien ciblées. Je la remercie aussi de continuer d'explorer et d'appuyer plus d'options de formation pour ses membres. »

Si vous avez des commentaires à formuler à la SCR au sujet de ses activités de DPC et de formation, veuillez écrire à Claire McGowan à [cmcgowan@rheum.ca](mailto:cmcgowan@rheum.ca).

Tableau 1.

## À quels types d'occasions de formation participeriez-vous si la SCR les offrait?

Réponses (les plus populaires sont mentionnées en premier)

Activité de formation	Pourcentage
Séances d'apprentissage en personne en petit groupe	59 %
Modules d'autoévaluation en ligne	54 %
Séances d'apprentissage en personne en grand groupe	51 %
Examen en ligne de lignes directrices et d'énoncés de position	50 %
Examen de revues et présentations en ligne	49 %
Baladodiffusions médicales	42 %
Webinaires en ligne d'apprentissage en groupe	29 %
Rétroactions multisources ou évaluations par les pairs	11 %
Téléconférences par téléphone	10 %

## Nouvelles de vos collègues de Terre-Neuve-et-Labrador

Par Sean Hamilton, M.D., FRCPC

Lorsque je suis revenu de mon congé sabbatique en octobre 2018, le nombre de rhumatologues pour adultes à Terre-Neuve-et-Labrador, qui n'était que de trois depuis de nombreuses années, avait augmenté à six, et ces renforts ont grandement accru notre capacité d'améliorer les soins rhumatologiques offerts dans cette province.

Cependant, la vieille garde est toujours en place. Voici un commentaire du D<sup>r</sup> Proton Rahman, qui s'exprime à la troisième personne : « Cela fait plus de 20 ans que le D<sup>r</sup> Proton exerce comme rhumatologue au St. Clare's Mercy Hospital de St. John's. Il y est depuis plus longtemps que la plupart des meubles, plafonds et murs (son bureau a été inondé à trois reprises durant cette période). Il continue de traiter des patients en rhumatologie générale et il s'intéresse plus particulièrement à la spondylarthrite. En plus de ses études génétiques et pharmacogénétiques sur l'arthrite psoriasique (toujours en cours, mais aucun gène cliniquement « actionnable » n'a été détecté à ce jour), il a élargi son programme de recherche pour examiner les données en situation réelle et la recherche sur les services de santé sur la spondylarthrite, notamment les stratégies de gestion des listes d'attente. Ses fonctions administratives sont un peu moins lourdes maintenant, depuis qu'il n'est plus doyen associé de la recherche clinique, à l'Université Memorial. Durant ses temps libres, il court sur les collines de St. John's, regarde sa fille jouer au tennis ou pousse le chariot de sa femme chez Costco. » En résumé, le D<sup>r</sup> Rahman est plus que remarquable et nous avons beaucoup de chance de le compter parmi nous.

Nos trois « nouveaux » rhumatologues sont le D<sup>r</sup> Sam Aseer, qui est en poste depuis 2014, la D<sup>re</sup> Natalia Pittman, depuis 2017, et la D<sup>re</sup> Shaina Goudie, depuis 2018. Voici quelques commentaires de Sam et Shaina :

D<sup>r</sup> Aseer : « Cela fait maintenant presque cinq ans que j'exerce à St. John's et je commence à réaliser à quel point le temps file. Je me souviens de la nervosité et de l'anxiété que j'ai ressenties lorsque je suis passé de résident à médecin traitant, durant les premiers mois où j'ai eu à traiter des patients seul. Les cinq dernières années ont été une expérience d'apprentissage incroyable, qui m'a donné l'occasion de m'épanouir professionnellement et personnellement. Je continue de participer à l'enseignement de la médecine tant au premier cycle qu'aux cycles supérieurs, et je trouve cela très enrichissant. Je collabore également à quelques essais cliniques qui sont menés dans notre éta-



Quelques-uns des rhumatologues de Terre-Neuve (dans le sens des aiguilles d'une montre à partir du haut à gauche) : D<sup>re</sup> Natalia Pittman, D<sup>re</sup> Shaina Goudie, D<sup>r</sup> Sam Aseer, D<sup>r</sup> Proton Rahman et D<sup>r</sup> Sean Hamilton.

