

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



À la une : Bilans des comités de la SCR et des associations régionales

Éditorial

La stratégie « cœur-exploration » :
la suite de *Qu'est-ce qu'un rhumatologue*

Des nouvelles de l'ICORA

Prix de l'ICORA 2020

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

Quels sont les rouages de la SCR?

Le bulletin des membres du personnel (2^e partie)

Prix, nominations et distinctions

À l'honneur :

D^r Ciarán Duffy et D^{re} Dafna Gladman

Hommage boréal

L'héritage de Hugh

Réflexions : la Northern Ontario Outreach Clinic

Passer le relais du leadership scientifique

de la recherche sur l'arthrite au Canada –

Célébrer l'héritage d'un leader visionnaire

Épuisement professionnel chez le rhumatologue

Nouvelles régionales

Nouvelles de la Saskatchewan

Arthroscopie

Le « Who's Who » de la formation
post-universitaire en rhumatologie

Nouvelles du Comité pour le programme de l'ASA

Nouvelles du Comité de sélection des résumés

Rapport du Comité des ressources humaines

Mise à jour du Comité des communications

Rapport du Comité de l'éducation

Compte rendu du Comité pour
l'optimisation des soins

Nouvelles du Comité des thérapeutiques

Compte rendu du Comité de pédiatrie

Bilan du Comité pour les lignes directrices

Nouvelles du Pacifique :

B.C. Society of Rheumatologists (BCSR)

Mise à jour de l'AMRQ

Rapport 2020 de l'ORA

Société de l'arthrite :

Nouvelles ressources pour les patients

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)¹

Chez les adultes qui ont obtenu une réponse insatisfaisante à au moins un antirhumatismal modificateur de la maladie classique (ARMMc), Olumiant a démontré^{1*} :

- Une amélioration significative du taux de réponse ACR20 démontrée à la 12^e semaine comparativement au placebo : 66 %[†] vs 39 % (IC à 95 % : de 17,6 à 35,3; p < 0,05)¹
- 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)¹ :
 - 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^e semaine vs le placebo : -0,24[†] (IC à 95 % : de -0,35 à -0,14; p < 0,05) (critère d'évaluation secondaire)^{1,2}

Posologie quotidienne pratique¹

- 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)^{1*}

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 10⁹ 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 10⁹ 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^e 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.

La stratégie « cœur-exploration » : la suite de *Qu'est-ce qu'un rhumatologue*¹

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« *Le passé est un prologue.* »

– *La Tempête*, de William Shakespeare

Comment les modèles de pratique de la rhumatologie du passé influencent-ils les rhumatologues d'aujourd'hui?

Lors d'un récent grand événement de FMC sur les soins primaires, je me suis mêlé aux participants après avoir présenté une étude sur l'ostéoporose. Un étranger s'est approché en me présentant sa carte de visite et a commencé à discuter de son projet de recherche/entreprise dans le domaine de la fibromyalgie. Voici « la demande » : Pourrais-je examiner le protocole et le plan d'affaires et lui donner des conseils? J'ai répondu que, même si j'étais flatté d'être pris en considération, la fibromyalgie n'était plus un centre d'intérêt principal des rhumatologues, y compris moi-même. Je lui ai recommandé de consulter les sites Web de la SCR et de la Société canadienne de la douleur pour trouver quelqu'un de plus approprié.

Cette demande m'a fait réfléchir à l'évolution de la rhumatologie en tant que discipline. Au cœur de la discipline, tout le monde s'accorde sur la primauté des arthrites inflammatoires et des « maladies du tissu conjonctif », mal nommées. Cependant, si la goutte est l'arthrite inflammatoire la plus courante, en particulier chez les hommes, elle ne fait manifestement pas partie de la Sainte Trinité de la polyarthrite rhumatoïde (PR), de l'arthrite psoriasique (AP) et de la spondyloarthrite (SpA) axiale.

Seule une minorité de rhumatologues traitent l'ostéoporose (OP) en tant que diagnostic primaire. La lombalgie est une maladie orpheline, mais omniprésente. Les orthopédistes et les neurochirurgiens ne veulent certainement pas voir des patients non sélectionnés atteints de cette maladie, pas plus que les rhumatologues. Cela pourrait-il expliquer l'absence relative des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) de ma pratique (prévalence de 0,5 à 1 % de la population générale, similaire à celle de la PR, mais sous-représentée dans ma pratique par rapport à la PR par un facteur de 5:1), ainsi que le retard de 5 à 9 ans couramment cité dans le diagnostic de la SA? En Ontario, nous augmentons le nombre de sites CIEEL (Cliniques interprofessionnelles d'évaluation et d'éducation en matière de lombalgie) pour tenter de mieux prendre en charge des personnes atteintes de lombalgie². Les tentatives européennes d'enrichir la probabilité de trouver des patients présentant des douleurs dorsales inflammatoires parmi les masses de patients de moins de 45 ans atteints de lombalgie chronique viennent également à l'esprit.

Certains rhumatologues sont heureux d'examiner des affections simples comme la tendinite, la bursite, le syndrome de la coiffe des rotateurs, l'épicondylite et le doigt de gâchette.

D'autres n'ont de temps pour rien d'autre que nos affections fondamentales. « Ces affections doivent être prises en charge dans le cadre des soins primaires », tel est le refrain. Le problème, bien sûr, est la formation limitée de la plupart des praticiens de soins primaires en ce qui concerne les affections musculosquelettiques de ce type, ainsi que l'ostéoporose et la goutte, qui devraient aussi, idéalement, être traitées dans leurs bureaux. La disponibilité limitée des physiatres et le fait qu'ils se concentrent sur la réadaptation complexe et les affections traumatiques/neurologiques entraînent également l'orientation de ces patients à des rhumatologues.

Après avoir renoncé à l'arthrose vertébrale et à la discopathie dégénérative, qu'en est-il de l'arthrose périphérique des mains, des hanches et des genoux? Après tout, l'ACR et l'EULAR continuent de produire des lignes directrices à ce sujet, dont la plus récente est l'ébauche des lignes directrices de l'ACR/Arthritis Foundation présentée lors de l'assemblée 2019 de l'ACR. C'est la forme d'arthrite la plus courante de toutes, mais est-elle au cœur d'une discipline, sans parler de la rhumatologie? Tom Appleton et Gillian Hawker sont d'éminents chercheurs canadiens qui se consacrent à l'arthrose, mais mes pairs ne s'y consacrent certainement pas. Je ne me souviens pas de la dernière fois où quelqu'un a choisi de présenter un article sur l'arthrose dans les deux clubs de lecture auxquels je participe régulièrement. La vascularite est un sujet largement surreprésenté lors de ces événements, par rapport à sa faible prévalence. Tout patient atteint d'arthrose de la hanche ou du genou devrait-il consulter un rhumatologue avant d'être orienté vers un chirurgien orthopédique, afin de s'assurer que la prise en charge médicale a été entièrement épuisée avant le remplacement total de l'articulation? Impossible dans le contexte actuel au Canada. Là encore, l'Ontario expérimente l'évaluation centrale de ces patients dans des cliniques d'accès rapide spécialisées, dont l'étape initiale est le triage par des physiothérapeutes ou des infirmières praticiennes qualifiés³. Il est probable que ces approches existent ou soient envisagées ailleurs dans notre système de santé canadien balkanisé.

Artie Kavanaugh a fait un commentaire éloquent lors de la séance *ACR 2019 Rheumatology Roundup*, couvrant les points forts de la réunion. Bien qu'il n'ait pas mentionné l'ébauche des lignes directrices sur l'arthrose et la goutte qui y a été présentée, il a fait des commentaires sur la présence de la recherche sur la fibromyalgie (FM) lors de la réunion, y compris des affiches

Suite à la page 5

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

RÉDACTEUR EN CHEF

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

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

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

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

MEMBRES

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Code d'accès : **craj**

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

ÉQUIPE DE PUBLICATION

Paul F. Brand
Directeur exécutif

Jyoti Patel
Responsable de la rédaction

Catherine de Grandmont
Rédactrice médicale principale
(version française)

Donna Graham
Responsable de la production

Dan Oldfield
Directeur de création

Robert E. Passaretti
Éditeur

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

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

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

La stratégie « cœur-exploration » : la suite de *Qu'est-ce qu'un rhumatologue*¹

Suite de la page 3

et des séances simultanées, ainsi que sur les lignes directrices relatives à la FM promulguées par divers organismes de rhumatologie (y compris la SCR). Peut-être ironiquement, il a estimé que si les rhumatologues ne veulent pas être considérés comme des experts en soins de la FM, peut-être que ces recherches ne devraient pas faire partie de nos réunions. Bien sûr, si nous ne créons pas ces lignes directrices, qui le fera? Le public visé est celui des praticiens de soins primaires à qui nous voulons nous décharger des cas de goutte, d'arthrose, de FM et d'ostéoporose, et non aux rhumatologues.

Pouvons-nous tirer une leçon du légendaire Warren Buffett pour aider à résoudre ces dilemmes? Comme de nombreux gourous de l'investissement, il préconise que les investisseurs non professionnels devraient « acheter le marché » en achetant et en détenant à faible coût des FNB (fonds négociés en bourse) à large indice d'actions et d'obligations : le cœur. Parallèlement, toutes les sociétés d'investissement reconnaissent le désir des investisseurs de détail de frapper un coup de circuit, plutôt que d'accepter des rendements laborieux composés sur plusieurs décennies. D'où la stratégie « cœur-exploration » : investissez de 80 à 90 % de votre argent dans les FNB de cœur, et utilisez de 10 à 20 % comme « argent fou » pour trouver le prochain Apple, Alphabet ou Amazon, tout en restant à l'écart du secteur du cannabis qui s'effondre, d'Uber/Lyft, et d'autres qui ne sont pas pour les cœurs sensibles.

Vous vous demandez sans doute quel est le rapport entre ces renseignements financiers et la rhumatologie. On peut mettre en pratique la stratégie « cœur-exploration » de deux façons. Premièrement, nous pouvons informer nos collègues non-rhumatologues et le grand public que le cœur de la rhumatologie a changé.

Alors que nous acceptions auparavant des références sur tout ce qui relève du vaste domaine de la médecine musculosquelettique, nous avons maintenant élargi notre champ d'action aux arthrites inflammatoires à médiation immunitaire et à ce que nous choisissons d'appeler les « collagénoses avec manifestations vasculaires ». La goutte, l'arthrose périphérique et l'ostéoporose peuvent se situer aux confins du cœur pour beaucoup d'entre nous, mais la douleur chronique, la FM, les affections non inflammatoires de la colonne vertébrale et les affections régionales des tissus mous ne s'y trouvent manifestement pas.

Deuxièmement, nous pouvons maintenir la diversité de la pratique et notre compétence dans ces affections courantes qui se trouvent maintenant en périphérie de la rhumatologie, mais dont se plaignent fréquemment, à titre secondaire, nos patients atteints d'affections faisant partie du cœur de notre pratique. Nous pouvons choisir d'explorer ces affections, pour lesquelles nous sommes les experts reconnus, en acceptant des patients sélectionnés pour une ou deux visites afin de confirmer les diagnostics, de fournir des plans de traitement et peut-être de proposer des traitements intra-articulaires.

Les commentaires, félicitations et critiques portant sur ce sujet sont les bienvenus la prochaine fois que vous me verrez.

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

Références :

1. Baer PA. Qu'est-ce qu'un rhumatologue? JSCR. Hiver 2019. Disponible à l'adresse www.craj.ca/archives/2019/French/Hiver/Editorial.php
2. Interprofessional Spine Assessment and Education Clinics. Disponible à l'adresse www.isaec.org/.
3. Clinique d'accès rapide pour les soins musculosquelettiques. Disponible à l'adresse www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Amélioration-de-la-qualité-à-l'œuvre/Cliniques-d'accès-rapide-pour-les-soins-musculosquelettiques

BIENVENUE EN RHUMATO

Bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Aos Aboabat, Toronto (Ont.)

Salman Anwar, Winnipeg (Man.)

Angela Arisz, Toronto (Ont.)

Heather Bannerman, Hamilton (Ont.)

Omar Benryane, Québec (Qc)

Jean-Philippe Bergeron, Montréal (Qc)

Maude Bouchard Marmen, Québec (Qc)

Raffaella Carlomagno, Toronto (Ont.)

Brett Catton, Kingston (Ont.)

Raymond Chu, Ottawa (Ont.)

Marie-May Collin-Castonguay, Québec (Qc)

Gemma Cramarossa, Toronto (Ont.)

Chelsea DeCoste, Toronto (Ont.)

Siobhan Deshauer, Toronto (Ont.)

Irena Doubelt, Mississauga (Ont.)

Hajar El Kamouni, Laval (Qc)

Evelyne Gendron, Québec (Qc)

Anick Godin, Kelowna (C.-B.)

Ksenia (Xenia) Gukova, Calgary (Alb.)

Elliot Hepworth, Ottawa (Ont.)

Melissa Holdren, London (Ont.)

Samer Hussein, Sherbrooke (Qc)

Mehul Jariwala, Saskatoon (Sask.)

Jehanya Jegatheeswaran, Kingston (Ont.)

Gabriel Jeyasingham, London (Ont.)

Andrea Johnson, Edmonton (Alb.)

Mats Junek, Oakville (Ont.)

Tristan Kerr, Vancouver (C.-B.)

Justine Lafleur-Careau, Montréal (Qc)

Geneviève Lagacé-Lavoie, Montréal (Qc)

Francisca Lambert-Fliszar, Montréal (Qc)

Delansie Lawrence, Toronto (Ont.)

Ellen MacDonald, Edmonton (Alb.)

Jayne MacMahon, Toronto (Ont.)

Javier Marrugo, Sherbrooke (Qc)

Jeanine McColl, Toronto (Ont.)

Manisha Mulgund, Hamilton (Ont.)

Myat Tun Lin Nyo, Saskatoon (Sask.)

Charles Pagé, Sherbrooke (Qc)

Maria Powell, Calgary (Alb.)

Kristina Roche, Halifax (N.-É.)

Samantha Segal, Rossland (C.-B.)

Dale Seguin, Ottawa (Ont.)

Ramandip Singh, Winnipeg (Man.)

Mohan Stewart, Vancouver (C.-B.)

Julia Tan, Vancouver (C.-B.)

Justine Turmel-Roy, Montréal (Qc)

Caroline Vo, Montréal (Qc)

Stephanie Wong, Vancouver (C.-B.)

Denis Yahiaoui, Montréal (Qc)

Roger Yang, Montréal (Qc)

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

D^r Ciarán Duffy

Récipiendaire du prix
Master de l'ACR



Nous avons le grand plaisir d'annoncer que Ciarán Duffy, membre de la SCR, est le lauréat 2020 du prix *Master* de l'American College of Rheumatology (ACR).

Le prix *Master* est l'une des plus hautes distinctions décernées par l'ACR et récompense les contributions scientifiques exceptionnelles au domaine de la rhumatologie par le biais des soins cliniques, de l'éducation, de la recherche et du leadership au cours de toute une carrière. En outre, le récipiendaire doit avoir apporté des contributions substantielles à l'ACR ou à d'autres organismes nationaux et internationaux consacrés à la rhumatologie.

Ciarán est professeur de pédiatrie à l'Université d'Ottawa et chef du département de pédiatrie du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario. Il incarne parfaitement ce que le titre de *Master* de l'ACR représente, à travers les contributions qu'il a apportées au domaine de la rhumatologie tout au long de sa carrière. Son apport aux soins cliniques, à l'éducation et à la recherche en rhumatologie pédiatrique est substantiel, et il a contribué à faire des rhumatologues pédiatriques canadiens des chefs de file internationaux.

D^{re} Dafna Gladman

Membre de l'ACSS



L'intronisation à l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) est considérée comme l'un des plus grands honneurs au sein de la communauté universitaire canadienne. La D^{re} Dafna Gladman a récemment été nommée membre de l'ACSS en raison de ses travaux sur l'arthrite psoriasique, qui ont changé la façon dont les rhumatologues prennent en charge cette maladie. Elle a découvert que l'arthrite psoriasique est plus fréquente et plus grave qu'on le pensait auparavant et a déterminé les facteurs qui conduisent à l'apparition de l'arthrite psoriasique chez les patients atteints de psoriasis ainsi que les facteurs liés à une forme plus grave de la maladie. Elle a également alerté la communauté médicale sur le fait que l'arthrite psoriasique était associée à d'importantes maladies concomitantes, notamment la coronaropathie, le diabète, l'obésité et la dépression.

Prix de l'ICORA 2020



La Société canadienne de rhumatologie (SCR) est heureuse d'annoncer que l'ICORA accordera cinq bourses de deux ans totalisant 509 203 \$ CA pour la réalisation de projets qui amélioreront l'accès aux soins en rhumatologie et l'innovation dans ce domaine. Félicitations aux bénéficiaires d'une bourse 2020!

Il s'agissait du 13^e concours annuel de bourses et depuis 2006, l'ICORA a financé 103 projets et fourni 7 378 703 \$ CA en financement de la recherche.

Le financement offert par l'ICORA repose sur différents piliers; les bourses de cette année s'appliquent à des projets qui font la promotion des éléments suivants :

- Sensibilisation/Défense des intérêts/Enseignement (1)
- Équipes de soins multidisciplinaires (1)

- Économie de la santé/Viabilité des soins de santé/ Amélioration de la qualité (3)

Un remerciement particulier à nos commanditaires pour leur soutien constant.

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

Thème	Titre	Chercheur principal	Prix
Sensibilisation/ Défense des intérêts/ Enseignement	Improving the care of cancer patients receiving immunotherapy who develop rheumatic immune-related complications, and those with pre-existing rheumatic disease, through online education with health care providers: An Initiative of Canadian Research Group of Rheumatology in Immuno-Oncology (CanRIO)	Roberts, J.H. Ye, C.	77 148 \$
Économie de la santé/ Viabilité des soins de santé/ Amélioration de la qualité	Health economic evaluation of the mandatory switching policy for biosimilars in patients with rheumatoid arthritis	Bansback, N.	96 984 \$
Économie de la santé/ Viabilité des soins de santé/ Amélioration de la qualité	Measuring quality of heart failure care in inflammatory arthritis – are we making the mark?	Kuriya, B. Eder, L.	104 000 \$
Économie de la santé/ Viabilité des soins de santé/ Amélioration de la qualité	Safety and effectiveness of biosimilar anti-TNF agents in British Columbia – exploiting a natural experiment from a change in health policy	Lacaille, D.	114 000 \$
Équipes de soins multidisciplinaires	Work disability and function in systematic lupus erythematosus: a national mixed-methods sequential explanatory study	Nowrouzi-Kia, B. Touma, Z.	117 098 \$

L'ICORA lance un autre concours de bourses en 2021!

- Ouverture du système de demande de bourse de l'ICORA en ligne le **25 janvier 2021**.
- Date limite pour soumettre une lettre d'intention, le **19 février 2021**.
- Date limite pour soumettre une demande de bourse à l'ICORA en ligne, **minuit le 9 avril 2021**.
- Les avis concernant les bourses seront envoyés **juin 2021**.

Quels sont les rouages de la SCR?

Le bulletin des membres du personnel (2^e partie)

Découvrez la seconde partie de notre rubrique « Quels sont les rouages de la SCR? » de la série *Le bulletin des membres du personnel!* Nous espérons vous faire connaître quelques-unes des personnalités qui se trouvent derrière la SCR et qui travaillent si dur pour épauler nos membres.

	 Kevin Bainauth	 Virginia Hopkins	 Claire McGowan
Veillez décrire votre rôle au sein de la SCR en une phrase.	En tant que coordonnateur du marketing et des communications à la SCR, mon rôle consiste essentiellement à épauler notre équipe et nos comités pour qu'ils puissent continuer à accomplir un travail sensationnel.	En tant que gestionnaire de la recherche et de l'innovation, je dirige nos programmes de recherche (ICORA, résumés) et nos plateformes technologiques (site Web, applications mobiles, conférences virtuelles, système de gestion des associations, etc.).	De concert avec les comités de l'éducation et des programmes, je veille à ce que des programmes éducatifs complets soient élaborés et offerts aux membres de la SCR.
Depuis combien de temps travaillez-vous à la SCR?	Depuis octobre 2018.	Depuis octobre 2011.	Depuis décembre 2014.
Quel est votre meilleur souvenir de la SCR à ce jour?	Sans hésitation, le Gala de la SCR dans le cadre de l'Assemblée scientifique annuelle. J'ai collaboré à plusieurs événements et concerts, mais rien n'égale le Gala!	J'ai l'embarras du choix, mais je dois dire que les dîners de gala et les grands débats sont en tête de liste.	Meilleur souvenir récent : une mer de verres colorés et scintillants sur la piste de danse à Victoria.
Quelles répercussions la COVID-19 a-t-elle eues sur votre travail au quotidien?	Mes activités courantes ont été peu touchées, mais, comme je travaille beaucoup avec des organisations qui n'ont pas eu cette chance, j'ai dû apprendre à interagir avec des personnes qui n'ont pas l'habitude de travailler à domicile.	J'ai eu la chance que mes activités courantes soient très peu perturbées.	Les programmes et la planification ont été bouleversés par la COVID-19, et mon service Internet à domicile a été surchargé par les nombreux usagers soudainement réunis sous un même toit!
Quels étaient vos projets de vacances d'été cette année avant la pandémie de COVID?	J'avais prévu d'aller en Corée et au Japon cette année!	Ma fille et moi devons nous rendre à New York pour y célébrer la fin de ses études.	Passer beaucoup de temps au chalet et faire une virée en voiture dans l'Est du Canada.
Quelle sera votre prochaine destination lorsqu'il sera sécuritaire de voyager?	Je ne suis jamais allé dans un centre de villégiature tout compris. Cette pandémie m'ayant appris à m'accorder plus de temps, ce sera sans doute ma prochaine destination.	L'Italie pour un mariage (je croise les doigts).	Le Portugal.
Nommez deux choses que vous aimeriez avoir avec vous si vous étiez naufragé sur une île déserte (excluant les objets de première nécessité).	Facile : une connexion Internet par satellite et une console de jeu portable fonctionnant à l'énergie solaire!	Mon téléphone cellulaire et un chargeur solaire.	Un appareil photo et des oreillettes (et du chocolat).
Pouvez-vous nous dévoiler l'un de vos talents cachés ou passe-temps?	Il y a quelques années, j'aimais beaucoup le muay thai et la boxe. Maintenant, je m'adonne au karaté, même si je suis toujours ceinture blanche.	J'aime organiser tout et n'importe quoi. J'aime aussi la lecture et les activités sportives.	Mon plus récent passe-temps est la transformation de meubles.
Qu'aimez-vous regarder à la télé ou que lisez-vous ces temps-ci?	Ma bonne amie, Louisa Onome, est une écrivaine contemporaine de Toronto, qui publiera son premier roman, intitulé <i>Like Home</i> au début de 2021. J'aime épauler mes amis, et je sais qu'elle a mis tout son amour dans ce récit. Elle y traite de difficiles enjeux sociaux, mais avec charme et spiritualité. J'invite tout le monde à le lire.	Je viens de terminer la lecture de <i>Five Years</i> de Rebecca Serle et je suis la série <i>Schitt's Creek</i> sur Netflix.	Livre : <i>If You Want to Make God Laugh</i> de Bianca Marais; télé-série : <i>Schitt's Creek</i> .
Quelle est votre musique préférée des années 1980 ou 1990?	<i>No Scrubs</i> par TLC. C'est aussi ma chanson préférée pour le karaoké.	Duran Duran, Culture Club, Depeche Mode (entre autres).	J'ai l'embarras du choix, mais je dirais Queen, REM, The Hip et l'indémodable Cat Stevens.

Le « *Who's Who* » de la formation postuniversitaire en rhumatologie

Le « *Who's Who* » de la formation postuniversitaire en rhumatologie est une nouvelle rubrique régulière dans laquelle nous vous présentons les personnes qui font figure de leaders dans ce domaine.

D^r Raheem Kherani

Directeur du programme de rhumatologie pour adultes, Université de la Colombie-Britannique



Le D^r Raheem B. Kherani, professeur agrégé de clinique à l'Université de Colombie-Britannique (UCB), a suivi une formation en pharmacie, en médecine et en enseignement des professions de la santé. Il dirige le secteur de l'éducation en mettant l'accent sur l'enseignement de troisième cycle et interdisciplinaire, ainsi que sur le perfectionnement professionnel continu et les soins rhumatologiques. En tant que nouveau directeur du programme de rhumatologie pour adultes de l'UCB, il espère continuer à favoriser la collaboration et l'autonomisation de ses stagiaires et de ses professeurs. « C'est un privilège de servir dans notre profession en santé et dans la formation des chefs de file de demain en rhumatologie », déclare le D^r Kherani. Diriger le comité de formation de la SCR, coordonner l'examen NWRITE (*National Written Rheumatology In-Training Examination*) et siéger au comité de spécialité du Collège royal sont des moyens de réaliser ces aspirations et de faciliter un engagement continu.

D^{re} Kim Legault

Directrice de programme, Université McMaster



La D^{re} Kim Legault est clinicienne-formatrice à l'Université McMaster et a été nommée directrice du programme de résidence en rhumatologie en juillet 2019. Les intérêts cliniques et de recherche de la D^{re} Legault portent sur le lupus érythémateux disséminé et le syndrome des antiphospholipides. Elle a déjà reçu le prix *Geoff Carr Lupus Fellowship Award* de la Société de l'arthrite/Lupus Ontario et est titulaire d'une maîtrise en méthodologie de la recherche en santé. Mais surtout, elle aime enseigner aux résidents.

L'entrée de la D^{re} Legault dans les rangs des directeurs de programmes a été mouvementée. Elle a commencé comme directrice de programme le jour de la transition vers la compétence par conception en rhumatologie, et peu après, elle a supervisé l'examen interne de son programme. Plusieurs mois plus tard, on a assisté à une transition surprenante et rapide vers les soins virtuels, et donc vers l'enseignement virtuel en résidence. Cependant, sa solide équipe de collègues et de formateurs, l'excellent administrateur du programme de rhumatologie de l'Université McMaster et les fellows en rhumatologie, dévoués et travailleurs, ont fait en sorte que la transition se fasse en douceur et dans le plaisir! La D^{re} Legault s'intéresse à l'enseignement dans le cadre des soins virtuels et à la création d'un environnement favorisant l'apprentissage.

D^{re} Elana Murphy

Directrice du programme de rhumatologie pour adultes, Université Dalhousie



La D^{re} Elana Murphy s'est engagée dans l'enseignement supérieur en 2016 en tant que représentante régionale du sous-comité de spécialité du Collège royal. Elle a travaillé avec les membres du sous-comité de tout le pays pour élaborer le cadre de la Compétence par conception (CPC) en rhumatologie. Elle est devenue directrice de programme à Dalhousie en janvier 2019 et a pris plaisir à aider les résidents à se familiariser avec ce nouveau modèle d'enseignement. Elle apprécie le soutien de ses collègues et du personnel de l'Université Dalhousie et est également reconnaissante au sympathique groupe de directeurs de programme de rhumatologie et de membres du sous-comité de spécialité de tout le Canada avec qui elle réalise ce travail.

Nouvelles du Comité pour le programme de l'ASA

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

Nous sommes impatients de vous « voir » à l'occasion de la première Assemblée scientifique annuelle (ASA) virtuelle de la SCR! Celle-ci s'annonce comme un événement passionnant et dynamique auquel vous pourrez participer dans le confort de votre foyer. En 2021, pour célébrer le 75^e anniversaire de la SCR, notre assemblée mettra en évidence les points forts de notre communauté élargie de rhumatologues, bien illustrés par le thème de notre réunion : Collaboration, résilience et progrès.

C'est fou la différence que peut représenter une année... La technologie a transformé les soins cliniques, la recherche et les réunions, qui ont bien changé par rapport aux habitudes que nous avions lors de notre dernière rencontre à Victoria. Si une conférence « virtuelle » sera sans aucun doute une expérience différente de celles des années précédentes, ce qui ne changera PAS, c'est le programme passionnant de conférences et d'ateliers auquel vous vous attendez, ainsi que les possibilités de réseautage que vous aimez.

L'assemblée se déroulera du mercredi 24 février au vendredi 26 février 2021. Chaque journée complète comportera une programmation formelle et interactive, et suffisamment de temps pour le réseautage. De plus, vous aurez la possibilité de regarder des séances à la demande par la suite! Bien que les séances soient plus courtes que dans le cadre d'une assemblée en personne de la SCR, elles permettront à d'éminents experts du Canada et du monde entier de dispenser des enseignements pratiques et cliniquement applicables.

Les principaux exposés de l'ASA seront les suivants :

- Dunlop-Dottridge, par le D^r Daniel Kastner, chercheur émérite aux NIH, section des maladies inflammatoires, National Human Genome Research Institute (NHGRI). Le D^r Kastner parlera des progrès réalisés dans la compréhension des maladies auto-inflammatoires.
- État des connaissances, par le D^r Michael Libman, directeur du J.D. MacLean Centre for Tropical Diseases de l'Université McGill. Le D^r Libman nous parlera des vaccins et des maladies rhumatismales.
- Expert non médical, par la D^{re} Danielle Martin, médecin de famille, vice-présidente administrative et directrice générale des affaires médicales du Women's College Hospital de Toronto. La D^{re} Martin, chef de file très respectée au sein du système de santé, nous parlera des inégalités dans la prestation des soins de santé à l'heure actuelle.

En outre, nous proposerons des résumés et des tournées d'affiches pour permettre aux stagiaires et aux chercheurs de présenter leurs activités de recherche; des ateliers de pointe et des ateliers participatifs; des colloques satellites; ainsi que les incontournables favoris du public, notamment la séance « Perles cliniques et cas mystérieux », le jeu *Rhumato-Jeopardy!* et le Grand débat. Des occasions de mettre en vedette nos collègues primés seront présentées tout au long de l'assemblée, et des réunions satellites porteront sur le cours préalable pour les résidents, le cours de révision de la SCR, le cours préalable



D^r Daniel Kastner



D^r Michael Libman



D^{re} Danielle Martin

de l'APSA et la Conférence canadienne de recherche sur l'arthrite.

Nous invitons tous les membres de la SCR et de l'APSA, ainsi que les parties prenantes intéressées et les collègues du monde entier, à se joindre à nous pour cette assemblée scientifique annuelle qui sera passionnante et mémorable. Nous sommes impatients de renouer, d'échanger et de célébrer avec vous en février!

*Vinod Chandran, MBBS, M.D., D.M., Ph. D.
Président, Comité pour le programme de l'ASA
Professeur agrégé, Département de médecine,
Division de rhumatologie, Université de Toronto
Scientifique affilié, Institut de recherche Krembil
University Health Network, Toronto (Canada)
Professeur adjoint, Université Memorial de Terre-Neuve,
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)*

Nouvelles du Comité de sélection des résumés

Par Marinka Twilt, M.D., MSCE, Ph. D.

Les résumés ont été reçus, et le Comité de sélection des résumés de la SCR a commencé le travail ardu de lecture et de notation des résumés, avec l'appui de Virginia Hopkins, gestionnaire, Recherche et innovation. Le Comité sélectionne les résumés dignes de faire l'objet d'une présentation par affiche. Notre réunion sera virtuelle cette année, et l'équipe de l'Assemblée scientifique annuelle soutenue par Claire McGowan (gestionnaire, programmes et événements éducatifs) ainsi que le Comité de sélection des résumés de la SCR ont travaillé dur pour conserver les multiples possibilités qu'offre cette ASA de la SCR et de l'APSA à une fréquence annuelle régulière. Notre assemblée continue de susciter l'intérêt des chercheurs, des cliniciens, des stagiaires et de l'industrie. Même en cette période sans précédent, plus de 200 résumés ont été soumis. 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 déterminera le gagnant au moment de la tournée d'affiches. Merci aux examinateurs!

Il y aura six tournées d'affiches, au cours desquelles les meilleurs résumés seront présentés. Il y aura également des séances interactives de présentation par affiches, au cours desquelles les participants auront la possibilité de discuter des affiches avec les présentateurs. Les cinq meilleurs résumés dans chaque catégorie de prix seront évalués lors de la séance de présentation par affiche, en vue de l'attribution des prix suivants :

- Meilleur résumé sur les initiatives concernant la qualité des soins rhumatologiques
- Meilleur résumé de recherche présenté par de jeunes professeurs
- Meilleur résumé de recherche en rhumatologie pédiatrique présenté par de jeunes professeurs
- Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales présenté par un stagiaire
- Meilleur résumé de recherche clinique ou épidémiologique présenté par un stagiaire – Prix Phil Rosen
- Meilleur résumé de recherche sur le lupus érythémateux disséminé présenté par un stagiaire – Prix Ian Watson
- Meilleur résumé présenté par un étudiant en médecine
- Meilleur résumé présenté par un résident en rhumatologie
- Meilleur résumé présenté par un étudiant de premier cycle
- Meilleur résumé présenté par un stagiaire en recherche de cycle supérieur
- Meilleur résumé de recherche en rhumatologie présenté par un stagiaire de cycle supérieur

Nous sommes impatients de vous voir tous à l'occasion de cette première ASA virtuelle de la SCR et de l'APSA!

*Marinka Twilt, M.D., MSCE, Ph. D.
Présidente du Comité de sélection des résumés de la SCR
Rhumatologue pédiatrique,
Scientifique clinicienne, Alberta Children's Hospital
Professeure agrégée, Département de pédiatrie, Cumming School of Medicine,
Université de Calgary, Calgary (Alberta)*

Rapport du Comité des ressources humaines

Par Jessica Widdifield, Ph. D., et Claire Barber, M.D., Ph. D., FRCPC

Un effectif durable en rhumatologie est essentiel à la réalisation de la mission de la SCR. L'année dernière, le comité a préparé un rapport technique sur les effectifs en rhumatologie au Canada. Plusieurs activités ont été entreprises pour élaborer ce rapport de travail technique.

Tout d'abord, nous avons établi des profils de données sur le nombre de rhumatologues, de résidents, de stagiaires et de fellows au Canada en utilisant des bases de données nationales. Les données quantitatives ont été tirées de quatre sources, dont l'Association médicale canadienne et la base de données médicales Scott de l'Institut canadien d'information sur la santé pour le nombre de rhumatologues, le registre canadien des études postdoctorales pour le nombre de stagiaires et de fellows et les données du Service canadien de jumelage des résidents pour les candidats aux programmes de formation postdoctorale en rhumatologie. Ces sources de données ont permis de cerner plusieurs tendances importantes au sein des effectifs en rhumatologie. La première tendance notable est l'augmentation du nombre de rhumatologues au Canada au cours de la dernière décennie, bien que, dans l'ensemble, ces chiffres ne correspondent pas à l'objectif de référence d'un rhumatologue par tranche de 75 000 habitants (Barber et coll., 2014) et que la répartition des rhumatologues ne soit pas uniforme dans l'ensemble du Canada. Une autre tendance notable est l'augmentation continue du nombre de rhumatologues de sexe féminin et formés à l'étranger qui entrent sur le marché du travail. On observe également un nombre croissant de postes de résidence en rhumatologie qui sont offerts et moins de postes de formation non pourvus au fil du temps. En raison de l'augmentation du nombre de postes de résidence en rhumatologie, le nombre de stagiaires et de fellows dans les programmes de formation en rhumatologie adulte et pédiatrique a considérablement augmenté entre 2000 et 2018; en 2018, on comptait 82 résidents et 27 fellows au Canada. Vingt pour cent d'entre eux étaient des stagiaires titulaires d'un visa (qui devaient retourner dans leur pays d'origine après leur formation).



Deuxièmement, nous avons également organisé la base de données probantes (par le biais d'un examen de la portée) afin de cerner les recherches sur l'effectif en rhumatologie au Canada pour examiner l'étendue, la gamme et la nature des activités de recherche liées à l'effectif en rhumatologie et déterminer les lacunes de la recherche dans la littérature existante. Des études évaluant les composantes de l'effectif en rhumatologie au Canada, y compris les aspects de l'offre, de la demande et de l'enseignement médical, ont mené à de nombreuses conclusions dignes d'intérêt. Bien que l'offre globale sur le plan des rhumatologues ait augmenté, l'évolution démographique de la main-d'œuvre et d'autres facteurs peuvent avoir des effets négatifs sur la capacité clinique à répondre aux demandes associées au volume croissant de patients. Il est essentiel d'augmenter l'exposition pré-

coce à la rhumatologie pour attirer de nouveaux stagiaires dans ce domaine. Bien que la littérature sur la main-d'œuvre canadienne soit abondante, de nombreuses questions fondamentales restent sans réponse, notamment la compréhension exacte de l'offre actuelle d'équivalents temps plein (ETP) et la prévision des besoins futurs en matière de main-d'œuvre en rhumatologie.

Troisièmement, nous avons procédé à une analyse de l'environnement afin de cerner les lignes directrices ou les recommandations de pratique clinique fondées sur des preuves en rhumatologie qui énoncent spécifiquement le rôle des rhumatologues dans les soins aux patients atteints de maladies rhumatismales et musculosquelettiques (MRM). Vingt-cinq directives nationales et régionales pour les MRM ont été examinées. Onze lignes directrices et deux livres blancs contenaient 21 recommandations décrivant le rôle central des rhumatologues dans la prise en charge des patients atteints de maladies rhumatismales. Cependant, seules trois directives

canadiennes énonçaient explicitement le rôle des rhumatologues dans les soins aux patients atteints de MRM.

La rédaction du rapport technique sur les effectifs (qui sera publié sur le site Web de la SCR [rheum.ca/fr/a-propos-de-la-scr/direction-et-comites/comite-des-ressources-humaines/] au début de 2021) a été entreprise pour éclairer les énoncés de position sur les effectifs de la SCR (en cours de préparation par le comité).

Enfin, le lancement du sondage 2020 sur les effectifs et le bien-être des rhumatologues au Canada a été reporté à l'automne 2020. Ce nouveau calendrier de lancement a permis d'ajouter des questions pour mieux comprendre les répercussions de la pandémie sur les pratiques en rhumatologie, y compris l'utilisation des soins virtuels. Tous les rhumatologues sont encouragés à remplir le questionnaire électronique que la SCR distribue par courrier électronique à ses membres.

Référence :

Barber, C., Marshall, D., Mosher, D., Akhavan, P., Tucker, L., Houghton, K., et coll. Lacaille, D. (2014). Developing System-Level Performance Measures for Evaluation of Models of Care for Inflammatory Arthritis Framework. Consulté sur http://www.arthritisalliance.ca/images/PDF/Final%20Background%20MOC_Nov6.pdf

Jessica Widdifield, Ph. D.

Coprésident, Comité des ressources humaines de la SCR Scientifique, Sunnybrook Research Institute, ICES

Professeure adjointe, Université de Toronto

Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation dans le domaine des soins de santé

Toronto (Ontario)

Claire Barber, M.D., Ph. D., FRCPC

Coprésident, Comité des ressources humaines de la SCR

Professeure adjointe, Rhumatologue,

Université de Calgary, Calgary (Alberta)

Mise à jour du Comité des communications

Par Dax G. Rumsey, M.D., M. Sc., FRCPC

L'année 2020 a été une année intéressante pour tout le monde (c'est le moins qu'on puisse dire), et le Comité des communications ne fait pas exception à la règle!

Notre principale initiative cette année a été le lancement du balado officiel de la SCR, « Autour de la rhumato ». Nous avons profité de ce qui pourrait avoir été la dernière réunion en personne avant un bon bout de temps et avons enregistré plusieurs épisodes du balado lors de la réunion scientifique annuelle tenue à Victoria en février dernier (il me semble ça fait déjà une éternité)! Nous avons diffusé ces épisodes tout au long de l'année. Avec le soutien de l'Association médicale canadienne, de la Banque Scotia et de MD Management, nous avons également travaillé sur une série spéciale d'épisodes sur la COVID-19. Nous avons eu d'excellents commentaires sur le balado jusqu'à présent et cumulons plus de 1 700 écoutes à ce jour! Un grand merci à l'équipe de « Autour de la rhumato », composée de Kevin Baijnauth (coordonnateur du marketing et des communications de la SCR), de David McGuffin (producteur expérimenté d'Explore Podcast Productions), du Dr Daniel Ennis (notre hôte, rhumatologue pour adultes à Vancouver) et d'Aaron Fontwell (producteur de Fontwell Estate Creative Agency, qui nous a aidés pour le mixage final).

Une autre de nos initiatives a consisté à accentuer la présence de la SCR dans les médias sociaux. Nous utilisons activement notre compte Twitter (@CRASCRRheum) pour promouvoir les événements qui ont lieu au sein de notre communauté et partager des publications et des lignes directrices majeures/intéressantes dans le domaine de la rhumatologie.

Nous avons également lancé « Croissance et rhumato », une rubrique comptable destinée aux rhumatologues en exercice

et aux stagiaires en rhumatologie qui s'apprêtent à entrer sur le marché du travail. Cette chronique est rédigée par Peter Simpson, CPA, CMA, directeur financier de la SCR. Elle porte sur des sujets que notre comité pense être d'intérêt pour les membres.

En outre, nous continuons à faire des entrevues avec des membres de la communauté pour notre rubrique « Quels sont les rouages de la SCR? ». Le Comité des communications remplit également plusieurs autres fonctions de communication formelles et informelles, notamment le contrôle des sondages, la liaison avec les organisations extérieures qui souhaitent communiquer avec nos membres et d'autres tâches connexes.

Nous sommes ouverts aux nouvelles idées et suggestions et nous encourageons tous les membres de la SCR qui souhaitent se joindre à notre comité à nous faire signe! Vous pouvez me contacter à dax.rumsey@ahs.ca ou écrire à Kevin, à kbaijnauth@rheum.ca.

Cordiales salutations,

Dax G. Rumsey, M.D., M. Sc., FRCPC

Président du Comité des communications de la SCR

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)

Rapport du Comité de l'éducation

Par Elizabeth M. Hazel, M.D., FRCPC, et Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE

« Zoom » sur l'apprentissage en ligne pour tous!

Le Comité de l'éducation de la SCR relève le défi de fournir une formation de qualité à ses membres dans un contexte de pandémie. En 2017, le comité a été restructuré, et les sous-comités ont continué à améliorer leur productivité. La SCR a effectué une vérification de la formation cette année et a établi des objectifs d'amélioration continue de ses offres à cet égard. Les recommandations issues de la vérification aideront à guider les sous-comités dans leurs prochains projets ainsi que la direction élargie du comité.

Sous-comité du premier cycle

Ce comité a entrepris un projet ambitieux visant à définir les composantes importantes du programme d'études de premier

cycle en médecine, dans la mesure où elles concernent la rhumatologie. Pour élaborer le programme national d'études de premier cycle en rhumatologie NURC (*National Undergraduate Rheumatology Curriculum*), les membres du comité ont consulté des parties prenantes dans l'ensemble du pays. Ils utilisent actuellement la méthode Delphi pour analyser leurs données et prévoient communiquer leur rapport en 2021.

première série de ressources comprend des vidéos sur l'immunologie et la radiologie musculosquelettique ainsi que des ressources sur l'examen physique. Le comité a trouvé un moyen de citer adéquatement les auteurs. À plus long terme, le projet est de créer un programme national d'immunologie. Le sous-comité de l'examen NWRITE (*National Written In-Training Exam*) a révisé son calendrier pour tenir compte de l'avancement de l'examen du Collège royal à la fin de la cinquième année de formation des stagiaires. Cet examen pratique apporte aux stagiaires et aux directeurs de programme des renseignements précieux sur la meilleure façon de se préparer aux examens finaux.

Sous-comité CanREAL

Nos experts en matière de bourses d'études médicales continuent à transmettre leur expertise aux membres de la communauté de rhumatologie de la SCR en collaborant à des projets en cours. Les membres de la SCR sont encouragés à contacter ce sous-comité consultatif lorsqu'une expertise ou une consultation est nécessaire sur des questions d'enseignement médical.

Sous-comité du développement professionnel continu

Alors que la SCR avait l'habitude de concentrer ses offres de formation lors de la réunion scientifique annuelle en personne, le comité de



AVANT LA PANDÉMIE DE COVID-19



DURANT LA PANDÉMIE DE COVID-19

cycle en médecine, dans la mesure où elles concernent la rhumatologie. Pour élaborer le programme national d'études de premier cycle en rhumatologie NURC (*National Undergraduate Rheumatology Curriculum*), les membres du comité ont consulté des parties prenantes dans l'ensemble du pays. Ils utilisent actuellement la méthode Delphi pour analyser leurs données et prévoient communiquer leur rapport en 2021.

Sous-comité des cycles supérieurs

Avec les changements en cours dans la formation des résidents, y compris le programme « compétence par conception » (CPC), le sous-comité des cycles supérieurs élabore des ressources didactiques partagées pour compléter les programmes universitaires actuels des résidents. Des ressources évaluées par des pairs seront téléchargées sur le site Web de la SCR et mises à la disposition des publics cibles. La

DPC explore d'autres options de formation. Il continue d'offrir un agrément des activités des sections 1 et 3, en plus d'aider les membres et les comités de la SCR dans l'élaboration d'activités agréées par la SCR. L'objectif principal est d'exa-

miner l'information fournie par les membres afin de répondre à leurs besoins. Par exemple, au début de la pandémie mondiale de COVID-19, le comité a aidé à coordonner une série de webinaires pour répondre aux besoins des membres. Les membres du comité évaluent la situation en constante évolution pour faciliter la diffusion virtuelle du contenu au moyen de balados, de webinaires et d'offres didactiques tout au long de l'année. Le comité prévoit également analyser le point de vue du patient pour garantir la participation des patients/parties prenantes à l'élaboration du DPC et continuera d'œuvrer avec d'autres comités de la SCR. Nous sommes enthousiastes à l'idée d'une formation post-pandémique mettant à profit tant la collaboration virtuelle que celle en personne.

Elizabeth M. Hazel, M.D., FRCPC
Professeure agrégée de clinique,
Directrice de programme,
Rhumatologie chez l'adulte,
Université McGill
Montréal (Québec)

Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm.), M.D., FRCPC, MHPE
Président du Comité de l'éducation de la SCR
Professeur agrégé de clinique,
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Compte rendu du Comité pour l'optimisation des soins

Par Amanda Steiman, M.D., M. Sc., FRCPC

Pour écrire sur l'année 2020 du Comité pour l'optimisation des soins, il faut se pencher sur une année qui a fondamentalement changé la trame de notre société et notre mode de vie. La pandémie a transformé notre façon d'interagir, de pratiquer la médecine, d'apprendre et d'enseigner. Je suis à la fois émerveillée et déçue de voir à quel point nous étions proches du précipice de la pandémie alors que nous socialisons, célébrions et apprenions ensemble lors de la réunion scientifique annuelle de la SCR à Victoria.

On attribue à Winston Churchill l'expression voulant qu'il ne faille jamais gaspiller une bonne crise. De fait, cela n'a jamais été aussi vrai, puisque les membres du Comité pour l'optimisation des soins ont travaillé simultanément sur le lancement d'initiatives pré-pandémiques dans un monde en mutation et sur la réorientation vers d'autres initiatives axées sur la prestation de soins virtuels dans le contexte d'une spécialité que nous aimons, traditionnellement peu tournée vers la technologie et plus centrée sur le contact.

Je voudrais prendre un moment pour saluer l'exceptionnel leadership soutenu de Cheryl Barnabe, ancienne présidente du Comité pour l'optimisation des soins, ainsi que son travail continu en tant que présidente du sous-comité de l'équité. Elle s'est distinguée par sa prestance exceptionnelle et sa ténacité bien dosée, et nous avons tous bénéficié de sa vision et de sa détermination. Claire Barber et Shirley Chow continuent de diriger respectivement les sous-comités de la qualité et de la gestion des ressources, tandis que je continue de diriger le sous-comité de l'accès.

Cette année a mis en évidence le pouvoir de la collaboration sur de nombreux fronts, qu'il s'agisse de la poursuite des séances de formation sur la santé des peuples autochtones ainsi que des travaux sur l'élaboration d'un bulletin de rendement sur la qualité des soins en rhumatologie ou de l'élaboration

conjointe de lignes directrices sur la polyarthrite rhumatoïde mettant l'accent sur l'équité pour les populations de patients marginalisés/à risque. Les collaborations avec le Comité de l'éducation ont permis de fournir des conseils pragmatiques, communiqués aux membres par l'intermédiaire du portail sur la COVID de la SCR et de présentations sur les stratégies de retour au travail dans le contexte de la pandémie. Enfin, de concert avec le Comité de pédiatrie, nous avons entamé des travaux visant à améliorer la sensibilisation et à renforcer le soutien à la transition vers les soins aux adultes, avec une publication sous presse présentant les résultats d'un exercice d'évaluation des besoins et les prochaines étapes. Nous nous réjouissons de la coopération fructueuse entre divers comités visant à mettre sur pied un groupe de travail sur la télémédecine, né de la collaboration entre le Comité pour l'optimisation des soins et le Comité de pédiatrie. Ce groupe de travail s'efforcera de fournir aux membres de la SCR des conseils et un soutien concrets, fondés le plus possible sur des données probantes pour la prestation des soins en cette période sans précédent.

Nous continuerons à travailler, à nous développer et à apprendre dans le contexte de ce malheureux bouleversement à l'échelle mondiale, avec un engagement ferme en faveur de la qualité des soins que nous dispensons – en toutes circonstances – aux patients atteints de maladies rhumatismales.

Amanda Steiman, M.D., M. Sc., FRCPC
Présidente du Comité pour l'optimisation des soins de la SCR
Professeure adjointe de médecine,
Université de Toronto
Clinicienne en qualité et innovation
Rhumatologue, Sinai Health System/University Health Network
Toronto (Ontario)

Tofacitinib : Le premier inhibiteur des protéines JAK pour la

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

FORMULATION PRATIQUE

UNE FOIS PAR JOUR POUR LE TRAITEMENT
DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE | 11 mg 1 f.p.j.^{2,3}



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

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

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

ARTHRITE PSORIASIQUE

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

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

COLITE ULCÉREUSE

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

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

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

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

polyarthrite rhumatoïde^{1*}

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

VASTE EXPÉRIENCE MONDIALE POUR TOUTES LES INDICATIONS CONFONDUES



- Offert au Canada depuis **plus de 5 ans pour toutes les indications confondues**⁴⁻⁶ :
 - **depuis 2014** pour la polyarthrite rhumatoïde
 - **depuis 2018** pour l'arthrite psoriasique et la colite ulcéreuse
- **Plus de 12 000 Canadiens** se sont inscrits au programme de soutien pour les patients recevant XELJANZ[†].
- XELJANZ a été prescrit à **plus de 208 000 patients** dans plus de 80 pays du monde entier¹.
- **Plus de 500 médecins** canadiens ont prescrit XELJANZ par l'intermédiaire du programme de soutien pour les patients recevant XELJANZ[†], et la majorité d'entre eux (87 %) ont renouvelé l'ordonnance[‡].

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

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

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

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

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

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

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

Références :

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



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



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

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

Nouvelles du Comité des thérapeutiques

Par Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC

Les neuf derniers mois ont été très chargés pour le Comité des thérapeutiques, avec de nombreuses demandes et des délais serrés pour réagir à la pandémie de COVID-19. Le comité a rédigé et approuvé un certain nombre d'énoncés de position pour la SCR, dont un appuyant l'énoncé de l'American College of Rheumatology sur la COVID-19, un autre concernant les recommandations pratiques et un dernier sur l'approvisionnement en hydroxychloroquine. Nous avons soutenu une lettre adressée à la ministre Patty Hajdu concernant la pénurie d'hydroxychloroquine. Le comité a approuvé un point de pratique de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) sur la maladie inflammatoire multisystémique de l'enfant ayant un lien temporel avec la COVID-19. Nous continuons à suivre les questions en cours concernant la pandémie de COVID-19.

Conjointement avec le Comité de pédiatrie et le Comité pour l'engagement des parties prenantes, le Comité des thérapeutiques a rédigé et approuvé l'énoncé de position de la SCR concernant l'accès à Humira sans citrate et continue à suivre activement cette question. Un addendum sur le cannabidiol a été ajouté à l'énoncé de position sur le cannabis médical, qui a été approuvé par le conseil d'administration de la SCR. Le comité a rédigé une fiche d'information sur le cannabis médi-

cal à l'intention des patients et des professionnels de la santé. Elle est en cours de révision par une agence extérieure pour être adaptée au niveau de lecture approprié pour les patients. Notre comité travaille toujours sur un énoncé de position concernant la thérapie par cellules souches pour l'arthrose. Nous avons rédigé et approuvé un énoncé de position sur l'innocuité de l'hydroxychloroquine dans le traitement des maladies rhumatismales, qui devrait être diffusé prochainement.

Je tiens à remercier les membres du Comité des thérapeutiques pour leur dévouement au cours de cette année, que la COVID-19 a rendue particulièrement difficile. Ils ont fait preuve d'engagement et de réactivité devant un certain nombre de questions nouvelles et urgentes en 2020, leurs conseils et leurs arguments ayant profité non seulement aux membres de la SCR, mais aussi à la communauté de

Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC

Présidente du Comité des thérapeutiques de la SCR

Professeure agrégée,

Département de pédiatrie, Université McGill

*Rhumatologue pédiatrique, Hôpital de Montréal pour enfants
Montréal (Québec)*

Nouvelles ressources pour les patients

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

Tout au long de l'année 2020 et des défis qu'elle a posés à tous les membres de la communauté de l'arthrite, la Société de l'arthrite n'a jamais faibli dans son engagement à soutenir les personnes touchées par la maladie.

À une époque où de nombreuses organisations caritatives du domaine de la santé ont dû réduire leurs efforts en recherche, nous continuons à respecter nos engagements en matière de financement et en prenons de nouveaux.

Nos webinaires éducatifs Conversations sur l'arthrite, qui ont désormais lieu tous les mois, nous permettent d'entrer en contact avec des milliers de Canadiens de plus qu'auparavant. En outre, nous enrichissons régulièrement notre collection en ligne de renseignements fondés sur des preuves destinés aux personnes atteintes d'arthrite.

Nous vous invitons à visiter notre site Web, à l'adresse arthrite.ca, pour voir un aperçu complet des traitements émergents et de la recherche, notre guide des outils de prise en charge non médicamenteuse de la douleur, un portail détaillé des produits biolo-



giques et biosimilaires et des aides au mode de vie, comme notre série de vidéos « Life Hack ».

En tant que porte-parole des six millions de Canadiens atteints d'arthrite, la Société de l'arthrite poursuit également ses campagnes visant à faire la lumière sur la maladie. Lors de la période des Fêtes, nous concentrons nos messages sur la façon dont l'arthrite prive les gens des joies simples de la vie.

Se tenir la main, jouer dans la neige et s'habiller ne devraient pas faire mal.

Merci d'être parmi les Canadiens qui contribuent à diminuer la douleur liée à l'arthrite. Nous vous encourageons à partager nos nouvelles ressources avec vos patients et dans vos réseaux.

Compte rendu du Comité de pédiatrie

Par Ronald M. Laxer, MDCM, FRCPC

Le Comité de pédiatrie de la SCR, composé de tous les rhumatologues et stagiaires en pédiatrie de la SCR, est une communauté vaste, diversifiée et active au sein de la SCR. La pandémie de COVID-19 nous a tous mis au défi de multiples façons, et je suis fier de la façon dont nos membres ont réagi en présentant à leurs collègues un webinaire sur l'hyperinflammation liée à la COVID dans la population pédiatrique et en collaborant avec la Société canadienne de pédiatrie sur un point de pratique pour aider les collègues pédiatres à diagnostiquer et à prendre en charge initialement les patients atteints d'un éventuel syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique (PIMS) ou syndrome inflammatoire multisystémique chez l'enfant (MIS-C).

Malgré les défis personnels et professionnels posés par la pandémie en cours, les membres dévoués de notre comité ont quand même réalisé des progrès significatifs dans l'atteinte de plusieurs de nos objectifs pour 2020, y compris l'élaboration des ressources suivantes :

- Lignes directrices sur l'uvéïte, sous la direction de Deb Levy et Bobbi Berard, avec l'aide de rhumatologues pédiatriques membres de la SCR, d'ophtalmologistes et de représentants des patients et des familles. Le groupe travaille dans le cadre d'un processus dit d'« adolopment »¹ des lignes directrices de la SCR sur l'uvéïte, publiées en 2019, pour fournir un contexte canadien et intégrer l'équité, les préférences et les valeurs des patients. L'objectif est de publier un manuscrit avant la fin de l'année, avec l'aval de la SCR et de la Société canadienne d'ophtalmologie.
- Recommandations de la campagne Choisir avec soin, sous la direction de la D^{re} Nadia Luca, avec la participation d'un groupe de travail composé de rhumatologues pédiatriques et de représentants des patients et des parents. Au terme de trois séries d'enquêtes par la méthode Delphi ayant permis de cerner les 15 principaux éléments à prendre en considération, un sondage a été envoyé aux membres de la SCR pour évaluer dans quelle mesure ils étaient d'accord avec les différents éléments ainsi que les répercussions de ceux-ci. Une fois l'analyse des données et de la littérature terminée, un manuscrit sera soumis avec les cinq recommandations les plus importantes.

Soyez à l'affût de ces publications ainsi que des mises à jour d'autres initiatives pédiatriques, qui feront l'objet d'un prochain article du JSCR.



Les membres du comité de pédiatrie lors de la dernière réunion en personne à Victoria (C.-B.) en février 2020.

Nous souhaitons également adresser nos vœux les plus chaleureux à Janet Ellsworth à l'occasion de son départ à la retraite. Janet est une sommité dans notre domaine, ayant créé des programmes universitaires des plus fructueux à Halifax et à Edmonton. Elle laisse un merveilleux héritage et nous lui souhaitons de voyager en toute sécurité au cours de cette nouvelle étape!

Pour conclure, je vous présente une photo des membres qui ont participé à la réunion du Comité de pédiatrie lors de la réunion scientifique annuelle 2020 de la SCR dans la belle ville de Victoria, en Colombie-Britannique. Nous ignorions que ce serait notre dernier événement en personne avant longtemps! Merci à tous pour votre travail acharné et votre leadership.

Ronald M. Laxer, MDCM, FRCPC
Professeur,
Département de pédiatrie et de médecine,
Université de Toronto
Rhumatologue,
The Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Référence :

1. L'approche « GRADE-ADOLPMENT » pour la production de lignes directrices combine l'adoption, l'adaptation et, au besoin, l'élaboration de nouvelles recommandations. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.09.009>

Bilan du Comité pour les lignes directrices

Par Glen Hazlewood, M.D., FRCPC

Cette dernière année, le Comité pour les lignes directrices a continué à rédiger et à mettre à jour les recommandations en matière de traitement de la SCR, avec l'aide de nos membres.

Voici certains des faits saillants de l'année :

- Le groupe JIA-Uveitis, piloté par les D^{res} Bobby Berard et Deb Levy, s'est réuni cet été pour élaborer des recommandations en matière de traitement inspirées de celles d'autres organisations et adaptées au contexte canadien. Les rencontres sur Zoom ont été fructueuses grâce à l'excellente participation du groupe d'experts. Les lignes directrices actuellement en rédaction devraient être publiées au début de 2021.
- Le groupe d'experts se réunit tous les mois pour choisir des recommandations, dont celles sur la polyarthrite rhumatoïde, qui seront publiées de façon évolutive dès le début de 2021.
- Les lignes directrices sur la spondylarthrite sont en préparation, sous la direction de la D^{re} Sherry Rohekar, et devraient profiter d'une méthode d'adaptation/adoption inspirée d'autres lignes directrices et s'appuyer sur des recherches actualisées dans la littérature.
- Notre initiative en matière d'équité, dirigée par la D^{re} Cheryl Barnabe, a donné lieu à un cadre d'équité préliminaire, qui sera intégré aux lignes directrices de la SCR dès 2021.
- Dans le but d'harmoniser nos efforts, nous continuons à établir et à entretenir des relations avec des associations internationales de rhumatologie et de lignes directrices, notamment Cochrane, GRADE, l'American College of Rheumatology et l'Australian Rheumatology Association.

Merci à tous pour votre travail acharné au cours de la dernière année, malgré la situation difficile. Je sais que je me fais l'écho de tous en nous souhaitant que l'année 2021 soit moins difficile!

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

CRA SCR

AHPA

2021
ANNUAL
SCIENTIFIC
MEETING



2021
ASSEMBLÉE
SCIENTIFIQUE
ANNUELLE

VIRTUAL / VIRTUELLE • FEBRUARY 24-26 FÉVRIER

Joignez-vous à nous **EN DIRECT**
et en vidéo **SUR DEMANDE**
pour notre toute première
Assemblée scientifique annuelle virtuelle de la SCR et de l'APSA
du 24 au 26 février 2021!
Cours de révision : 19 février 2021

Dans le confort de votre maison ou de votre bureau, vous pourrez participer à la programmation interactive, profiter des lumières d'experts de renom, créer des occasions de réseautage, assister à des ateliers participatifs et plus encore.

POINTS FORTS DU PROGRAMME

- Conférences principales
- Conférences de pointe et ateliers participatifs
- Tournées des résumés et des affiches
- Symposiums satellites
- Perles cliniques et cas mystérieux
- Rhumato Jeopardy
- Le Grand débat
- Prix de distinction
- Salon des exposants
- Occasions de réseautage entre collègues et experts
- Ateliers de pointe et participatifs et NOUVEAUX ateliers spécialisés jumelés
- ...et plus encore!

Pour plus de détails et pour vous inscrire, visitez le site asm.rheum.ca/fr/accueil/

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

Par Jason Kur, M.D., FRCPC

Sur le plan politique, nos représentants ont été extrêmement occupés. L'année dernière, nous avons une fois de plus plaidé avec succès en faveur de la réduction des disparités de financement en rhumatologie au cours d'un long processus à Doctors of B.C. Le financement supplémentaire sera destiné à la création d'un code modificateur complexe, comparable à des codes existants en médecine interne générale. En outre, nous avons négocié la transition de nos codes de rajustement du marché du travail (c'est-à-dire notre modèle de soins infirmiers) provenant du budget du *Specialist Services Committee* au régime général des services médicaux. Nous avons également travaillé en étroite collaboration avec B.C. Pharmacare sur la transition vers les médicaments biologiques similaires alors que le déploiement de ses politiques obligatoires se poursuit (pour inclure maintenant le rituximab après les changements initiaux concernant l'éta-nercept et l'infliximab en 2019).

La COVID-19 a apporté son lot de défis à la pratique clinique, et nos dirigeants ont contribué à ce que la transition vers les soins virtuels se déroule le plus harmonieusement possible. Le Dr Tommy Gerschman a notamment assuré une représentation exceptionnelle pour veiller à ce que les spécialistes en milieu communautaire bénéficient d'un soutien pour tout, de l'équipement de protection individuelle (EPI) aux codes de facturation virtuels adéquats. Le Dr Kam Shojanian, en véritable leader intrépide, a coordonné la réponse de la rhumatologie pour le service de médecine COVID de l'Hôpital général de Vancouver.

La 15^e édition annuelle de la British Columbia Rheumatology Invitation Educational Series (BRIESE) a été présentée en ligne en septembre, mais n'a pas connu une moins grande affluence. Parmi les conférenciers figuraient les Drs Janet Pope, Jan Dutz, Anna Postolova et David Fajgenbaum. Le Dr Fajgenbaum a

raconté son histoire unique et inspirante de lutte contre la maladie de Castleman, à la fois comme patient et comme scientifique. Sans aucun doute, ce fut l'une des séances les plus marquantes jamais présentées lors de la BRIESE.

La BCSR a réussi à organiser une célébration hybride Zoom/dîner pour les lauréats du prix annuel BCSR/Université de la Colombie-Britannique (UBC), en septembre. Le Prix de l'innovation a été décerné conjointement aux Drs Kun Huang et Fergus To pour la mise sur pied de la clinique de la myosite de l'UBC. Pour la première fois, le Prix de l'action sociale a été décerné ex æquo à deux lauréats extrêmement méritants. Le Dr Tommy Gerschman a apporté son style de leadership confiant à la BC Society of Specialists et a représenté ses collègues rhumatologues de manière exceptionnelle pendant de nombreuses années dans des moments difficiles, et plus récemment, dans la défense des intérêts des spécialistes en milieu communautaire à l'époque de la COVID. La Dr^{re} Stephanie Ensworth a également été félicitée pour son rôle de leader exceptionnel au sein de Pharmacare en tant que présidente du Comité consultatif de rhumatologie et des maladies autoimmunes. Les rhumatologues de la Colombie-Britannique ont beaucoup de chance de l'avoir à la table des négociations en tant que représentante des patients et des médecins lorsqu'il s'agit de questions d'accès aux produits biologiques. Le Dr Fergus To a été inscrit au tableau d'honneur de la médecine de l'UBC pour l'excellence de son enseignement clinique – tant au premier cycle qu'aux cycles supérieurs en milieu hospitalier, et le Dr Brent Ohata a reçu le Prix d'enseignement BCSR de l'UBC.

J'aimerais également féliciter le docteur Raheem Kherani pour son nouveau rôle de directeur du programme de formation en rhumatologie de l'UBC et exprimer ma gratitude à la Dr^{re} Shahin Jamal pour son travail inlassable au sein du programme de formation alors qu'elle quitte ses fonctions.



Dr Brent Ohata, lauréat du prix d'enseignement BCSR de l'UBC.



Dr David Collins - se distançant socialement de tous les autres invités.



Dr^{re} Stephanie Ensworth, recevant son prix via Zoom.

Nous sommes vraiment chanceux d'avoir des collègues aussi accomplis et solidaires en Colombie-Britannique.

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

Mise à jour de l'AMRQ

Par Nathalie Langlais, M.D., FRCPC

Deux périodes fort différentes, mais toutes deux riches en rebondissements, auront marqué l'année 2019-2020 au Québec.

L'automne 2019 aura été le théâtre de négociations serrées et parfois difficiles entre la FMSQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Vous vous souviendrez que le Ministère, désireux de réaliser d'importantes économies récurrentes, voulait alors que les spécialistes du Québec consentent à des réductions tarifaires substantielles, ce qui ne s'est pas avéré. Plutôt, au terme de ces négociations, est né l'Institut de la pertinence, une plateforme véritablement unique où toutes les associations médicales ont désormais la possibilité d'exposer leurs points de vue sur les économies récurrentes et possibles dans leur pratique respective. Ainsi, certains pourraient vouloir revoir à la baisse leur grille tarifaire ou encore éliminer des actes devenus superflus ou obsolètes, tandis que d'autres voudraient plutôt proposer la modification de mesures cliniques, à savoir leur fréquence et/ou leur pertinence, la clientèle à cibler, etc. en fonction du principe de plus en plus répandu qui consiste à « choisir avec soin » (Choosing Wisely). Pour l'AMRQ, l'exercice est le bienvenu; en effet, il nous permettra notamment de mettre de l'avant des idées et des solutions innovantes destinées à offrir les meilleurs soins possible à nos patients. L'objectif ici est donc double : améliorer l'efficacité des soins tout en répondant présents à cet exercice. Il s'agit là d'une belle occasion de présenter notre point de vue sur des mesures, qui, nous le croyons, seront saluées tant par le Ministère que par nos confrères et consœurs.

Au printemps 2020, la pandémie de COVID-19 s'est abattue sur le Québec alors que personne ne s'y attendait. Notre province était la plus touchée au Canada avec un pourcentage élevé d'infections dont 25 % des cas chez les professionnels de la santé. Les CHSLD ont été frappés de plein fouet et les médecins spécialistes, appelés en renfort auprès de cette population particulièrement vulnérable. En rhumatologie, notre pratique a alors changé du tout au tout et la télé-médecine est devenue, du jour au lendemain, la nouvelle façon de faire. La plupart de nos activités se sont poursuivies avec cette nouvelle réalité. Nous

avons été moins touchés par le délestage des activités cliniques que ne l'ont été les médecins dans d'autres spécialités. Durant la première vague de la pandémie, beaucoup d'activités ont dû être suspendues, dont des chirurgies et des endoscopies, et de nombreux examens en radiologie. Ces interruptions de services et report d'opérations et d'examen auront des répercussions sur notre système de santé, et ce, pour des années à venir. Au cours de cette même période, plusieurs rhumatologues sont allés prêter main-forte aux unités COVID et ont prodigué des soins aux patients qui y étaient hospitalisés, et nous leur en sommes reconnaissants. Durant quelque six semaines en début de pandémie, la direction générale de la Santé publique du Québec a réquisitionné la majorité des réserves d'hydroxychloroquine pour les cas de COVID avec comme conséquence que seuls certains patients, notamment ceux atteints de lupus, ont pu poursuivre leurs traitements. Notre Association a tout mis en œuvre pour que ceux-ci puissent continuer d'avoir accès au médicament. Or, nos efforts sont malheureusement restés vains jusqu'à ce que finalement la Santé publique lève son ordonnance et permette aux patients privés de leur médication de reprendre leurs traitements.

Nous sommes à présent dans la deuxième vague de la pandémie et cette fois, le virus circule partout dans la communauté et touche dorénavant une population plus jeune. Devant ce triste état de fait, la Santé publique a malheureusement dû se résoudre à imposer de nouvelles restrictions à la population dans l'espoir de limiter la propagation du virus, surtout avec l'hiver qui est à nos portes et la saison de la grippe, des rhumes et autres virus qui risquent de venir compliquer les choses.

Fidèles à notre serment d'Hippocrate, nous nous devons d'observer les directives et consignes gouvernementales, et de témoigner notre soutien à nos patients.

Je termine en vous souhaitant de demeurer en santé et de garder le moral en ces temps difficiles.

Nathalie Langlais, M.D., FRCPC

Présidente, Association des médecins rhumatologues du Québec

Rapport 2020 de l'ORA

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR



Voilà plus de six mois que nous vivons avec la pandémie en Ontario, avec tous les défis que cela implique. Les membres de l'ORA sont immédiatement passés aux soins virtuels à la mi-mars 2020. Nous avons organisé cinq assemblées publiques de l'ORA en avril et mai 2020 pour informer les membres de l'évolution de la situation. Toutes sont archivées sur le site Web de l'ORA www.ontariorheum.ca (partie réservée aux membres), où nous proposons également des liens vers de multiples ressources sur la COVID-19, notamment des renseignements financiers et sur le contrôle de l'infection.

Malheureusement, l'assemblée scientifique annuelle (ASA) de l'ORA, prévue pour la mi-avril 2020, a subi les contrecoups de la pandémie et a dû être annulée. L'ASA 2021 de l'ORA assurément lieu du 28 au 30 mai 2021, soit virtuellement, soit dans un format hybride. Toutes les personnes figurant sur notre liste de prestigieux orateurs confirmés pour l'événement 2020 ont accepté de participer. Il s'agit notamment des D^{rs} Joseph Smolen, Maya Buch, Michelle Petri, Jeffrey Curtis, Christopher Ritchlin, Robert Inman, Shahin Jamal, Robert Bell et Jason Lee. Vous trouverez tous les détails sur notre site Web.

Parallèlement, tous les comités de l'ORA demeurent fonctionnels et continuent à s'acquitter de leur mandat. Les pénuries de médicaments, les biosimilaires, la médecine virtuelle et les transitions dans la pratique et à l'extérieur de celle-ci sont des domaines clés sur lesquels nous continuons à nous concentrer. Le Comité de l'informatique a officiellement lancé la phase 1 du projet ORDER, qui vise 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. Le but ultime de ce projet est d'optimiser l'expérience du DME, tout en améliorant les résultats pour les patients de manière mesurable. De plus, un nouveau comité pour le nord de l'Ontario, présidé par Sahil Koppikar, a été créé à partir de notre comité *RheumOpportunities*.

Le nouveau conseil d'administration et la nouvelle haute direction de l'ORA sont entrés en fonction le 25 mai 2020. Nous remercions tout particulièrement, au nom de nos membres, trois membres du conseil d'administration sortants pour leur travail acharné : les D^{rs} Vandana Ahluwalia, Ric Adachi et Vinod Chandran. Nous avons également accueilli au sein du conseil d'administration de l'ORA les D^{rs} Shelly Dunne, Raman Rai et Faiza Khokhar. Nous travaillons tous d'arrache-pied pour défendre les intérêts des membres de l'ORA et de nos patients en



Le conseil d'administration de l'ORA lors d'une précédente réunion :

De gauche à droite : (rangée arrière) D^r Carter Thorne, D^r Tom Appleton, D^r Henry Averbs, D^r Rick Adachi, D^r Imtiaz Khan; **(rangée du milieu)** M. Denis Morrice, D^r Vinod Chandran, D^r Art Karasik, D^r Felix Leung, D^r Philip Baer, M^{me} Sandra Kennedy, D^r Nikhil Chopra, D^{re} Deborah Levy; **(première rangée)** D^{re} Thanu Ruban, D^{re} Janet Pope, D^{re} Jane Purvis, D^{re} Vandana Ahluwalia D^{re} Julie Kovacs

ces temps difficiles. Parmi les autres transitions, citons le départ à la retraite de notre directeur général de longue date, Denis Morrice, bien connu de tous les acteurs du domaine de l'arthrite, qui a joué un rôle déterminant dans l'accession de l'ORA à sa solide position actuelle. Sandy Kennedy, qui était auparavant notre chef de projet au sein de l'ORA, a repris le poste de Denis.

Les membres de l'ORA ont toujours la possibilité de participer aux activités et aux comités de l'ORA. Consultez notre site Web pour obtenir de plus amples renseignements.

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

L'héritage de Hugh

Réflexions : la Northern Ontario Outreach Clinic

Par Laurence Rubin, M.D., FRCPC

Hugh Little est décédé subitement en octobre 1992. Il avait 58 ans.

Le printemps précédent, j'avais accepté le poste de chef de la division de rhumatologie au Women's College Hospital. J'en avais longuement discuté avec lui, et malgré l'incidence que cela aurait sur la division de rhumatologie de Sunnybrook, il m'avait fortement encouragé à postuler et a soutenu ma démarche. Il a été mon mentor et mon ami et m'a apporté un soutien inestimable pendant mes années postdoctorales. C'est lui qui m'a recruté à Sunnybrook, mon premier poste. Il était un chef de file aux standards exigeants, tant sur le plan de l'enseignement que sur le plan personnel, mais avait aussi un cœur généreux et un sens de l'humour aiguisé.

Bien que j'aie exercé des activités cliniques limitées pendant mes années à Sunnybrook, l'une qui m'a plu énormément a été notre visite semestrielle à Timmins pour la clinique d'arthrite.

Hugh avait lancé ce programme au début des années 1970 en tant que programme itinérant de la Société de l'arthrite dans le nord-est de l'Ontario, Timmins en étant la plaque tournante naturelle. À l'époque, la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR) consistait à prescrire de l'acide acétylsalicylique et de l'or injectable, ainsi qu'à utiliser judicieusement les stéroïdes.

De nombreux rhumatologues de passage à Sunnybrook ont accompagné Hugh lors de ces voyages; arrivée le jeudi soir au « Senator », l'hôtel préféré (en fait le seul) de la ville, fréquenté par les cadres des mines, et souper au restaurant de l'hôtel. Le restaurant avait une réputation bien méritée pour son menu et sa carte des vins. Le souper était à la fois liquide et copieux, mais le lendemain à 7 heures, il fallait prendre un petit déjeuner rapide et se rendre, à pied, à la clinique. Feu Bill Bensen m'a parlé à plusieurs reprises des rigueurs du pénible trajet vers St. Mary's.

À la fin des années 1980, Hugh m'a demandé si je voulais bien me joindre à lui. À l'époque, le fellow en rhumatologie de Sunnybrook avait une peur bleue de l'avion et a refusé l'offre. J'ai immédiatement dit oui.

À la suite de ce premier séjour, et à ma demande, je suis devenu un habitué. C'est ainsi qu'a commencé ma relation de plus de 30 ans avec Timmins.



Lorsque Hugh est mort soudainement, je suis devenu, par défaut, le responsable. L'hôpital m'a remercié d'avoir accepté de poursuivre l'aventure et de fournir ce qu'il considérait comme un service important et essentiel. Cet engagement et cette relation de longue date nous ont tous bien servis.

Avec une population locale et une zone desservie totalisant 60 000 personnes, et en mettant l'accent sur les maladies rhumatismales inflammatoires, principalement la PR, nous avons créé un modèle de soins efficace, performant et durable. Ceci est le résultat de multiples contributions, et en particulier de notre partenariat avec la Société de l'arthrite. Après que Geraldine Carlier, thérapeute locale

de Timmins et membre de longue date de la Société de l'arthrite, se soit installée à Beyrouth, nous avons eu la chance incroyable de recruter Mary Ellen Marcon de Sault Ste. Marie. Mary Ellen a été la première diplômée du programme Advanced Arthritis Practitioner (créé par Rachel Shupak). J'ai participé au programme de formation à Toronto, et c'est là que j'ai rencontré Mary. Tant sur place qu'à distance, et grâce à sa connaissance approfondie de la région, elle a joué un rôle essentiel dans notre succès au fil des ans.

En 2000, Simon Carette s'est joint au programme. Simon avait été très proche de Hugh Little pendant sa formation à Sunnybrook et après. En 1983, il a coécrit un article classique sur l'histoire naturelle de la spondylarthrite ankylosante. Simon avait participé à des cliniques en région éloignée lors de son séjour à Québec, et je savais qu'il était un clinicien compétent doté d'un vif sens de l'humour (une exigence absolue pour Timmins). En plus, il parlait couramment le français!

En 2000, nous avons déménagé dans le nouvel Hôpital de Timmins et du district (HTD). Au cours de ces deux dernières décennies, nous avons eu l'immense chance de pouvoir compter sur des infirmières cliniciennes, des coordonnateurs et des bénévoles compétents, avec lesquels nous avons établi des relations fructueuses, malgré nos trépidantes visites trimestrielles de deux jours. Nous disposons d'un espace suffisant, de tout l'éventail des technologies et des services de laboratoire ainsi que de toutes les voies nécessaires pour offrir d'excellents soins rhumatologiques aux patients du XXI^e siècle. Nous avons continuellement sollicité la participation des groupes de médecins de soins primaires, que ce soit directement ou



Mary Ellen Marcon, SAO, à gauche et Denise Marin, infirmière de la clinique du HTD, à droite.



L'équipe de Timmins. Sur la photo, de gauche à droite : Laurence Rubin, Simon Carette, Bahar Mogghadam, Sahil Koppikar et Lynn Richards

par la formation médicale continue (FMC). Nous avons même séjourné pendant de nombreuses années dans une ancienne maison de cadres miniers convertie en chambres d'hôtes, appartenant à l'un des médecins de famille les plus anciens de la ville. Nous avons mangé dans presque tous les restaurants réputés de la ville, et dans certains moins réputés. Casey's demeure notre restaurant de prédilection, car Simon peut toujours y déguster son dessert préféré à base de brownies et de beurre d'arachide!

En 2013, nous avons commencé à accepter des patients de Kapuskasing, après le départ soudain du précédent rhumatologue itinérant. Au départ, Simon voulait y faire des visites d'une journée, mais je lui ai rappelé qu'il fallait parcourir 150 km sur une autoroute à deux voies, et qu'en hiver, nous pourrions y croiser des orignaux! Nous avons également reçu des patients provenant de communautés autochtones éloignées le long de la baie James et avons récemment rencontré l'ophtalmologiste local pour collaborer à la prise en charge de l'uvéite.

Il y a deux ans et demi, Simon et moi avons convenu de proposer un stage optionnel à Timmins pour les fellows en rhumatologie. Avec le soutien du directeur de l'éducation de l'Unité de rhumatologie, la D^{re} Dana Jerome, nous avons fait venir nos premiers stagiaires de troisième niveau, le D^r Sahil Koppikar, puis la D^{re} Bahar Moghaddam. En décembre dernier, nous avons même fêté l'anniversaire de Bahar dans le style Timmins, avec du champagne mis au frais dans les bancs de neige du stationnement de l'hôpital!

Et maintenant, nous nous sommes tous les deux éloignés. Ma dernière visite a eu lieu en juin, virtuellement, bien sûr, en raison de la pandémie, mais Simon s'est rendu à Timmins début octobre. Mary Ellen, après plus de deux décennies de services dévoués, a pris sa retraite en 2018. Nous avons de nou-

veau eu la chance, avec le soutien de la Société de l'arthrite, de recruter Lynn Richards de Kingston, à qui on a complètement inculqué la « manière Timmins ».

Sahil a exprimé un vif intérêt pour le programme et a excellé dès sa première visite. Je suis très heureux qu'en juillet dernier, il ait accepté d'assumer mon rôle de directeur du programme du HTD sur l'arthrite. Simon et moi avons toute confiance dans ses compétences et sa vision. Il recrutera également un remplaçant pour Simon.

Ces quelque trente ans ont passé comme l'éclair. Je suis très fier de ce que nous avons accompli. Nous avons construit et maintenu un modèle de soins pour l'arthrite inflammatoire, en élargissant les possibilités d'éducation et, surtout, en créant un plan de relève viable dans une communauté éloignée du Nord. Sahil et ses collègues vont sans aucun doute faire évoluer et améliorer ce programme, et j'ai hâte de voir les changements.

Nous avons eu la chance incroyable d'être rhumatologues en cet âge d'or de notre spécialité. La clinique de Timmins est un microcosme et un laboratoire vivant pour exercer notre profession et observer les résultats de ces avancées dans une communauté unique et reconnaissante.

Pour terminer, merci, Hugh, de m'avoir demandé de me joindre à vous; et merci aussi à ce résident anonyme dont la peur de l'avion m'a permis de vivre une expérience incroyable et gratifiante.

*Laurence Rubin, M.D., FRCPC
Médecin,
Département de médecine,
St. Michael's Hospital
Professeur de médecine,
Université de Toronto
Toronto (Ontario)*

Passer le relais du leadership scientifique de la recherche sur l'arthrite au Canada – Célébrer l'héritage d'un leader visionnaire

Par Diane Lacaille, M.D., FRCPC, M. Sc. S.

Le 1^{er} juillet, après 21 ans à la barre, le D^r John Esdaile a pris sa retraite en tant que directeur scientifique d'Arthritis Research Canada/Arthrite-Recherche Canada (ARC). Je suis profondément honorée qu'on me demande de prendre la relève de la direction scientifique de cette formidable organisation. Le D^r Esdaile était un leader visionnaire qui laisse derrière lui un héritage incroyable, non seulement par ses réalisations personnelles en recherche, mais aussi grâce à ce qu'il a construit.

Depuis ses débuts, en 1999, en tant que centre unique ne comptant que lui-même, un scientifique, un étudiant diplômé et un membre du personnel administratif, Arthrite-Recherche Canada est devenue une organisation de recherche clinique de premier plan sur l'arthrite, avec une équipe de plus de 100 chercheurs, stagiaires et employés. Nos centres sont situés dans trois provinces (Colombie-Britannique, Alberta et Québec) et les scientifiques sont affiliés à cinq grandes universités (Université de Colombie-Britannique, Université Simon Fraser, Université de Calgary, Université Laval et Université McGill). Le D^r Esdaile a réuni une équipe de chercheurs forts d'une vaste expertise pour mener des recherches dans les disciplines liées à l'arthrite. Notre équipe de 41 scientifiques couvre les disciplines suivantes : rhumatologie, orthopédie, physiothérapie, ergothérapie, sciences pharmaceutiques, biostatistiques, épidémiologie, recherche sur les services de santé, santé publique, psychologie de la santé et changement de comportement, économie de la santé, évaluation des systèmes de santé et application des connaissances. Au-delà de ce qui peut être mesuré par les chiffres, le D^r Esdaile a créé une culture de rigueur scientifique, d'excellence et d'innovation, repoussant les limites des nouvelles découvertes, et a favorisé un environnement d'esprit de corps et de collaboration, qui a été la clé du succès d'Arthrite-Recherche Canada.

Le D^r Esdaile a toujours été un ardent défenseur de la prochaine génération de chercheurs sur l'arthrite, faisant du soutien aux stagiaires et du mentorat des nouveaux scientifiques l'une des principales priorités d'Arthrite-Recherche Canada. Les nombreux scientifiques établis dont il a été le mentor, qui contribuent à faire avancer la recherche en rhumatologie au Canada et aux États-Unis, constituent une autre partie importante de son héritage. J'ai moi-même eu le privilège de bénéficier de son mentorat pendant de nombreuses années, depuis le moment où il a supervisé ma participation au programme de bourse d'été en tant qu'étudiante en médecine, en passant par



D^{re} Diane Lacaille

ma période comme étudiante diplômée lors de la création d'Arthrite-Recherche Canada, jusqu'à aujourd'hui où je suis ses traces en tant que nouvelle directrice scientifique. Je peux parler en connaissance de cause de l'incroyable mentor qu'il est!

Le D^r Esdaile s'est également fait le champion de l'engagement significatif des patients dans la recherche bien plus d'une décennie avant que cette pratique ne devienne populaire. Il a fait en sorte que la voix des patients soit représentée dans toutes les facettes de notre organisation et que les patients prennent part à tous les aspects de la recherche. La création du conseil consultatif des patients atteints d'arthrite d'Arthrite-Recherche Canada a joué un rôle déterminant dans ce processus. Son engagement à faire en sorte que la voix des patients soit entendue a toujours été au premier plan de tout ce que nous faisons. À Arthrite-Recherche Canada, nous continuerons à travailler pour et avec les patients pour nous assurer que notre recherche est pertinente, significative et utile.



D^r John Esdaile

Je me réjouis de diriger l'organisation au cours de la prochaine décennie. J'accorde une grande importance à la recherche menée à Arthrite-Recherche Canada en raison de ses effets sur la vie quotidienne des personnes atteintes d'arthrite. L'incroyable résilience des patients atteints d'arthrite, le dévouement des chercheurs et du personnel, les idées novatrices de mes collègues et l'esprit vif et curieux de nos stagiaires sont pour moi des sources d'inspiration. Je suis enthousiaste à l'idée des futures découvertes qui transformeront la manière dont les soins de santé sont dispensés et qui changeront la vie des per-

sonnes atteintes d'arthrite. Nous vivons une époque vraiment passionnante. À Arthritis-Recherche Canada, nous continuerons d'élargir l'expertise de notre équipe de recherche afin de répondre aux besoins changeants des patients et d'exploiter les possibilités qui découlent des nouvelles tendances, comme les mégadonnées, l'intelligence artificielle et les technologies intelligentes. Nous continuerons également à nous attaquer aux inégalités en matière de santé qui touchent les personnes atteintes d'arthrite, en particulier les peuples autochtones, afin que tous les Canadiens, quelle que soit leur race, leur origine ethnique ou leur situation sociale, aient accès aux soins dont ils ont besoin et aux meilleurs soins disponibles. Et bien sûr, nous

poursuivrons notre investissement dans l'avenir de la recherche sur l'arthrite en formant et en encadrant la prochaine génération de chercheurs dans ce domaine.

*Diane Lacaille, M.D., FRCPC, M. Sc. S.
Chaire Mary Pack de recherche en rhumatologie
Professeure de rhumatologie,
Université de la Colombie-Britannique
Chercheuse scientifique principale,
Directrice scientifique,
Arthritis Research Canada
Richmond (Colombie-Britannique)*

Épuisement professionnel chez le rhumatologue

Par Lester Liao, M.D., MTS

La rhumatologie n'est pas reconnue pour être une spécialité très occupée ou stressante. Lorsque nous pensons à l'épuisement professionnel, nous pensons spontanément aux disciplines de soins actifs qui entraînent des niveaux de stress élevés et sont difficiles à maîtriser. Médecine d'urgence. Soins intensifs. Il peut donc apparaître inhabituel d'envisager le problème de l'épuisement professionnel chez les rhumatologues. Ne sommes-nous pas, après tout, la meilleure discipline?

À mon avis, le rapport annuel de Medscape sur le mode de vie, le bonheur et l'épuisement professionnel des rhumatologues donne à croire que nous avons tendance à être moins heureux que le médecin moyen au travail, mais plus heureux que le médecin moyen en dehors du travail. De plus, environ 40 % d'entre nous sont victimes d'épuisement professionnel¹. Les tâches bureaucratiques, qui comprennent la tenue de dossiers et la paperasserie, sont de loin celles qui contribuent le plus à cette situation. Bien qu'elles soient imparfaites, les données servent de tremplin permettant de formuler au moins deux brèves observations pour les rhumatologues.

Premièrement, nous ne sommes pas immunisés contre ce mal. Cela va peut-être de soi (notamment parce que nous sommes fiers de bien comprendre l'immunologie), mais il ne sert à rien de le souligner, car nous avons une énorme capacité d'aveuglement envers nous-mêmes². Un faible niveau de stress ne permet pas d'atténuer efficacement l'épuisement professionnel, car il n'y a pas de lien avec l'étiologie présumée. Qui plus est, nous avons affaire à un nombre inhabituel de médicaments et de maladies. Nos consultations et notre tenue de dossiers sont peut-être un peu plus détaillées et, d'un programme d'accès exceptionnel à l'autre, il y a beaucoup de formulaires à remplir. Pour commencer, la réduction des tâches de cette nature serait un bon point de départ.

Mais ensuite, et surtout, l'intérêt clinique est insuffisant pour exclure l'épuisement professionnel. Je suppose que beaucoup d'entre nous ont rejoint les rangs de la rhumatologie par pure curiosité intellectuelle. La discipline attire des gens particulièrement cérébraux. Mais ce sérieux qui, selon mes observations, persiste chez de nombreux collègues même sur plusieurs décennies

ne procure aucune motivation pour la paperasserie, les réunions, la tenue des DME. Nous avons besoin de quelque chose de plus captivant. Et cela réside dans le caractère humain de toute pratique. La maladie est intéressante, mais une personne l'est encore plus. Ceci est particulièrement important pour le rhumatologue, dont l'orientation vers la médecine est au moins légèrement biaisée vers une fascination pour la physiopathologie. Le chirurgien orthopédiste présente un autre profil. Or, il faut être conscient de cet écueil. Si notre objectif est de satisfaire notre curiosité, de recueillir des données, voire de trouver une cure, nous avons raté la cible. Le patient devient ainsi un moyen d'arriver à une fin³. Lorsque le patient devient secondaire à d'autres objectifs, le cœur s'atrophie. La douleur chronique devient une nuisance, la paperasserie, une corvée. Ces enjeux deviennent des obstacles à ce que nous voulons ou à ce dont nous avons besoin. Selon moi, le problème se situe à ce niveau plus profond.

Bien sûr, le processus est subtil. Il est toutefois inévitablement présent, et je le reconnais en moi-même. Pourtant, si mon enfant était malade et s'il fallait s'occuper de paperasseries, je le ferais en toute vitesse. L'élément humain l'emporte sur tout. Il est certain que nous devons prendre d'autres mesures pour réduire l'épuisement professionnel. Mais il y a des choses que les sondages ont du mal à saisir. La totalité de notre travail réside dans le patient qui se présente à nous. Perdre cela de vue mène vers l'engourdissement et le désenchantement. Souvenez-vous-en. Ainsi, nous saurons peut-être que nous avons changé une vie pour toujours.

*Lester Liao, M.D., MTS
Boursier en rhumatologie pédiatrique,
Hospital for Sick Children, Université de Toronto
Liaison canadienne, International Doctor as a Humanist Association
Toronto (Ontario)*

Références :

1. Medscape. Rheumatologist Lifestyle, Happiness & Burnout Report; 2020. <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-rheumatologist-6012480>. Consulté en ligne le 27 mai 2020.
2. Haidt J. The Righteous Mind: Why Good People Are Divided by Politics and Religion. New York, NY: Pantheon Books; 2012.
3. Kant I, Wood AW. Groundwork for the Metaphysics of Morals. New Haven, CT: Yale University Press; 2002.

Nouvelles de la Saskatchewan

Par Regan Arendse, M.D., FRCPC

Nos plans pour l'exercice de la rhumatologie en 2020 à Saskatoon ont été totalement bouleversés par la pandémie de COVID-19. Tout a commencé par un voyage dans la belle ville de Victoria, en Colombie-Britannique, à l'occasion de la réunion scientifique de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) en février 2020. Dès notre retour dans les Prairies, nous nous sommes retrouvés en confinement total.

En raison du nombre croissant d'annulations des consultations en personne en mars 2020, il était clair qu'il ne serait rapidement plus possible d'exercer la rhumatologie de la façon habituelle. Les prévisions initiales de notre ministère de la Santé concernant la COVID-19 faisaient état de 150 000 à 400 000 infections dans la province, et de 3 000 à 8 000 décès. Ainsi, après une série de réunions consultatives avec différentes parties prenantes, de nombreux rhumatologues de la Saskatchewan ont convenu d'un accord sur la pandémie. Cela nous a permis de recevoir un salaire mensuel pendant trois mois et de prodiguer des soins virtuels tout en étant disponibles pour être redéployés selon les besoins de la province au moment voulu.

En ce qui concerne la prestation de soins virtuels en rhumatologie, la courbe d'apprentissage a été abrupte. D'une pratique essentiellement tactile, consistant à examiner les gens de près, nous avons dû passer à l'évaluation de l'activité articulaire par téléphone, ce qui n'était pas sans difficulté. Nous avons également dû répondre à de nombreuses questions sur cette nouvelle maladie et ses répercussions

uniques sur notre population immunodéprimée. Heureusement, la SCR et de nombreuses entreprises pharmaceutiques ont apporté un excellent soutien aux séances d'apprentissage WebEx, extrêmement instructives. Cela nous a permis de tirer les leçons des expériences liées à la COVID-19 de rhumatologues d'autres régions du monde qui étaient plus avancées dans la courbe de la pandémie. Dans l'ensemble, l'information était rassurante pour ceux qui étaient anxieux de prescrire en pleine pandémie un traitement immunosuppresseur à des personnes immunodéprimées. Un grand merci à tous ceux qui ont contribué à la mise en œuvre de ces possibilités d'apprentissage.

Au moins cinq rhumatologues ont été appelés à différentes périodes de l'accord sur la pandémie pour travailler en médecine interne. Pendant ce temps, nous avons annulé notre travail en cabinet en milieu communautaire et avons assumé des tâches en médecine interne. Pour les rhumatologues ayant moins d'expérience en médecine interne, ce fut une leçon d'humilité, puisqu'ils ont dû prendre en charge des maladies qu'ils n'avaient pas vues depuis un certain temps. À l'image des énormes progrès thérapeutiques dans le domaine de la rhumatologie, il y a apparemment eu des avancées semblables dans le traitement de maladies internes complexes. Heureusement, les résidents très compétents étaient là pour nous guider dans cette aventure. Toutefois, nous avons bien réalisé d'après leurs commentaires sur nos fiches d'évaluation que nous n'étions pas de taille pour prendre leur place.



Notre accord sur la pandémie a pris fin au mois de juin 2020 et, par la suite, nous avons lentement vu quelques patients se présenter pour des consultations en personne. Heureusement, la province a continué à soutenir notre pratique en maintenant les codes de facturation de la consultation virtuelle. À l'heure actuelle, environ 60 % de nos consultations se font en personne et 40 %, en mode virtuel. Cette répartition repose uniquement sur la préférence des patients. Nous avons constaté que de nombreux patients vivant hors de la ville et ceux présentant des maladies concomitantes préfèrent les soins virtuels, craignant d'avoir à se rendre à Saskatoon, où nous continuons à détecter un nombre modeste, mais constant, de cas positifs de COVID-19. La diminution des contacts personnels nous a permis d'étaler les consultations et de procéder à la désinfection nécessaire entre les patients. Cela nous donne également le temps nécessaire pour discuter des mérites du port d'un masque ou d'une autre protection faciale appropriée avec certains de nos patients moins enthousiastes.

Nous vivons et pratiquons la rhumatologie dans une époque intéressante. Forts de l'optimisme déterminé des Prairies, nous continuons à espérer que 2020 se terminera sur une meilleure note qu'elle a commencé.

Regan Arendse, M.D., FRCPC
Professeur adjoint d'enseignement clinique,
Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan)

Par Bindu Nair, M.D., M. Sc., FRCPC

Salutations de la Saskatchewan! L'année 2020 a certainement apporté son lot de surprises pour nous tous, et notre communauté de la rhumatologie s'est unie pour relever les défis. Pour certains d'entre nous, la courbe d'apprentissage a été abrupte, mais aujourd'hui, les patients de la Saskatchewan bénéficient d'une formule hybride de rendez-vous virtuels et de consultations en personne sécuritaires, selon les besoins. Au début de la pandémie, nos collègues des services hospitaliers avaient besoin d'aide, et des rhumatologues extraordinaires ont répondu à l'appel et ont travaillé comme médecins traitants pour les équipes internes de médecine. Cet automne, notre cours de base sur les troubles musculosquelettiques destiné aux étudiants de premier cycle a été présenté de manière virtuelle et a été bien accueilli par les étudiants en médecine. Notre groupe provincial de rhumatologie demeure soudé et continue à avoir des discussions animées grâce à des vidéoconférences scientifiques hebdomadaires.

Nous sommes heureux d'accueillir notre collègue, la D^{re} Cairistin McDougall, qui exerce à Regina et qui est devenue la quatorzième rhumatologue pour adultes de la Saskatchewan. Nous sommes également ravis que les D^{rs} Kate Neufeld et Hon Yan Ng se joignent à la division de rhumatologie pédiatrique du Jim Pattison Children's Hospital à Saskatoon.

Bindu Nair, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeure de médecine, Division de rhumatologie
Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan)

NOUVELLE INDICATION : SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

NOUS SOMMES FIERS DE NOTRE ENGAGEMENT ENVERS NOTRE PROGRAMME D'ESSAIS CLINIQUES EN RHUMATOLOGIE*

ESSAIS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE RHUMATISME PSORIASIQUE ÉVOLUTIF

PATIENTS N'AYANT JAMAIS REÇU
UN AGENT BIOLOGIQUE SPIRIT-P1

PATIENTS AYANT DÉJÀ
REÇU UN iTNF SPIRIT-P2

PARAMÈTRE D'ÉVALUATION PRINCIPAL

Pourcentage de patients ayant obtenu une réponse ACR20 à la semaine 24

PARAMÈTRES D'ÉVALUATION SECONDAIRES SÉLECTIONNÉS

Réponse ACR50 à la semaine 24

Réponse ACR70 à la semaine 24

Indice d'évaluation de l'enthésite de Leeds à la semaine 24

Score total de Sharp modifié à la semaine 24 (SPIRIT-P1)

Indications :

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 antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM). Taltz peut être employé seul ou en association avec un antirhumatisme modificateur de la maladie classique (ARMMc) [p. ex., le méthotrexate].
- le traitement de la spondylarthrite ankylosante évolutive chez les adultes qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance au traitement classique.

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Infections, y compris la tuberculose
- Réactions d'hypersensibilité graves (y compris l'anaphylaxie)
- Patients atteints d'une maladie inflammatoire de l'intestin
- Vaccination
- Femmes enceintes et femmes qui allaitent
- Fécondité
- Personnes âgées

Pour de plus amples renseignements :

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



4 ESSAIS PIVOTS

> 1 400 PATIENTS AU TOTAL†‡

**ESSAIS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE SPONDYLARTHRITE
ANKYLOSANTE ÉVOLUTIVE**

**PATIENTS N'AYANT JAMAIS REÇU
UN AGENT BIOLOGIQUE** COAST-V

**PATIENTS AYANT DÉJÀ
REÇU UN iTNF** COAST-W

PARAMÈTRE D'ÉVALUATION PRINCIPAL

Pourcentage de patients ayant obtenu une réponse ASAS40 à la semaine 16

PARAMÈTRES D'ÉVALUATION SECONDAIRES SÉLECTIONNÉS

Réponse ASAS20 à la semaine 16

Réponse BASDAI50 à la semaine 16

Score SPARCC du rachis par IRM à la semaine 16

Pourcentage de patients ayant obtenu une réponse ASDAS inférieure à 2,1 %
(faible activité de la maladie) à la semaine 16

**POUR EN SAVOIR PLUS, COMMUNIQUEZ AVEC
VOTRE REPRÉSENTANT DE TALTZ OU VISITEZ LE
SITE [LILLY.CA/FR/COMMUNIQUEZ-AVEC-NOUS](https://www.lilly.ca/fr/communiquez-avec-nous).**

ACR20/50/70 = amélioration d'au moins 20 %/50 %/70 % selon les critères de l'American College of Rheumatology; ASAS40 = réponse Assessment of Spondyloarthritis International Society 40; ASDAS = Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (score d'activité de la spondylarthrite ankylosante); BASDAI = Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (indice BASDAI); IRM = imagerie par résonance magnétique; iTNF (de l'anglais Tumor Necrosis Factor) = inhibiteur du facteur de nécrose tumorale; SPARCC = Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (Consortium canadien de recherche sur les spondylarthropathies) [score pour le rachis déterminé à partir d'une échelle de 23 unités discovertébrales].

* La signification clinique n'a pas été établie.

† Le nombre total de patients comprend tous les patients répartis aléatoirement afin de recevoir Taltz, un placebo ou l'adalimumab (groupe de référence actif) dans les essais SPIRIT-P1 et COAST-V.

‡ SPIRIT-P1, N = 417; SPIRIT-P2, N = 363; COAST-V, N = 341; COAST-W, N = 316.

Référence : 1. Monographie de Taltz. Eli Lilly Canada Inc., 4 février 2020.

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

P^rXELJANZ^{MD}
[citrate de tofacitinib]



POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

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

ARTHRITE PSORIASIQUE

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

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

COLITE ULCÉREUSE

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

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

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

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

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

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

JAK = Janus kinase; PR = polyarthrite rhumatoïde
* La portée clinique de ces comparaisons est inconnue.

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



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

PP-XEL-CAN-0480-FR