blissement. J'espère poursuivre ma carrière actuelle et continuer de servir l'extraordinaire population de cette province. »

D<sup>re</sup> Goudie : « Je suis la toute dernière rhumatologue à s'être jointe à l'équipe de Terre-Neuve-et-Labrador et je suis très heureuse d'être de retour chez moi, où le flux constant de consultations intéressantes me tient occupée. Cette dernière année, nous avons établi un record pour ce qui du plus grand nombre de rhumatologues dans la province, et c'est fantastique. J'espère que cela contribuera à susciter un plus grand intérêt pour la rhumatologie chez nos stagiaires locaux. »

Le D<sup>r</sup> Majed Khraishi poursuit sa pratique privée en rhumatologie et ses recherches en rhumatologie.

Le D<sup>r</sup> Paul Dancy continue son travail remarquable auprès des enfants de la province qui sont atteints de maladies rhumatismales.

Sean Hamilton, M.D., FRCPC  
 Chef,  
 Division de rhumatologie,  
 Université Memorial Eastern Health  
 St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)

Un anticorps monoclonal qui se lie de façon sélective à l'interleukine 17A (IL-17A)<sup>1\*</sup>

# 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).



ACR20/50/70 = amélioration d'au moins 20%/50%/70 % selon les critères de réponse de l'American College of Rheumatology.

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

† Étude SPIRIT-P1 : étude multicentrique de 24 semaines (prolongée à 52 semaines), à répartition aléatoire, à double insu et contrôlée par placebo et par groupe de référence actif, menée auprès de 417 patients adultes atteints de rhumatisme psoriasique évolutif malgré la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), de corticostéroïdes ou d'antirhumatismaux modificateurs de la maladie, présentant au moins une érosion articulaire liée à la maladie confirmée par des radiographies des mains ou des pieds, ou un taux de protéine C réactive > 6 mg/L, et des lésions psoriasiques cutanées évolutives, ou des antécédents documentés de psoriasis en plaques. Les patients ont été répartis aléatoirement afin de recevoir : Taltz à une dose de 160 mg, puis de 80 mg toutes les 2 semaines; Taltz à une dose de 160 mg, puis de 80 mg toutes les 4 semaines; l'adalimumab à 40 mg toutes les 2 semaines (groupe de référence actif); ou un placebo. Les patients ayant reçu le placebo ou l'adalimumab ont été de nouveau répartis aléatoirement pour recevoir Taltz à 80 mg toutes les 2 semaines ou toutes les 4 semaines à la 16<sup>e</sup> semaine s'ils avaient eu une réponse inadéquate ou à la 24<sup>e</sup> semaine. Le critère d'évaluation principal était le pourcentage de sujets ayant obtenu une amélioration d'au moins 20 % de la réponse ACR (ACR20) à la semaine 24.

‡ Étude SPIRIT-P2 : étude multicentrique de 24 semaines, à répartition aléatoire, à double insu et contrôlée par placebo menée auprès de 363 patients adultes atteints de rhumatisme psoriasique évolutif malgré la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), de corticostéroïdes ou d'au moins 1 traitement par un médicament

antirhumatisme modificateur de la maladie classique, d'un traitement d'une durée d'au moins 12 semaines suivi de l'abandon d'un ou deux inhibiteurs du TNF $\alpha$  (ou intolérance documentée), et présentant des lésions psoriasiques cutanées évolutives ou des antécédents documentés de psoriasis en plaques. Les patients ont été répartis aléatoirement afin de recevoir : Taltz à une dose de 160 mg, puis de 80 mg toutes les 2 semaines; Taltz à une dose de 160 mg, puis de 80 mg toutes les 4 semaines; ou un placebo. À la semaine 16, les patients n'ayant pas répondu adéquatement au placebo ont été de nouveau répartis aléatoirement (1:1) à l'un des groupes recevant Taltz jusqu'à la semaine 24. Le paramètre d'évaluation principal était le pourcentage de sujets ayant obtenu une amélioration d'au moins 20 % de la réponse ACR (ACR20) à la semaine 24.

**Références :** 1. Monographie de Taltz. Eli Lilly Canada Inc., 8 janvier 2019. 2. Données internes [t\_acrcat\_nri\_itt\_db-RHAP]. Eli Lilly and Company, 2016. 3. Données internes [ad8\_t\_acr\_cat\_nri\_msp\_ex-RHAP]. Eli Lilly and Company, 2016. 4. Nash P, Kirkham B, Okada M, et al. Ixekizumab for the treatment of patients with active psoriatic arthritis and an inadequate response to tumour necrosis factor inhibitors: results from the 24-week randomised, double-blind, placebo-controlled period of the SPIRIT-P2 phase 3 trial. *Lancet*. 2017;389(10086):2317-2327. 5. Mease PJ, van der Heijde D, Ritchlin CT, et al. Ixekizumab, an interleukin-17A specific monoclonal antibody, for the treatment of biologic-naïve patients with active psoriatic arthritis: results from the 24-week randomised, double-blind, placebo-controlled and active (adalimumab)-controlled period of the phase III trial SPIRIT-P1. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(1):79-87.

## Résultats sur l'efficacité mesurée par la réponse ACR chez les patients n'ayant jamais reçu d'agent biologique et chez ceux ayant déjà reçu un inhibiteur du TNF $\alpha$

### Patients n'ayant jamais reçu d'agent biologique

Résultats de l'étude SPIRIT-P1 à la semaine 24<sup>†</sup>

ACR20  
**58 %**

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

ACR50  
**40 %**

40 % des patients traités par Taltz à 80 mg toutes les 4 semaines ont obtenu une réponse ACR50 contre 15 % des patients recevant le placebo ( $p \leq 0,001$  [valeurs non corrigées en fonction de la multiplicité], paramètre d'évaluation secondaire;  $n = 107$  et  $106$ , respectivement)<sup>1</sup>

ACR70  
**23 %**

23 % des patients traités par Taltz à 80 mg toutes les 4 semaines ont obtenu une réponse ACR70 contre 6 % des patients recevant le placebo ( $p \leq 0,001$  [valeurs non corrigées en fonction de la multiplicité], paramètre d'évaluation secondaire;  $n = 107$  et  $106$ , respectivement)<sup>1</sup>

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

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

### Patients ayant déjà reçu un inhibiteur du TNF $\alpha$

Résultats de l'étude Spirit-P2 à la semaine 24<sup>†</sup>

ACR20  
**53 %**

53 % des patients traités par Taltz à 80 mg toutes les 4 semaines ont obtenu une réponse ACR20 contre 20 % des patients recevant le placebo ( $p < 0,001$ ;  $n = 122$  et  $118$ , respectivement)<sup>1</sup>

ACR50  
**35 %**

35 % des patients traités par Taltz à 80 mg toutes les 4 semaines ont obtenu une réponse ACR50 contre 5 % des patients recevant le placebo ( $p < 0,0001$  [valeurs non corrigées en fonction de la multiplicité], paramètre d'évaluation secondaire;  $n = 122$  et  $118$ , respectivement)<sup>1,4</sup>

ACR70  
**22 %**

22 % des patients traités par Taltz à 80 mg toutes les 4 semaines ont obtenu une réponse ACR70 contre 0 % des patients recevant le placebo ( $p < 0,0001$  [valeurs non corrigées en fonction de la multiplicité], paramètre d'évaluation secondaire;  $n = 122$  et  $118$ , respectivement)<sup>1,4</sup>

#### Indication et usages cliniques :

Taltz est indiqué pour le traitement :

- du psoriasis en plaques modéré ou grave chez les adultes qui sont candidats au traitement à action générale ou à la photothérapie;
- 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).

#### 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 encore 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](http://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. Il est aussi possible de se procurer la monographie en composant le 1-888-545-5972.

<sup>Pr</sup> **XELJANZ**<sub>MD</sub>   
[citrates de tofacitinib]

**QUESTIONS?**

**DEMANDEZ À UN**  
**XPERT**

**– VOTRE REPRÉSENTANT PFIZER**



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié  
© 2020 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5  
PP-XEL-CAN-0449-FR

 MEMBRE DE  
MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA