

CRAISCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Que fait la SCR pour vous?

Le temps est venu pour la communauté canadienne de rhumatologie de paver la voie en matière d'équité, de diversité et d'inclusion!

Des nouvelles de l'ICORA

Bénéficiaires des bourses de l'ICORA de 2021

Articulons nos pensées

Résultats du sondage :
Équité, diversité et inclusion

Arthroscopie

Création de la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie

Apprendre à chercher une aiguille dans une botte de foin : bourse de recherche en génomique avancée pour les maladies rares

Compte rendu du congrès EULAR 2021

Prix du chercheur émergent 2021 de la SCR : Dr Zahi Touma

Société de l'arthrite : Sensibilisation et nouvelles ressources pour les patients

Pleins feux sur : **Équité, diversité et inclusion**

Éditorial

Gérer l'incertitude

Hommage boréal

Comblant le fossé : apprendre l'espagnol pour mieux aider mes patients

Relever les défis, saisir les occasions, susciter le changement

Plafonds de verre, préjugés inconscients, syndrome de l'imposteur et effet Matilda

L'évolution de la main-d'œuvre en rhumatologie en Jamaïque

Surmonter les obstacles supplémentaires liés à la formation

La pratique accueillante – Créer un environnement qui favorise la sécurisation culturelle des patients autochtones

Ouvrir la voie au changement

Iniquité de genre en rhumatologie au Canada

Nouvelles régionales

Quoi de neuf à Québec

Prix, nominations et distinctions

Les docteurs Azin Ahrari, Linda Hiraki et Robert Inman sont à l'honneur

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



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

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

64 % DES PATIENTS SOUS TREMFYA® (159/248)

VS

33 % DES PATIENTS SOUS PLACEBO (81/246) ($p < 0,0001$)

ESSAI DISCOVER-1^{1,3‡} :

52 % DES PATIENTS SOUS TREMFYA® (66/127)

VS

22 % DES PATIENTS SOUS PLACEBO (28/126) ($p < 0,0001$)

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

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

Indications et usage clinique :

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

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

Mises en garde et précautions pertinentes :

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

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

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse www.janssen.com/canada/fr/products pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et l'administration qui n'ont pas été abordés dans ce document.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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



Gérer l'incertitude

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« Nous voulons toujours tout expliquer, mais l'innovation et le progrès se produisent lorsque nous nous permettons d'embrasser l'incertitude. »

– Simon Sinek, auteur et conférencier inspirant

Deux patients que j'avais déjà vus auparavant m'ont été adressés cette semaine. J'avais vu le patient n°1 quatre ans plus tôt; son taux de CK élevé, stable et isolé¹, était de l'ordre de plusieurs centaines; il ne recevait pas de traitement à base de statine, n'était pas atteint d'hypothyroïdie et ne présentait aucune éruption cutanée, faiblesse ou atrophie musculaire. Je l'ai rassuré et l'ai renvoyé chez son prestataire de soins primaires. La patiente n°2 avait été vue il y a 10 ans; elle avait obtenu un résultat positif au dosage des AAN avec un titre de 1/640 moucheté/homogène, un de ses parents était atteint de polyarthrite rhumatoïde (PR) et elle présentait une légère fatigue et des arthralgies. La patiente était atteinte d'hypothyroïdie qui était, à mon avis, la cause la plus probable du résultat de son dosage des AAN positif. Les résultats de tous les autres tests figurant dans ses antécédents et son examen étaient négatifs. La patiente a été rassurée, quelques examens supplémentaires ont été effectués et se sont révélés négatifs (FR³, ENA⁴, anti-ADN-db⁵ et analyse d'urine), et elle a été renvoyée aux soins primaires. Dans aucun de ces deux cas, je n'ai suggéré de faire une série de tests en raison de paramètres de laboratoire anormaux.

Les anomalies de laboratoire isolées ne me font pas perdre le sommeil, mais les patients et les médecins de soins primaires semblent être de plus en plus préoccupés par l'incertitude qu'engendrent les chiffres en rouge des résultats de laboratoire dans le dossier médical électronique (DME). Les portails de laboratoire pour les patients ont entraîné une augmentation des demandes de renseignements sur les anomalies de l'IDR⁶, de l'HME⁷ et d'autres résultats de tests qui ne sont pas précisément demandés, mais dont les résultats sont néanmoins reçus. La macro-instruction du laboratoire qui accompagne chaque résultat de dosage des AAN positif n'aide pas : « pourrait être un signe de... »

La médecine consiste à gérer l'incertitude, comme dans la vie en général. Les effets d'un traitement, bons ou mauvais, sont basés sur des probabilités. La médecine fondée sur les données probantes est une excellente chose, mais qu'en est-il de toutes les situations où il n'en existe pas (maladie rare, absence d'essais cliniques à répartition aléatoire) ou dans les cas où elles sont en conflit (il suffit de regarder les récentes directives sur le vaccin contre la COVID-19, par exemple)? Les patients doivent encore être traités sur-le-champ et des décisions doivent être prises.

Le « principe d'incertitude » peut-il nous aider? Le principe d'incertitude d'Heisenberg, dans sa forme normalisée, décrit la précision avec laquelle nous pouvons mesurer simultanément la position et la quantité de mouvement d'une particule – si nous augmentons la précision de la mesure d'une quantité, nous perdons automatiquement de la précision dans la mesure de l'autre. Eh bien, cela peut être vrai en mécanique quantique, bien que cela fasse débat, mais n'ait d'aucune aide pour nos patients.

Si la prescription d'un test ne doit avoir aucune incidence sur ce que vous faites, ne le prescrivez pas. C'est un bon conseil. Lorsque le test est prescrit et génère un résultat anormal, ce résultat de laboratoire cause, semble-t-il, un besoin irrésistible d'extrapoler. Que ce soit à l'initiative du patient ou du médecin, les dosages des AAN ou de la CK vont être répétés, souvent sans raison valable.

La patiente n°2 s'est présentée en premier. Elle avait changé de médecin de famille et s'était à nouveau plainte d'une légère fatigue et d'arthralgies. Un autre dosage des AAN s'est, une fois de plus, révélé positif, mais avec un titre inférieur de 1/160 moucheté/homogène. J'ai pu directement le vérifier dans mes anciens dossiers et le médecin généraliste aurait pu le trouver dans la base de données publique des laboratoires s'il avait cherché. Rien d'autre n'avait changé et ma conclusion est demeurée la même. J'ai rassurée de nouveau la patiente (« c'est probablement lié à votre thyroïde; un dosage des AAN positif est observé dans 13 à 15 % de la population générale »), ce n'est pas nécessaire de répéter ce dosage à l'avenir (« il sera positif à vie ») et comme d'habitude, j'ai proposé une réévaluation (« votre médecin de famille peut m'appeler pour toute question; je serai heureux de vous revoir si le besoin s'en fait sentir »). Il est intéressant de noter que, peu avant de me consulter, la patiente avait vu un autre rhumatologue, dont le bilan comprenait des examens IRM négatifs des deux mains, un examen que je n'aurais jamais eu l'idée de prescrire, mais chaque génération de rhumatologues a son test préféré.

Le patient n°1 est aussi revenu avec son résultat de dosage de la CK élevé. Il est toujours asymptomatique, ne prend aucun médicament, ne fait aucun exercice physique intense, n'a pas d'antécédents familiaux de myopathie ou de troubles neurologiques et ne présente aucune faiblesse, éruption cutanée ou maladie pulmonaire interstitielle. Peut-être que le taux élevé de la CK de ce patient était lié au sexe et à la race ou à l'ethnicité, bien que je doute de plus en plus de ce genre d'explication au vu de toutes les révélations récentes concernant la correction des DFG⁸ et EFR⁹ sur la base de tels critères. Encore une fois, le généraliste a dû être rassuré, car le patient était sûr d'être en bonne santé et ne semblait pas avoir besoin de mon avis sur la question.

Par contre, le patient récent n° 3 était un homme de 51 ans envoyé par son médecin généraliste sur les conseils d'un chirurgien orthopédique qui avait évalué le patient pour des douleurs récurrentes à la cheville et au pied et n'avait rien trouvé à opérer. D'après les antécédents, il était évident qu'il s'agissait d'un cas de goutte, mais le patient a déclaré que cela avait été exclu par son médecin généraliste, car le taux d'acide urique était toujours normal. Eh bien cela pourrait sembler normal pendant une crise aiguë, mais la base de données du laboratoire a révélé

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., 2021. 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, photocopie, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : septembre 2021.

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

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

Gérer l'incertitude *suite de la page 3*

des niveaux de 530, 484 et 465 $\mu\text{moles/L}$ au cours des dernières années. Le seul problème était que le laboratoire avait fixé la limite supérieure de la normale à 512, ce qui est loin de la valeur optimale ou de la valeur du traitement à cibler qui est 360. Or, dans le DME, les valeurs 484 et 465 étaient indiquées en noir (« normal ») et non en rouge. Le patient a été soulagé d'apprendre qu'il n'était plus un « mystère médical ».

De la même façon, le patient n°4 m'avait été adressé pour une aggravation de son ostéoporose. Une récente mesure de sa DMO¹⁰ avait fourni des résultats séquentiels entre 2000 et 2018. Il est intéressant de noter que la DMO réelle formulée en g/cm^2 était pratiquement la même au début et à la fin de cette longue période d'observation. Cependant, la colonne intitulée « Évolution de la DMO » présentait une série ininterrompue de signes négatifs. De toute évidence, quelque chose avait mal tourné dans l'algorithme. Sinon, on aurait pu comparer cela à l'escalier imaginaire de Penrose rendu populaire par l'artiste MC Escher et le film « Origine » (*Inception*) et dont les marches font quatre virages à 90 degrés en montant ou en descendant, mais forment une boucle continue, de sorte qu'une personne pourrait les dévaler indéfiniment sans

jamais descendre plus bas. J'ai mérité mes honoraires de consultation pour avoir compris cela et j'ai félicité le patient d'avoir toujours la même DMO bien qu'il ait vieilli de 18 ans. Aucun traitement n'a été requis!

Une semaine typique au bureau : les incertitudes sont atténuées pour les deux premiers patients, et des certitudes sont fournies aux deux derniers. La médecine reste toujours intéressante.

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

1. CK : créatine-kinase
2. AAN : anticorps antinucléaire
3. FR : facteur rhumatoïde
4. ENA : antigène nucléaire soluble
5. ADN-db : ADN double brin
6. IDR : indice de distribution des globules rouges
7. TCMH : teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine
8. DFGe : débit de filtration glomérulaire
9. EFR : exploration fonctionnelle respiratoire
- 10 DMO : densité minérale osseuse

BIENVENUE EN RHUMATO

Bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Samar Aboulenain, Toronto (Ont.)

Amani Albijadi, Toronto (Ont.)

Nicole Beckett, Halifax (N.-É.)

Audrea Chen, Toronto (Ont.)

Aoife Cox, Toronto (Ont.)

Lauren Glick, Toronto (Ont.)

Janete Dabague Guzman, Ottawa (Ont.)

Amanda Hu, London (Ont.)

Allyson Jones, Edmonton (Alb.)

Deborah Koh, Hamilton (Ont.)

Amanda Marsden, Vancouver (C.-B.)

Maryam Obaidallah, Toronto (Ont.)

Azin Rouhi, Edmonton (Alb.)

Orit Schieir, Montréal (Qc)

Alaa Shehab, Toronto (Ont.)

Chen (Emma) Tang, Kingston (Ont.)

Barbara E. Walz, Mississauga (Ont.)

Madina Weiler, London (Ont.)

NOTE : À la lumière des commentaires que nous avons reçus, nous avons procédé à l'ajout de certaines précisions concernant l'article « Comment optimiser ses investissements! Les tenants et aboutissants des crédits d'impôt à l'investissement de la RS&DE » publié dans le numéro du printemps 2021 du JSCR. Veuillez visiter le www.craj.ca pour consulter l'article et voir les précisions apportées.

Bénéficiaires des bourses de l'ICORA de 2021

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

La SCR a le plaisir d'annoncer que sa division subventionnaire accordera cinq bourses de deux ans et une bourse d'un an pour un total de 631 151 \$ CAN, en vue de financer des projets qui amélioreront l'accès aux soins rhumatologiques et l'innovation dans ce domaine.

Ce financement est accordé dans le cadre du 14^e concours annuel de bourse de l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA). Depuis 2006, l'ICORA a financé 109 projets et versé 8 009 854 \$ CAN en fonds de recherche.

Le financement offert par l'ICORA est basé sur différents thèmes; les bourses de cette année s'appliquent à des projets qui font la promotion des aspects suivants :

- Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement (deux bourses)
- Équipes de soins multidisciplinaires
- Économie de la santé/viabilité des soins de santé/amélioration de la qualité
- Accès rapide pour les patients souffrant de maladies rhumatismales
- Rhumatologie communautaire (NOUVEAU)

Par Janet Pope, M.D., maîtrise en santé publique, FRCPC
Professeure de médecine, chef de division,
Division de rhumatologie, Département de médecine,
St. Joseph's Health Care, Université Western Ontario
London (Ontario)

Thème	Titre	Investigateur(trice) principal(e)	Subvention
Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement	<i>Supporting Equitable Outcomes in Diverse Populations with Rheumatoid Arthritis Through Appropriate Guideline Implementation, Practice and Policy Approaches</i>	Barnabe, C.	99 796 \$
Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement	<i>Going Beyond Pain: Expansion of the JIA Option Map to Support Young People and Their Families to Manage Juvenile Idiopathic Arthritis in Their Daily Lives</i>	Toupin-April, K. Stringer, E	119 865 \$
Rhumatologie communautaire	<i>A Community-based Adaptation of the Small Changes Behavioural Weight Loss Treatment Approach for Psoriatic Arthritis Patients with Comorbid Obesity</i>	Teo, M.	57 795 \$
Accès rapide pour les patients souffrant de maladies rhumatismales	<i>The Impact of the COVID-19 Pandemic on Access to Rheumatology Services and Treatment – A Population-based Approach</i>	Widdifield, J.	\$115,000
Économie de la santé/viabilité des soins de santé/amélioration de la qualité	<i>Biosimilars of Rituximab in ANCA-associated Vasculitis compared to the Originator (BRAVO): a CanVasc Multi-centre Study</i>	Mendel, A. Barra, L. Pagnoux, C.	119 792 \$
Équipes de soins multidisciplinaires	<i>Adapting and Evaluating an Evidence-based Online Behavioural Intervention to Manage Insomnia in Patients with Rheumatoid Arthritis</i>	Da Costa, D.	118 903 \$

Félicitations aux bénéficiaires des bourses 2021! Une liste de tous les bénéficiaires actuels et précédents peut être consultée à l'adresse <https://rheum.ca/fr/recherche/remise-de-bourse-2021/>

Un remerciement particulier à nos commanditaires pour leur soutien constant.

De 125 000 à 150 000 \$

GlaxoSmithKline
Pfizer Canada Inc

De 100 000 à 125 000 \$

AbbVie
Corporation

De 75 000 à 100 000 \$

Boehringer Ingelheim
Novartis-Sandoz

De 50 000 \$ à 75 000 \$

Gilead Sciences
Canada Inc.

L'ICORA lance un autre concours de bourses en 2022!

Le système de demande de bourses de l'ICORA en ligne ouvre le **24 janvier 2022**.

La lettre d'intention doit être soumise au plus tard le **25 février 2022**.

La date limite de soumission en ligne d'une demande de bourses à l'ICORA est le **8 avril 2022**.

Le temps est venu pour la communauté canadienne de rhumatologie de paver la voie en matière d'équité, de diversité et d'inclusion!

Par Nicole Johnson, M.D., FRCPC

L'année 2020 a été sous le signe du début de la pandémie de COVID-19, mais aussi d'une nouvelle prise de conscience de l'oppression permanente des Noirs dans la société. La mort cruelle et violente de George Floyd a été filmée et est devenue virale sur les médias sociaux. Le monde entier y a réagi immédiatement en demandant que les injustices à l'égard des personnes noires soient reconnues et qu'elles cessent. Dans un message de la présidente¹, la direction de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) s'est adressée aux membres, ce qui a été suivi d'un appel de volontaires pour former un groupe de travail sur la diversité et l'inclusion.

Le groupe de travail sur l'équité, la diversité et l'inclusion créé en août 2020 est composé des D^{rs} Tooba Ali, Maysoon Eldoma, Aurore Fifi-Mah, Natasha Gakhal, Nicole Johnson (présidente), Ambreen Khan, Manisha Mulgund, Trudy Taylor et notre précieux coordinateur de la SCR, M. Kevin Baijnauth.

Les bénévoles du groupe de travail sont d'ardents défenseurs de l'initiative d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) et souhaitent guider la SCR pour qu'elle devienne une chef de file en tant qu'organisation de spécialité canadienne inclusive et novatrice. Voici les citations de certains de nos membres : « Je m'identifie comme une femme afro-caribéenne ayant reçu une éducation multiculturelle, étant née sur une île française où la diversité est la norme. Après avoir déménagé au Canada, j'ai rencontré un manque de diversité dans les rôles de direction. En devenant membre du groupe de travail sur l'EDI, j'ai l'occasion unique de fournir des conseils et de proposer des changements nécessaires à la mise en œuvre des piliers de l'EDI à la SCR », déclare la D^{re} Aurore Fifi-Mah. « Je me passionne pour l'EDI dans tous les domaines et je suis heureuse de voir que la SCR l'adopte de manière explicite et consciencieuse. Je veux en faire partie, à la fois pour contribuer à façonner les valeurs qui guident le fonctionnement de notre organisation et pour ma croissance personnelle et mon éducation », déclare la D^{re} Trudy Taylor.

Jusqu'à présent, nous nous sommes concentrés sur la définition des priorités en matière de diversité et d'inclusion pour le conseil d'administration de la SCR. L'une de ces priorités consistait à définir l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) en ce qui touche notre organisation². Les membres du groupe de travail jugeaient important que les efforts de la SCR en matière d'EDI ne se limitent pas aux différences raciales, mais englobent tous les groupes dignes d'équité. Ces autres groupes comprennent, notamment, l'âge, le genre, l'orientation sexuelle, la religion et les capacités. Comme bien des organisations dotées d'un fort engagement en-



vers l'EDI, au lieu de nous contenter d'une déclaration d'équité, nous veillerons à ce que nos opérations quotidiennes reflètent les principes de l'EDI^{3,4}.

Les prochaines étapes consisteront à établir, en collaboration avec le conseil d'administration de la SCR, des valeurs organisationnelles qui intégreront les concepts de l'EDI. Ces valeurs seront au cœur de toutes les fonctions et décisions de la SCR et feront partie intégrante des priorités de l'organisation dans le travail avec ses membres, son personnel et ses parties prenantes. En outre, grâce aux liens nouvellement établis avec d'autres comités de la SCR, p. ex., les comités des communications, de l'éducation, des ressources humaines et de la planification de l'assemblée scientifique annuelle, le groupe de travail compte promouvoir l'EDI dans l'ensemble de l'organisation. Un premier exemple de ces efforts a été une séance sur l'EDI dans le cadre du programme LEAP (direction de la SCR), qui a été bien accueillie.

Pour l'avenir, nous chercherons des possibilités d'améliorer les compétences en matière d'EDI chez nos membres par la sensibilisation, la formation et des politiques qui, en définitive, influenceront nos activités quotidiennes en matière de défense, de leadership, de parrainage et de justice pour les populations dignes d'équité. Le moment est venu d'apporter des changements à nos systèmes de soins de santé. Le racisme, qu'il soit de nature individuelle, interpersonnelle, institutionnelle ou systémique, est un déterminant social de la santé⁵. Nous ne pouvons plus fermer les yeux sur cette réalité. L'année 2021 nous a montré les effets dévastateurs de la COVID-19 sur diverses populations au Canada, y compris nos patients en rhumatologie, et a mis en évidence les inégalités en matière de santé à l'échelle du pays⁵. En outre, la découverte récente de sépultures anonymes d'enfants autochtones au Canada a révélé les effets du racisme systémique et ses répercussions à long terme sur la santé mentale et physique des générations de survivants des pensionnats et de leurs familles,

Suite à la page 8

Le temps est venu *suite de la page 7*

dont certains sont nos voisins, collègues et patients. Nous devons assumer la responsabilité des conséquences intergénérationnelles persistantes des pensionnats au Canada⁶, en nous attaquant aux inégalités en matière de santé en tant que fournisseurs de soins de santé. Ces inégalités nous amènent à renouveler notre engagement à prendre nos responsabilités en tant que collègues, éducateurs, fournisseurs de services de rhumatologie, chercheurs et citoyens du monde pour participer au changement vers l'égalité et la justice en matière de santé pour tous. En tant que communauté rhumatologique, nous souhaitons être des précurseurs de cette transformation, et nous accueillons de nouveaux membres au sein du groupe de travail pour participer à ce changement.

Nicole Johnson, M.D., FRCPC
Rhumatologue pédiatre,
Coordinatrice de l'évaluation, stage clinique en pédiatrie,
Calgary (Alberta)

Références :

1. President's message on Diversity. Canadian Rheumatology Association. Disponible à l'adresse suivante : www.rheum.ca. Consulté le 30 août 2021.
2. Definitions of EDI. Disponible à l'adresse suivante : www.rheum.ca. Consulté le 30 août 2021.
3. 15 Ways to Improve Diversity and Inclusion in the Workplace. *Socialchorus*. Disponible à l'adresse suivante : <https://socialchorus.com/blog/15-ways-to-improve-diversity-and-inclusion-in-the-workplace/>. Consulté le 26 juillet 2021.
4. Awake to Woke to Work: Building a Race Equity Culture. National Human Services Assembly. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.nationalassembly.org/resources/awake-to-woke-to-work-building-a-race-equity-culture/>. Consulté le 16 août 2021.
5. Social Determinants of Health. U.S. Department of Health and Human Services. Disponible à l'adresse suivante : <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>. Consulté le 16 août 2021.
6. Hanson E, et al. The Residential School System. *Indigenous Foundations*. First Nations and Indigenous Studies UBC. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/the_residential_school_system/. Consulté le 16 août 2021.

HOMMAGE BORÉAL

Comblant le fossé : apprendre l'espagnol pour mieux aider mes patients

Par Nancy Keesal, M.D., FRCPC

J'ai toujours eu une passion pour les langues. Je suis née à Montréal, j'ai fréquenté une école primaire et un établissement d'enseignement secondaire juifs et j'ai appris le français, l'anglais, l'hébreu et le yiddish, sans oublier la langue des signes, car j'avais deux grands-parents sourds-muets. Cela étant dit, lorsque j'ai déménagé à Toronto pour effectuer ma résidence, le multiculturalisme de la ville était intimidant, et j'ai vite compris que la traduction était un élément fondamental et souvent frustrant de la pratique médicale. Quelle que soit la compétence de votre traducteur, vous savez que vous n'obtenez jamais l'intégralité de l'histoire, et que votre patient n'en tire pas le meilleur parti.

Lorsque j'ai commencé à exercer en cabinet privé en tant que rhumatologue, je passais une partie de mon temps dans un quartier de Toronto dont les patients étaient en majorité portugais ou espagnols. Un patient sur deux nécessitait les services d'un traducteur; comme cela prenait du temps et était fatigant, je me suis inscrite à un cours d'espagnol. Cela fait maintenant des années que je vois des patients sans l'aide d'un traducteur. Cela m'a même permis d'apprendre un peu de portugais, certes pas assez pour me passer d'un traducteur, mais suffisamment pour m'apercevoir quand ce que je dis n'est pas correctement traduit. C'est effrayant de constater à quel point les informations que nous partageons avec nos patients ou les questions que nous leur posons sont souvent mal transmises.

Grâce à ma connaissance de l'espagnol, j'ai décidé de me rendre dans l'une des régions les plus pauvres du Guatemala avec un or-

ganisme non gouvernemental (ONG), et d'y offrir mes services. La « clinique » était rudimentaire et nous n'avions pratiquement aucune fournitures médicales. On a annoncé dans tout le village qu'un « médecin des os » était en ville. J'ai glissé beaucoup de Depo-Medrol dans ma valise (j'avais découvert que pour l'introduire légalement dans le pays, il fallait que le maire de la ville écrive une lettre en mon nom et remplisse dix pages de paperasse; je l'ai donc dissimulé dans mon bagage). J'ai écouté de nombreuses histoires et administré beaucoup d'injections de cortisone cette semaine-là. J'ai dû ignorer la patiente sur laquelle j'avais observé une masse dans le sein parce qu'elle n'avait pas d'argent pour les soins médicaux, ainsi que les poux sur un nouveau-né qui lui avaient été transmis par la seule sage-femme du village. On ne pouvait rien y faire car il leur était impossible de laver tous leurs vêtements avec de l'eau propre.

Il existe tant d'obstacles à l'équité, tant de différences culturelles qui conduisent à la séparation au lieu de la célébration. Dans le domaine médical, la capacité à communiquer avec ses patients est au cœur des relations. La langue, tout au moins en ce qui me concerne, m'aide à briser la glace, du moins avec certains de mes patients. La langue a enrichi ma vie, m'a apporté du bonheur et m'a aidée à élargir mes horizons et maintenant, c'est ce que j'essaie d'enseigner à mes enfants.

Nancy Keesal, M.D., FRCPC
Rhumatologue, Toronto (Ontario)

Relever les défis, saisir les occasions, susciter le changement

Par Grace C. Wright, M.D., Ph. D., FACR

En 1983, lors de ma première année d'études de médecine, j'ai intégré une classe d'étudiants enthousiastes sans savoir encore que c'était le point de départ d'un parcours de combat pour l'inclusion et la diversité en rhumatologie et en médecine. Je vivais à New York dans un creuset de cultures, de cuisines, de langues, de religions, d'ethnies et de races diverses... J'étais



pourtant la seule femme noire de la promotion. La seule étudiante « étrangère ». La première titulaire d'un doctorat en médecine de ma catégorie, dont j'étais la seule représentante. On peut le considérer comme une grande réussite personnelle, mais c'est aussi un miroir de l'inégalité en matière d'inclusion et de la représentation limitée des minorités, en particulier des femmes, non seulement en rhumatologie, mais aussi en médecine et dans d'autres secteurs.

Les défis et les obstacles socio-économiques auxquels sont confrontées les personnes issues de communautés sous-représentées lorsqu'elles cherchent des possibilités ou des services, lorsqu'elles y accèdent ou y parviennent, ont entraîné des siècles d'inégalités encore palpables aujourd'hui, malgré une sensibilisation sociale accrue et les mouvements prônant l'inclusion et l'égalité. Dans une enquête menée en 2018 par l'Association of American Medical Colleges (AAMC), 56 % des médecins en activité aux États-Unis s'identifiaient comme blancs, contre 5 % qui s'identifiaient comme noirs ou afro-américains¹. Il est intéressant de constater qu'en 2019, les données démographiques des étudiants en médecine montrent que, si la plupart d'entre eux se déclaraient blancs (47 %), la proportion d'étudiants déclarant appartenir à d'autres minorités raciales/ethniques a augmenté², indiquant une diversification des effectifs du domaine médical. En fait, parmi les jeunes médecins, les femmes sont plus nombreuses à se déclarer non blanches que ne le sont leurs homologues masculins à se déclarer non blancs³.

En dix ans, on a constaté un changement du sexe dominant en rhumatologie (et en médecine en général). Un nombre croissant de femmes prodiguant des soins de santé travaillent dans des cabinets communautaires et en milieu universitaire⁴; en 2025, 56 % des rhumatologues adultes devraient être des femmes. Cette situation tranche avec le petit nombre de femmes qui occupent des postes de direction, tels que professeurs agrégées ou titulaires, cheffes de service de rhumatologie, rédactrices en chef de revues universitaires, bénéficiaires de subventions de recherche et de subventions fédérales, etc.⁵⁻⁷. De plus, on estime que les rhumatologues femmes gagnent moins que leurs homologues masculins. Elles touchent des salaires inférieurs, passent plus de temps que leurs homologues masculins auprès de leurs patients (voient donc moins de patients par jour) et ont des heures de travail réduites en raison d'exigences familiales ou du mode de vie⁸.

« Avec le recul, ces années passées à discuter, à bâtir une communauté et à établir des ponts entre les cultures m'ont préparée à un engagement durable en faveur de l'équité, de l'inclusion et de la diversité, non seulement dans la façon dont nous soignons les patients, mais aussi concernant notre pratique médicale, le déroulement des procédures, nos politiques et notre leadership. »



En tant que professionnels de la santé, nous sommes conscients des profondes inégalités qui existent dans le domaine des soins de santé et de leurs conséquences sur les patients et sur les coûts des soins de santé. Cependant, ces disparités, ces défis et ces frustrations sont également des occasions de mettre en œuvre des initiatives qui encouragent les femmes et les groupes sous-représentés à progresser dans le domaine de la médecine, et de leur donner les mêmes possibilités d'avancement professionnel. L'Association of Women in Rheumatology (AWIR) s'inscrit dans ce type d'initiatives. Elle se consacre à l'amélioration de l'équité, de la diversité et de l'inclusion en rhumatologie⁹.

Grace C. Wright, M.D., Ph. D., FACR
Présidente et PDG, Grace C Wright MD PC
Présidente, Association of Women in Rheumatology
New York (New York)

Références :

1. AAMC. Diversity in Medicine: Facts and Figures 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.aamc.org/data-reports>. Consulté le 29 juillet 2021.
2. AAMC. Données de la section Undergraduate Medical Education. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.aamc.org/data-reports>. Consultées le 30 juillet 2021.
3. AAMC. US Physician Workforce. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.aamc.org/data-reports>. Consulté le 20 juillet 2021.
4. Battafarano DF, Dittmyer M, Bolster MB, et al. 2015 American College of Rheumatology Workforce Study: Supply and Demand Projections of Adult Rheumatology Workforce, 2015-2030. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. Avril 2018; 70(4):617-626.
5. Jorge A, Bolster M, Fu X, Blumenthal DM, et al. The Association Between Physician Gender and Career Advancement Among Academic Rheumatologists in the United States. *Arthritis Rheumatol*. Janvier 2021;73(1):168-172. doi: 10.1002/art.41492. E-pub 8 novembre 2020.
6. Mayer AP, Blair JE, Ko MG, et al. Gender distribution of U.S. medical school faculty by academic track type. *Acad Med*. Février 2014;89(2):312-7.
7. Bagga E, Stewart S, Gamble GD, et al. Representation of Women as Authors of Rheumatology Research Articles. *Arthritis Rheumatol*. Janvier 2021;73(1):162-167.
8. The Rheumatologist. Rheumatology & The Gender Pay Gap. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.the-rheumatologist.org/article/rheumatology-gender-pay-gap/?singlepage=1>. Consulté le 29 juillet 2021.
9. Association of Women in Rheumatology. Disponible à l'adresse suivante : <https://awirgroup.org>. Consulté le 29 juillet 2021.

Plafonds de verre, préjugés inconscients, syndrome de l'imposteur et effet Matilda

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

Le thème de ce numéro du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie* est important : équité, diversité et inclusion.

Au cours de ma carrière, j'ai été témoin de légères différences de « traitement » de collègues et de patients considérés peut-être comme une minorité en raison de diverses caractéristiques (sexe, identification de genre, identité ethnique, croyances, etc.). Ces différences sont souvent subtiles – omettre d'inclure une personne ou de lui témoigner de la reconnaissance pour son seul mérite, ou instituer un « plafond de verre » à cause duquel, dans le milieu universitaire mais pas seulement, moins de femmes sont nommées à des postes de haute direction qu'il n'en existe dans des institutions telles que les hôpitaux et les universités. Les raisons de cette déperdition sont subtiles, mais l'insuffisance de mentorat et certains préjugés, entre autres, peuvent amener les femmes à ne pas présenter leur candidature à ces fonctions.

Il existe en science un phénomène appelé l'effet Matilda. Il s'agit d'un parti pris contre la reconnaissance des réalisations des femmes, dont le mérite est alors attribué à leurs collègues masculins. Cet effet tient son nom de Matilda Gage, suffragette qui a écrit sur la question des hommes qui s'approprient le mérite du travail de leurs paires et, j'ajoute, sur l'inégalité de crédit accordé aux hommes et aux femmes à réalisations égales, les premiers recevant plus d'éloges que les secondes. Cet effet peut faire naître des incertitudes concernant les talents des femmes qui réussissent et entraîner une baisse de productivité/reconnaissance au fil du temps. Les femmes, plus que les hommes, peuvent également souffrir du syndrome de l'imposteur, qui consiste à douter de ses capacités et à ressentir un sentiment d'imposture. Ce syndrome touche de manière disproportionnée les personnes très performantes, qui ont du mal à accepter leurs réalisations. Valerie Young a divisé le syndrome de l'imposteur en différentes catégories : perfectionniste, superfemme/surhomme, génie, solitaire et expert. Vous vous reconnaîtrez peut-être dans l'une de ces catégories.

Nous avons tous des préjugés et nous devons en être conscients. Nous sommes conscients de certains préjugés évidents (manifestes), mais nous avons tous aussi des préjugés inconscients, c'est-à-dire le fait de croire à des stéréotypes sur certains groupes de personnes sans même nous en rendre compte. Ces préjugés conduisent à une discrimination involontaire et à une diminution de la diversité des points de vue ou des possibilités qui étouffe les idées. En général, la multiplication des points de vue élargit les possibilités et favorise l'innovation. Les hommes comme les femmes ont des préjugés. Je vous pose l'énigme suivante : un enfant et son père sont amenés au service d'urgence d'un hôpital



rural après un accident de voiture. Tous deux sont inconscients, puis l'enfant est opéré par son parent. On est tenté de résoudre l'énigme en disant que le père est chirurgien, qu'il a repris conscience et a opéré son enfant, car aucun autre chirurgien n'était présent. Mais il existe une autre solution. (Le chirurgien est sa mère, si vous n'aviez pas deviné). Les hommes et les femmes, médecins compris, sont tout aussi susceptibles d'avoir ce préjugé inconscient. Je vous invite à tester vos préjugés inconscients. Ils permettent de mieux « se connaître soi-même ».

Ainsi, à partir de fin 2021, que devons-nous faire, en tant que membre de la communauté des rhumatologues et à titre personnel? Faire ces tests de préjugés inconscients. Ils sont gratuits, valides et vous renseigneront sur vos zones aveugles. Soyez conscient des décisions que vous prenez et diversifiez délibérément votre personnel clinique, vos équipes de recherche, etc. Mobilisez-vous pour aider les patients marginalisés à bénéficier des soins dont ils ont besoin et facilitez leur accès à d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel infirmier, professionnels paramédicaux, agents de traitement de cas); entraînez-vous à donner un retour positif mais critique et à accueillir les éloges que vous adressent les personnes qui vous entourent. Cette attitude fera de nous de meilleurs prestataires de soins et de meilleures personnes.

*Janet Pope, M.D., maîtrise en santé publique, FRCPC
Professeure de médecine, chef de division,
Division de rhumatologie, Département de médecine,
St. Joseph's Health Care, Université Western,
London (Ontario)*

Lectures recommandées :

- Plafond de verre. Wikipedia. Disponible à l'adresse suivante : https://fr.wikipedia.org/wiki/Plafond_de_verre. Mise à jour en juin 2021. Page consultée en août 2021.
- Effet Matilda. Wikipedia. Disponible à l'adresse suivante : https://fr.wikipedia.org/wiki/Effet_Matilda. Page consultée en août 2021.
- Matilda Gage. Wikipedia. Disponible à l'adresse suivante : https://fr.wikipedia.org/wiki/Matilda_Joslyn_Gage. Page consultée en août 2021.
- Syndrome de l'imposteur. Hbr.org. Disponible à l'adresse suivante : <https://hbr.org/2008/05/overcoming-imposter-syndrome>. Mise à jour en mai 2008. Page consultée en août 2021.
- Impostersyndrome.com (vidéo). Disponible à l'adresse suivante : <https://impostersyndrome.com>. Page consultée en août 2021.
- Préjugés inconscients. Vanderbilt.edu. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.vanderbilt.edu/diversity/unconscious-bias/>. Page consultée en août 2021.
- Tests sur les préjugés inconscients. Harvard.edu. Disponible à l'adresse suivante : <https://implicit.harvard.edu/implicit/canada/takeatest.html>. Page consultée en août 2021.

L'évolution de la main-d'œuvre en rhumatologie en Jamaïque

Des talents locaux épaulés par l'Université de Toronto

Par Taneisha K. McGhie, B. Sc. (Hons), MBBS, DM

Le Dr Karel De Ceulaer est le rhumatologue qui compte le plus d'années d'activité en Jamaïque. Il y est arrivé en 1979, recruté par le Dr Graham Hughes qui, durant l'année 1975, qu'il avait passée sur place, avait documenté la neuropathie jamaïcaine, une myélite transverse aiguë dont il a découvert plus tard qu'elle était causée par des anticorps antiphospholipides. Lorsque le Dr De Ceulaer est arrivé en Jamaïque, le Dr Wendell Wilson avait ouvert un service de rhumatologie au University Hospital of the West Indies (UHWI), principal hôpital universitaire de Jamaïque. Malheureusement, le Dr Wilson est parti six mois plus tard, et le service de rhumatologie n'a compté qu'un seul rhumatologue durant les 25 années suivantes. Il ne pouvait recevoir qu'un nombre limité de patients, et les nouveaux patients restaient généralement près d'un an sur une liste d'attente. Malgré l'existence d'un service de rhumatologie honorable au UHWI, les patients du reste du pays continuaient d'être vus par des internes. Ceux-ci n'étant pas spécifiquement formés à l'utilisation des antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM), les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde recevaient principalement de la prednisonne et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), et tous les patients atteints de lupus étaient mis sous de fortes doses de prednisonne pendant des mois, voire des années. La crainte de toxicité ophtalmologique associée à l'hydroxychloroquine n'a fait qu'aggraver l'utilisation excessive de stéroïdes.

La rhumatologie est restée bancal jusqu'en 2009, année où sont arrivés de nouveaux rhumatologues. La D^{re} Desiree Tulloch-Reid a été la première diplômée de l'Université de Toronto, où elle a suivi une formation avancée sur le lupus grâce à la Bourse de recherche sur le lupus Geoff-Carr. Elle a créé le premier service de rhumatologie clinique véritablement public à l'hôpital public de Kingston (KPH), dans le centre-ville de Kingston, en 2009. Après des stages de formations multidisciplinaires, elle a ensuite ouvert un service combiné de néphrologie/rhumatologie et un service de rhumatologie pédiatrique en tandem avec l'hôpital pour enfants Bustamante. Ce dernier a comblé le vide créé par l'absence de rhumatologues pédiatriques en Jamaïque.

Grâce au programme G. Raymond Chang Caribbean Fellowship du Réseau universitaire de santé, la D^{re} Karlene Hagley et moi-même avons suivi une formation encadrée en rhumatologie adulte entre 2016 et 2017. Notre retour a permis la création de services de rhumatologie clinique et de services de consultation au sein du système de santé publique, en dehors de la capitale Kingston. La D^{re} Hagley a ouvert des services de rhumatologie



au Spanish Town Hospital (St. Catherine), et j'ai ouvert mon cabinet au Cornwall Regional Hospital, à Montego Bay, St. James.

Notre engagement à temps plein dans le système de santé publique dans les régions les plus peuplées de Jamaïque a un impact considérable sur l'accès aux soins de rhumatologie spécialisés. En effet, quelque 90 % de la population a recours aux soins de santé publique qui, dans la plupart des cas, sont gratuits.

Au-delà d'un accès amélioré à des soins spécialisés, notre retour a permis d'autonomiser les patients atteints de lupus par l'éducation, le soutien et l'information. La D^{re} Tulloch-Reid a donné du poids à la Lupus Foundation of Jamaica (LFJ), une organisation caritative bénévole créée en 1984, en créant des espaces physiques et virtuels favorisant l'éducation. Grâce au travail de promotion mené par la LFJ pour que le lupus soit reconnu comme une maladie chronique majeure, l'hydroxychloroquine a été ajoutée au Fonds national de santé qui subventionne le coût de ce médicament, dont le taux de prise par les patients est maintenant supérieur à 95 %. La procédure de diagnostic a été améliorée grâce au don d'un lecteur de microplaques mis à niveau, de matériel de profilage d'anticorps et de microscopes d'enseignement à l'unité de pathologie rénale de la University of the West Indies (UWI). Tout le monde a contribué à l'impact de la LFJ en créant un groupe de soutien régional ou en contribuant à du contenu éducatif.

Chargés de cours adjoints à la UWI, les anciens étudiants en rhumatologie de l'Université de Toronto ont permis aux étudiants et aux internes en médecine de mieux connaître la rhumatologie. En outre, les médecins de premier recours et d'autres spécialistes ont également bénéficié de symposiums réguliers et assisté à des réunions de formation continue.

On compte aujourd'hui en Jamaïque six rhumatologues pour adultes pour une population de 2,975 millions de Jamaïcains. Ce ratio rhumatologue/patient, même s'il a considérablement augmenté au cours des 12 dernières années, est loin d'être idéal. Les études sur l'effectif disponible en rhumatologie menées aux États-Unis, au Canada et en Europe indiquent que le ratio idéal est d'environ 2 pour 100 000 adultes (0,7 à 3,5 rhumatologues pour 100 000 habitants)¹. Les temps d'attente des nouveaux patients sont donc toujours aussi longs pour obtenir un rendez-vous de consultation, mais ils sont nettement inférieurs à ceux enregistrés durant l'année qui a précédé notre arrivée.

Suite à la page 12

L'évolution de la main-d'œuvre en rhumatologie en Jamaïque *suite de la page 11*

Le triage permet également d'identifier les patients qui doivent être vus plus rapidement.

Il ne fait aucun doute que la formation des médecins jamaïcains à l'Université de Toronto a changé à jamais le contexte des soins de rhumatologie en Jamaïque. Nous espérons que nous recevrons d'autres diplômés de cette noble institution dans un avenir proche.

Référence :

1. DeJaco C. Rheumatology Workforce Planning in Western Countries: A Systematic Literature Review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016; 68(12):1874-1882.

*Taneisha K. McGhie, B.Sc. (Hons), MBBS, DM
Médecin-conseil,
Médecine interne et rhumatologie,
Cornwall Regional Hospital,
Montego Bay (Jamaïque)
Chargée de cours adjointe,
Département de médecine,
University of the West Indies, Mona*

Surmonter les obstacles supplémentaires liés à la formation

Par Anwar Albasri, BMBCh, FRCPC

L'acceptation dans une formation au Canada était un rêve qui est devenu réalité pour moi. Les médecins koweïtiens que j'avais rencontrés et qui avaient été diplômés de programmes canadiens me semblaient posséder un ensemble de compétences exceptionnelles. Je voulais découvrir leurs secrets. Ma passion m'a suffi pour atténuer momentanément certains des nombreux obstacles que les diplômés internationaux en médecine (DIM) rencontrent en cours de route. Je les vois comme des obstacles parce que j'ai pu les surmonter. J'en ai surmonté certains difficilement, d'autres plus facilement, mais dans tous les cas j'ai eu besoin de beaucoup d'aide. Je tiens à préciser que je n'ai pas rencontré tous les obstacles importants que j'énumère en même temps.

1. Obstacle linguistique : L'anglais n'étant pas ma première langue et maîtrisant mal la culture canadienne, il est certain qu'au début, mes relations avec les patients n'étaient pas très harmonieuses. J'ai dû consacrer des heures supplémentaires à la révision de mes notes cliniques après les heures de travail. C'était très décourageant. Avec le temps, le fait d'avoir un personnel et des collègues qui ne portent pas de jugement et qui m'expliquent les choses avec bienveillance m'a aidé à surmonter cet obstacle.

2. Identité religieuse : En tant que musulmane pratiquante portant le hijab, j'étais très visible. Des patients et des médecins évoquaient parfois de manière inappropriée ma foi et mon hijab, ou ils posaient des questions telles que celle de savoir si ma religion m'autorisait à examiner des patients masculins. Je doute qu'on pose de telles questions à des personnes appartenant à d'autres groupes religieux. Bien que je sois très sociable, j'étais nerveuse à l'idée de participer à des événements sociaux avec des collègues de travail où l'on pourrait me proposer de l'alcool à répétition. Par conséquent, j'ai raté des occasions d'établir des liens avec des experts en rhumatologie. De petites attentions,



comme le fait de retarder de quelques heures un dîner collectif pour que je puisse manger avec le reste de l'équipe pendant le ramadan, ont fait une énorme impression sur moi, m'ont aidé à surmonter cette anxiété et m'ont donné un sentiment d'appartenance.

3. Maternité : La maternité ne devrait pas être un obstacle, mais malheureusement, elle en est souvent. Pendant mon programme de recherche, j'avais deux enfants de moins de cinq ans et un mari qui travaillait sur un autre continent. Il n'était pas facile d'être une mère et une résidente qui « s'efforçait de tout faire ». J'ai dû planifier les choses, répartir les tâches et ravaler ma fierté en demandant de l'aide quand j'en avais besoin. Les fois où je n'ai pas pu concilier la maternité et l'internat, la maternité a eu préséance. Je suis reconnaissante que mon programme m'ait donné du temps libre quand j'en avais besoin. Cependant, je me demande souvent si j'aurais mieux réussi, notamment sur le plan scolaire, si j'avais eu une aide plus importante ou différente.

Chacun d'entre nous doit surmonter des obstacles différents pendant l'internat, au-delà de l'aspect clinique. La gentillesse et la compassion dont nous faisons preuve les uns envers les autres sont tout aussi importantes que celles dont nous faisons preuve envers les patients. Les paroles et les gestes des membres de mon programme, comme le fait de me dire qu'ils m'épaulaient, où que ma carrière me mène dans le monde, ne sont qu'un exemple parmi d'autres du sentiment d'appartenance qu'ils m'ont donné. La bienveillance est simple à démontrer, et la plupart des obstacles peuvent être surmontés avec l'aide adéquate; le problème consiste souvent à reconnaître les obstacles pour lesquels les résidents ont besoin d'aide.

*Anwar Albasri, BMBCh, FRCPC
Rhumatologue,
Toronto (Ontario)*

La pratique accueillante

Créer un environnement qui favorise la sécurisation culturelle des patients autochtones

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

C'est un privilège de notre spécialité que de mener un accompagnement longitudinal des patients de notre cabinet, et je pense que nous sommes tous adeptes des techniques de communication qui permettent d'entretenir et de maintenir ces relations. Les sessions de l'initiative de la Société canadienne de rhumatologie sur la santé des Autochtones sont consacrées à la discussion et à la mise en place de méthodes de communication pour nos interactions avec les membres des communautés autochtones. Ces méthodes sont nécessaires pour rétablir la confiance dans les systèmes de santé et les prestataires de soins occidentaux, car les patients autochtones se sont longtemps sentis punis de recourir à des pratiques de santé traditionnelles; ils ont subi des préjudices dans les pensionnats et les hôpitaux indiens, et continuent d'être confrontés au racisme dans les systèmes de santé. Voici quelques suggestions que nous transmettons pendant les sessions quant aux moyens de créer un environnement clinique culturellement sécurisant pour les soins aux patients autochtones. (Si vous avez d'autres idées, veuillez m'envoyer un courriel, et nous les incluons dans nos documents pédagogiques.)

Préparation personnelle et du personnel : Les sources des inégalités auxquelles les peuples autochtones sont confrontés dans la société et leurs conséquences sont complexes, et il faut du temps pour les comprendre. Progressez dans votre apprentissage personnel et offrez à votre personnel la possibilité de le faire également. Sachez que la désinformation et la déformation des faits est une stratégie utilisée par les gouvernements et les sociétés coloniales pour conserver leurs privilèges; choisissez donc vos ressources pédagogiques avec discernement. Commencez à utiliser des questions sans jugement dans vos interactions cliniques, afin qu'elles deviennent votre approche par défaut. Par exemple, au lieu de demander « Prenez-vous vos médicaments régulièrement? », vous pourriez demander « Y a-t-il des circonstances qui vous ont empêché de prendre vos médicaments régulièrement? ». Informez-vous sur les ressources existantes qui pourraient aider les membres de la communauté autochtone à gérer leur maladie rhumatismale, comme les services de santé locaux, ou le moyen de les mettre en lien avec les pratiques de guérison traditionnelles s'ils le demandent. Repérez les collègues d'autres spécialités qui ont de l'expérience dans la prise en charge de patients autochtones, de façon à pouvoir vous adresser à eux de préférence lorsque cela est indiqué.

Prise de rendez-vous et notification : Demandez à votre personnel de réunir plusieurs moyens de prendre contact avec les patients pour les informer de leurs rendez-vous, et prévenez-en également le prestataire de soins primaires – En raison de ressources limitées, les patients autochtones peuvent ne pas avoir accès aux moyens de communication que nous considé-



rons comme évidents. Les heures et jours de rendez-vous peuvent devoir s'aligner sur les modalités de transport du patient plutôt que sur les préférences horaires du rhumatologue. Il est important de prendre un rendez-vous d'une durée appropriée pour permettre la conversation et l'établissement d'une relation qui mène à la confiance. Vous pouvez proposer des rendez-vous téléphoniques ou virtuels aux patients plutôt que de compter uniquement sur des examens en personne. Envisagez également de proposer une option de consultation sans rendez-vous en cas de problème urgent.

Les frais de rendez-vous manqués doivent être supprimés, et les patients ne doivent pas être renvoyés du cabinet pour un rendez-vous manqué. Ces méthodes ne feront que décourager un patient de revenir dans votre cabinet. Prenez plutôt l'initiative de communiquer avec le prestataire de soins primaires, qui peut être en mesure de fournir la raison du rendez-vous manqué et pourrait assurer le lien en matière de soins jusqu'à ce qu'un nouveau rendez-vous soit fixé.

Environnement de la clinique : Garantisiez un confort et de l'espace pour le patient et les éventuels membres de sa famille ou amis qui l'accompagnent. La norme culturelle veut que la famille et les amis soutiennent les personnes malades, et ils faciliteront la visite en complétant l'examen des symptômes et en aidant à prendre les décisions relatives au traitement. Certains participants à l'initiative de la SCR sur la santé des Autochtones ont expliqué avoir exposé des œuvres d'art achetées à des artistes autochtones locaux afin de témoigner leur soutien à la communauté.

Votre approche : Soyez vigilant au langage corporel et aux actions qui sont signe d'autorité. Il est préférable de ne pas porter votre blouse blanche et de vous assurer d'être assis lorsque vous parlez avec le patient (et de régler votre chaise un peu plus bas que le siège du patient). Acceptez s'ils refusent la présence d'un étudiant dans la salle. Préparez-vous à la première visite du patient, à en apprendre davantage sur lui, et à lui proposer d'en dire un peu sur vous-même avant de passer à la raison de la visite. Bien que nous soyons tous soumis à des contraintes de temps dans nos pratiques, ces quelques minutes sont essentielles pour instaurer la confiance dans les soins longitudinaux. Au moment de l'examen physique, expliquez d'abord ce que vous allez faire et pourquoi, et demandez la permission avant de procéder. Tenez vos promesses de les mettre en lien avec des ressources.

Si quelque chose ne va pas : L'humilité culturelle va au-delà de la simple compréhension ou connaissance d'une culture ou de ses normes; elle comprend des éléments de réflexion personnelle sur nos interactions avec les patients autochtones, et une croissance longitudinale en apprenant grâce à eux. Soyez attentif

Suite à la page 14

La pratique accueillante *suite de la page 13*

au langage corporel du patient, et si vous percevez une tension ou une gêne, arrêtez-vous et cherchez à comprendre. Demandez respectueusement si vous avez fait quelque chose qui a offensé la personne. Écoutez attentivement, présentez des excuses au besoin, et engagez-vous à tirer des enseignements de cette interaction. C'est parfois là qu'un inconfort personnel surgit dans le processus d'apprentissage, mais c'est un pas en avant important

pour fournir des soins rhumatologiques de meilleure qualité aux patients autochtones.

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

Ouvrir la voie au changement

Par Tooba Ali, MBBS, FRCPC

Je suis une femme de couleur visiblement musulmane. J'ai émigré dans ce pays il y a moins de 10 ans. Je suis rhumatologue et j'exerce ma profession dans une communauté essentiellement rurale située à l'est de la région du Grand Toronto. Mes patients ne sont pas d'origines raciales et ethniques très diversifiées, ce qui, selon mon expérience, est assez typique du Canada rural. Ma clientèle se compose de professeurs d'université à la retraite, de pompiers, d'infirmières diplômées, d'agriculteurs, d'apiculteurs et de propriétaires de petites entreprises.

L'islam enseigne l'égalité et la justice universelles. Pour citer l'imam Ali AS, « une personne est votre frère dans la foi ou votre égal au regard de l'humanité ». Ma religion exige que j'incarne l'excellence au quotidien en matière d'équité et d'inclusion. Elle prône la tolérance à l'égard des points de vue divers. En tant que médecin, j'ai l'obligation de traiter toutes les personnes avec respect et dignité et d'honorer leur autonomie.

À une époque où les différences de race, d'orientation sexuelle et de religion continuent d'être au cœur des conflits dans nos collectivités, nous pouvons choisir d'être des agents du changement. Soit de manière active, en participant à des organisations, à la mobilisation collective et à la manifestation contre l'injustice. Soit de manière passive, en s'informant sur ce que nous ignorons, en adoptant un autre point de vue et en incarnant le changement que nous voulons voir s'opérer dans le monde.

Souvent, lorsque j'entre dans une salle d'examen pour rencontrer un patient pour la première fois, je me demande ce qu'il pense de moi en me voyant : une femme de couleur visiblement musulmane. Parfois, je peux déceler sur leur visage une expression d'étonnement difficilement dissimulée. Je me demande s'ils s'attendaient plutôt à voir un docteur blanc. Certains patients ont l'audace pour l'exprimer carrément. Cependant, presque invariablement, une fois que nous engageons la conversation, nous comprenons que, malgré nos différences d'apparence ou de vision du monde, l'humanité qui nous relie est plus profonde. Une écoute respectueuse, des conseils sincères et une réelle bienveillance peuvent agir comme un catalyseur plus puissant pour changer les stéréotypes à l'égard de personnes qui me ressemblent que bien des campagnes de relations publiques.



Si, la médecine a été longtemps l'affaire de quelques privilégiés, les données démographiques sur les médecins ont changé de façon spectaculaire à l'échelle du Canada. Je suis très consciente de mes privilèges chaque jour. Qu'une femme née à l'autre bout du monde, dans une société peu encline à la scolarisation des fillettes, devienne rhumatologue au Canada en l'espace de 30 ans n'est pas un mince privilège — un privilège que je dois à Dieu et au travail acharné de mes parents. Nous avons tous une vie privilégiée d'une certaine manière et nous avons la responsabilité de créer une société meilleure et plus juste pour les autres.

Nous avons entendu que la diversité est une grande force de notre pays, eh bien, démontrons-le en accueillant des voix différentes des nôtres dans les conversations qui nous entourent.

Si, certains jours, je me lasse du fardeau que représente le fait d'être toujours identifié comme une ambassadrice de ma foi, je me rappelle mon devoir envers Dieu, celui d'incarner le changement que je souhaite voir dans le monde. Je suis membre du groupe de travail sur l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) de la SCR, une organisation dirigée par des médecins enthousiastes de tout le Canada qui s'efforce d'améliorer la culture de la SCR et de démanteler le racisme systémique qui a pu se glisser dans notre organisation. C'est avec humilité que je vois le travail et les efforts que déploient mes collègues de ce groupe de travail, chacun s'efforçant d'incarner le changement qu'il souhaite voir dans le monde.

J'invite tout le monde à en apprendre davantage sur l'EDI et sur la façon dont elles peuvent toucher les personnes qui les entourent, et j'invite tout le monde à participer au groupe de travail sur l'EDI de la SCR, que ce soit en étant membre, en participant à un atelier ou en nous transmettant vos réflexions sur le sujet, tout simplement. Efforçons-nous tous d'être des agents du changement à notre mesure.

*Tooba Ali, MBBS, FRCPC
Rhumatologue,
Oshawa (Ontario)*

Création de la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie



Par Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, présidente de la SCR;
John Wade, M.D., FRCPC, secrétaire-trésorier de la SCR;
Ahmad Zbib, M.D., CPHIIMS-CA, PDG de la SCR

Dans le cadre de l'Assemblée générale annuelle de la SCR en 2020, nous avons signifié à nos membres notre intention de créer la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie (FSCR). Cette démarche permettra à la SCR d'établir une entité dotée du statut d'organisme de bienfaisance à l'appui de notre mission consistant à aider nos membres à fournir des soins optimaux à leurs patients.

Le conseil d'administration de la SCR a travaillé avec le cabinet juridique Carter au cours des deux dernières années à promouvoir notre demande auprès de l'Agence du revenu du Canada et nous avons engagé des experts en collecte de fonds, The Dennis Group Inc., en juin de cette année pour aider à opérationnaliser la Fondation et établir une opération de collecte de fonds robuste

« Grâce à un organisme de bienfaisance chargé de soutenir nos efforts pour fournir des soins optimaux aux patients atteints de maladies rhumatismales, nous renforcerons notre capacité collective à servir notre communauté. Nous chérissons la vision d'un tel organisme de bienfaisance depuis dix ans et je suis heureuse de vous annoncer que nous sommes sur le point de la réaliser. »

– Evelyn Sutton, M.D., FRCPC
Présidente de la SCR

et d'avant-garde. Le Discovery Group, un cabinet spécialisé dans la gouvernance, a été engagé pour définir notre proposition de valeur dans le cadre de la planification prospective.

La création de la FSCR permettra de financer les activités actuelles de la SCR, telles que l'ICORA, l'Assemblée scientifique annuelle et les projets de recherche. En fait, les interactions des membres ne devraient pas changer, car la Société canadienne de rhumatologie restera l'organisation qui sert ses membres et la voix des rhumatologues au Canada.

Nous estimons que le processus de mise en œuvre prendra jusqu'à un an. La mission du nouvel organisme de bienfaisance sera établie au moment de sa création. Même si la fondation disposera de son propre conseil d'administration, notre mission et notre vision de l'avenir s'accorderont et seront complémentaires.

La mobilisation des intervenants reste la priorité absolue de la SCR. Au fil de la mise œuvre de notre nouveau plan, nous comp-

« La FSCR est un rêve qui vise à garantir que les rhumatologues canadiens peuvent être des leaders mondiaux dans la recherche et l'éducation, et, en fin de compte, fournir des soins cliniques exceptionnels aux générations actuelles et futures. Ce véhicule permettra de fournir les conseils et ressources nécessaires pour que les idées et le labeur des rhumatologues ne soient pas perdus à cause de compressions financières. »

– John Wade, M.D., FRCPC
Secrétaire-trésorier de la SCR

tons collaborer étroitement avec nos partenaires. Nos objectifs sont de créer un organisme qui nous permet de renforcer notre capacité à financer des activités conformes à notre mission, qui consiste principalement à servir et à représenter les rhumatologues dans leur quête de soins optimaux. Nous continuons à croire en l'établissement de partenariats efficaces et synergiques avec des organismes de bienfaisance de santé et de patients dont la vocation est similaire, afin que nous puissions tous atteindre nos objectifs collectifs.

« Nous sommes ravis de collaborer au lancement du nouvel organisme de bienfaisance, la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie (FSCR), qui se concentrera sur la création de sources de revenus durables pour financer des programmes au service de la communauté rhumatologique. »

– Ahmad M Zbib, M.D., CPHIIMS-CA
PDG de la SCR

À ce stade crucial de la création de la Fondation de la SCR, la participation des membres est la bienvenue. Pour de plus amples renseignements sur le processus ou sur la manière dont vous pourriez appuyer la FSCR, veuillez vous adresser à Ahmad Zbib (courriel : azbib@rheum.ca; n° de téléphone : 905-952-0698, poste 8).

Pr **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.¹

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

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

PrXELJANZ^{MD}/PrXELJANZ^{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 antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

ARTHRITE PSORIASIQUE

PrXELJANZ^{MD} (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX) ou un autre antirhumatismeux 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 antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

COLITE ULCÉREUSE

PrXELJANZ^{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.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
PFIZERFLEX, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2021 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5

Pr **XELJANZ**
[citrate de tofacitinib]
comprimés à 5 mg

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

XELJANZ est l'inhibiteur de protéines JAK le plus délivré au Canada^{2*}

VASTE EXPÉRIENCE MONDIALE POUR TOUTES LES INDICATIONS CONFONDUES

Polyarthrite
rhumatoïde
2014

• Arthrite
psoriasique
2018

• Colite
ulcéreuse
2018



**PLUS DE 15 000
CANADIENS**

se sont inscrits au programme
de soutien pour les patients
recevant XELJANZ^{2†}.



**PLUS DE 1 000
MÉDECINS CANADIENS**

ont prescrit XELJANZ par
l'intermédiaire du programme de
soutien pour les patients
(79 % ont renouvelé l'ordonnance)^{2‡}.



XELJANZ a été prescrit à

**PLUS DE 260 000
PATIENTS**

dans plus de 80 pays
du monde entier².

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

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

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

† Le programme de soutien aux patients de XELJANZ était auparavant appelé « programme de soutien eXel^{MC} ». Bien que le programme eXel^{MC} s'adressait autant aux patients prenant XELJANZ qu'à ceux prenant XELJANZ XR, les données de recrutement présentées concernent seulement les patients prenant XELJANZ, et non XELJANZ XR. Le programme eXel^{MC} a été remplacé par PfizerFlex.

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

Références :

1. Pfizer Canada SRI.
Monographie de XELJANZ/
XELJANZ XR.
2. Pfizer Inc. Données
internes. 2021.



Iniquité de genre en rhumatologie au Canada

Par Jessica Widdifield, Ph. D., et Cory Baillie, M.D., FRCPC

La diversité de genre s'est considérablement améliorée au cours des 25 dernières années dans les services de rhumatologie au Canada. En 1995, les femmes représentaient moins d'un tiers des rhumatologues. La parité a été atteinte en 2015, et la trajectoire est ascendante depuis¹. Malheureusement, de nombreux aspects de l'égalité des genres restent à améliorer. Comme dans les autres spécialités, les femmes rhumatologues gagnent moins², progressent plus lentement dans leur carrière³ et sont confrontées à des risques d'épuisement professionnel plus élevés que leurs homologues masculins⁴. Les raisons qui peuvent expliquer ces disparités sont nombreuses, notamment les préjugés sexistes, qui ont tendance à se manifester dès le début de la formation des médecins. En chirurgie orthopédique, au Canada, les femmes ne représentent que 13 % des effectifs⁵. On pourrait donc penser que le secteur de la rhumatologie a atteint la parité entre les sexes plus rapidement que d'autres spécialités en raison du « curriculum caché » des études de médecine, qui encourage subtilement et ouvertement les étudiantes à s'orienter vers des spécialités plus « douces » et souvent moins bien rémunérées. Cette discrimination systémique s'étend souvent au-delà de l'école de médecine, entraînant une discrimination professionnelle liée à l'embauche, à l'avancement professionnel, aux ententes sur l'administration des soins, aux modes d'orientation; aux méthodes de rémunération des médecins, notamment les modèles de paiement et les barèmes d'honoraires, et aux structures sociétales au sens large⁶. De manière générale, dans le secteur médical, les femmes sont sous-représentées dans les postes de direction⁷, les comités de rédaction des revues⁸ et les statuts d'auteurs et collaborateurs de revue⁹⁻¹¹. Elles reçoivent également moins d'invitations à prendre la parole dans les conférences médicales¹², obtiennent moins de subventions et de bourses¹³, reçoivent des versements moins élevés des laboratoires¹⁴, progressent plus lentement au plan du nombre de publications et de l'avancement de carrière⁷, reçoivent des notes d'évaluation de l'enseignement plus basses¹⁵, sont moins susceptibles de s'orienter vers une spécialité chirurgicale en résidence¹⁶ et sont plus susceptibles d'être victimes de sexisme et de harcèlement sexuel pendant leurs études de médecine et sur leur lieu de travail^{17,18}.

On commence depuis peu à se pencher sur la question de l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes du secteur de la médecine. Le système de rémunération à l'acte des médecins, qui récompense les tâches de procédures et le volume d'actes au détriment de la qualité des soins, est un facteur systémique important qui contribue à perpétuer l'inégalité salariale dont sont victimes les femmes médecins. Les modèles de rémunération qui récompensent le fait de recevoir plus de patients en consultation en moins de temps ont tendance à désavantager les femmes médecins, lesquelles ont tendance à passer plus de temps avec leurs patients^{19,20}. De plus en plus d'éléments démontrent

que les femmes médecins ont des styles de communication plus efficaces, entretiennent des partenariats patient-médecin plus solides^{21,22}, se concentrent davantage sur la santé préventive^{21,23-25} et prodiguent plus souvent des soins conformes aux directives^{24,26,27}, peut-être en raison du temps supplémentaire passé avec chaque patient. Les préjugés d'orientation vers des spécialistes femmes²⁸, et les attentes des patients face aux médecins femmes²⁹, qui sont différentes, peuvent également expliquer qu'elles passent plus de temps avec leurs patients, ce qui peut contribuer à creuser l'écart de rémunération entre les sexes inhérent au modèle de rémunération à l'acte en vigueur. Des enquêtes canadiennes et étasuniennes menées auprès des effectifs du domaine de la rhumatologie ainsi qu'une étude récente sur les factures établies par des rhumatolo-

« Des mesures détaillées ont récemment été proposées pour combler l'écart salarial entre les hommes et les femmes dans le domaine de la médecine au Canada. Elles portent sur le programme d'études de médecine, la transparence sur les paiements versés aux médecins et les pratiques d'embauche et de promotion, et sur d'autres stratégies telles que la centralisation des aiguillages et l'amélioration des programmes de congé parental⁶. »

gues de l'Ontario indiquent qu'en moyenne, les femmes rhumatologues voient moins de patients que leurs homologues masculins et perçoivent donc une rémunération inférieure (écart médian de 46 000 à 102 000 dollars canadiens par an)^{2,30,31}. Cet écart de rémunération ne peut pas s'expliquer uniquement par le fait que les femmes travaillent moins; il est aussi dû à des styles de pratique différents et à d'autres facteurs. Étant donné que l'équité de genre englobe l'équité de traitement entre les hommes et les femmes compte tenu de leurs besoins respectifs, il serait injuste et inutile, pour parvenir à l'équité salariale, d'attendre des femmes qu'elles augmentent le nombre de leurs consultations, autant qu'il serait injuste d'attendre des rhumatologues masculins qu'ils réduisent le leur pour combler cet écart salarial. En outre, vu le montant des frais généraux liés à la gestion d'un cabinet et le manque de soutien financier à l'égard des prestataires de soins paramédicaux (dont il a été démontré qu'il leur permet de gagner en efficacité et d'accepter plus de patients³²⁻³⁴), le système actuel de rémunération à l'acte continuera de creuser l'écart de rémunération entre les sexes en rhumatologie si les rhumatologues masculins restent plus à même de financer des équipes de soins élargies grâce à des

revenus plus élevés. S'il est vrai que plus un cabinet est important, plus ses charges d'exploitation sont élevées, exerçant un impact sur le revenu net des médecins (nous ne disposons pas actuellement de données sur les revenus ou les charges d'exploitation des rhumatologues canadiens pour quantifier précisément la disparité de salaire entre hommes et femmes), l'écart salarial entre hommes et femmes, aussi minime soit-il, engendre des écarts substantiels de richesse de son vivant et à la retraite³⁵.

Des études supplémentaires doivent être effectuées auprès des rhumatologues pour relever toutes les disparités entre les sexes (et déterminer des solutions), mais il faut agir immédiatement pour contribuer à combler cet écart de rémunération entre les sexes en rhumatologie. Des mesures détaillées ont récemment été proposées pour combler l'écart salarial entre les hommes et les femmes dans le domaine de la médecine au Canada. Elles portent sur le programme d'études de médecine, la transparence sur les paiements versés aux médecins et les pratiques d'embauche et de promotion, et sur d'autres stratégies telles que la centralisation des aiguillages et l'amélioration des programmes de congé parental⁶. Ces mesures doivent inclure (1) une réévaluation des barèmes de rémunération afin de rectifier les inégalités fondées sur le sexe, notamment la question de la comparabilité des revenus selon les spécialités médicales et chirurgicales; (2) une réforme des conditions de paiements prévoyant par exemple des facteurs de modification temporelle ou des codes de complexité supplémentaires afin de rémunérer plus équitablement les médecins qui reçoivent des patients présentant des troubles particuliers nécessitant des consultations plus longues; (3) des modèles de rémunération annexes, comme la capitation et le salaire afin d'éviter certaines inégalités; (4) ainsi qu'un financement de soutien des prestataires de soins paramédicaux pour accroître la capacité des services cliniques de rhumatologie. Nous devons également mieux comprendre les besoins des rhumatologues femmes afin de renforcer leur capacité clinique à prendre leurs patients en charge. Le volume de soins prodigués n'est pas un indicateur de substitution parfait pour déterminer la qualité des soins et nous devons nous efforcer de privilégier la valeur par rapport au volume. Toutefois, nous devons rester conscients du fait que le volume de soins prodigués par l'ensemble de la profession demeure important (et que la féminisation croissante de la main-d'œuvre en rhumatologie au Canada peut entraver l'accès aux soins). Il est donc tout également important que les besoins de la population soient satisfaits et que les efforts se poursuivent en mettant en œuvre de nouveaux modèles de soins pour augmenter la capacité de soins. Après tout, en rhumatologie, les patients sont majoritairement des patientes, qui sont également victimes d'inégalité en matière de rapidité d'accès aux soins.

Jessica Widdifield, Ph. D.

Co-présidente, Comité des ressources humaines de la SCR Scientifique, Sunnybrook Research Institute, ICES, Professeure adjointe, Université de Toronto, Institute of Health Policy, Management & Evaluation, Toronto (Ontario)

Cory Baillie, M.D., FRCPC

Professeur adjoint, Université du Manitoba
Ancien président et président du conseil d'administration,
Doctors Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

Références :

- Association médicale canadienne. Profil de la rhumatologie. Ottawa: AMC; 2018.
- Widdifield J, Gately JM, Pope JE, et al. Feminization of the rheumatology workforce: A longitudinal evaluation of patient volumes, practice sizes, and physician remuneration. *J Rheumatol*. 2021; 48:1090-7.
- Jorge A, Bolster M, Fu X, et al. The association between physician gender and career advancement among academic rheumatologists in the United States. *Arthritis Rheumatol*. 2021; 73:168-72.
- Kulhawy S, Widdifield J, Barber C, CRA HR Committee. CRA workforce and wellness survey appointments of physicians throughout academic careers. *Acad Med*. 2011; 86:43-7.
- CMA. Orthopedic surgery profile. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cma.ca/sites/default/files/2019-01/orthopedic-surgery-e.pdf>. Consulté le 31 août 2021.
- Cohen M, Kiran T. Closing the gender pay gap in Canadian medicine. *CMAJ*. 2020;192:E1011-E7.
- Reed DA, Enders F, Lindor R, et al. Gender differences in academic productivity and leadership appointments of physicians throughout academic careers. *Acad Med*. 2011; 86:43-7.
- Ellinas EH, Best JA, Kowalski AM, et al. Representation of women on journal editorial boards affiliated with the association of American medical college's council of faculty and academic societies. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021; 30(8).
- Larson AR, Poorman JA, Silver JK. Representation of women among physician authors of perspective-type articles in high-impact dermatology journals. *JAMA Dermatol*. 2019; 155:386-8.
- Silver JK, Poorman JA, Reilly JM, et al. Assessment of women physicians among authors of perspective-type articles published in high-impact pediatric journals. *JAMA Netw Open*. 2018;1:e180802.
- Levinsky Y, Vardi Y, Gafner M, et al. Trend in women representation among authors of high rank rheumatology journals articles, 2002-2019. *Rheumatology (Oxford)*. 2021.
- Ruzycycki SM, Fletcher S, Earp M, et al. Trends in the proportion of female speakers at medical conferences in the United States and in Canada, 2007 to 2017. *JAMA Netw Open*. 2019; 2:e192103.
- Burns KEA, Straus SE, Liu K, et al. Gender differences in grant and personnel award funding rates at the Canadian Institutes of Health Research based on research content area: A retrospective analysis. *PLoS Med*. 2019; 16:e1002935.
- Weng JK, Valle LF, Nam GE, et al. Evaluation of sex distribution of industry payments among radiation oncologists. *JAMA Netw Open*. 2019; 2:e187377.
- Morgan HK, Purkiss JA, Porter AC, et al. Student evaluation of faculty physicians: Gender differences in teaching evaluations. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016; 25:453-6.
- Lorello GR, Silver JK, Moineau G, et al. Trends in representation of female applicants and matriculants in Canadian residency programs across specialties, 1995 to 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e2027938.
- Menon A. Sexism and sexual harassment in medicine: Unraveling the web. *J Gen Intern Med*. 2020; 35:1302-3.
- Choo EK, van Dis J, Kass D. Time's up for medicine? Only time will tell. *N Engl J Med*. 2018; 379:1592-3.
- French F, Andrew J, Awramenko M, et al. Why do work patterns differ between men and women gps? *J Health Organ Manag*. 2006; 20:163-72.
- Franks P, Bertakis KD. Physician gender, patient gender, and primary care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2003; 12:73-80.
- Bertakis KD, Franks P, Azari R. Effects of physician gender on patient satisfaction. *J Am Med Womens Assoc (1972)*. Spring 2003; 58:69-75.
- Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. *JAMA*. 2002; 288:756-64.
- Frank E, Harvey LK. Prevention advice rates of women and men physicians. *Arch Fam Med*. 1996; 5:215-9.
- Henderson JT, Weisman CS. Physician gender effects on preventive screening and counseling: An analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care*. 2001; 39:128-92.
- Baig AA, Heisler M. The influence of patient race and socioeconomic status and resident physician gender and specialty on preventive screening. *Semin Med Pract*. 2008; 11:27-35.
- Baumhake M, Muller U, Bohm M. Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. *Eur J Heart Fail*. 2009; 11:299-303.
- Berthold HK, Gouni-Berthold I, Bestehorn KP, et al. Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care. *J Intern Med*. 2008; 264:340-50.
- Boesveld S. What's driving the gender pay gap in medicine? *CMAJ*. 2020; 192:E19-E20.
- Ganguli I, Sheridan B, Gray J, et al. Physician work hours and the gender pay gap - evidence from primary care. *N Engl J Med*. 2020; 383:1349-57.
- Barber CEH, Barnabe C, Badley EM, et al. Planning for the rheumatologist workforce: Factors associated with work hours and volumes. *J Clin Rheumatol*. 2019; 25:142-6.
- Battafarano DF, Ditmyer M, Bolster MB, et al. 2015 American College of Rheumatology workforce study: Supply and demand projections of adult rheumatology workforce, 2015-2030. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018; 70:617-26.
- Chehade MJ, Gill TK, Kopansky-Giles D, et al. Building multidisciplinary health workforce capacity to support the implementation of integrated, people-centred models of care for musculoskeletal health. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016; 30:559-84.
- Hooker RS. The extension of rheumatology services with physician assistants and nurse practitioners. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2008; 22:523-33.
- Solomon DH, Bitton A, Fraenkel L, et al. Roles of nurse practitioners and physician assistants in rheumatology practices in the US. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014; 66:1108-13.
- Rao AD, Nicholas SE, Kachniarz B, et al. Association of a simulated institutional gender equity initiative with gender-based disparities in medical school faculty salaries and promotions. *JAMA Netw Open*. 2018; 1:e186054.

Apprendre à chercher une aiguille dans une botte de foin :

Bourse de recherche en génomique avancée pour les maladies rares

Par Jason W. An, M.D., M. Sc., FRCPC

Cinquante. C'est le nombre de nouvelles maladies auto-inflammatoires découvertes au cours de la dernière décennie. L'invention et le développement rapide des technologies de séquençage génomique ont révolutionné notre capacité à établir des diagnostics moléculaires et marqué le début d'une nouvelle ère : celle de la médecine de précision en rhumatologie.

Avec l'introduction du programme *Genome-wide Sequencing Ontario* (GSO) en avril 2021, les tests génétiques qui étaient auparavant envoyés à l'étranger peuvent désormais être exécutés localement dans la province. Au fur et à mesure que les études génétiques se multiplient, nous devons, en tant que rhumatologues, être prêts à répondre à des questions complexes. Les collègues orienteurs pourraient poser la question suivante : « À quoi est dû ce variant hétérozygote

de signification incertaine dans le gène MEFV chez mon patient présentant des fièvres inexplicables? » De leur côté, nos patients pourraient demander : « Est-ce que ce variant pathogène dans le gène TNFRSF1A signifie que je suis atteint du syndrome de fièvre récurrente lié au récepteur du facteur de nécrose tumorale, et quels sont les risques que mes enfants développent une maladie inflammatoire? » Nous devons lire les rapports génétiques qui décrivent les fréquences du variant dans une population, sa conservation ainsi que les scores de prédiction *in silico*, et les interpréter pour prendre en charge les patients. Comment décrypter toutes ces informations que nous n'avons jamais abordées à la faculté de médecine ou en internat? Comment suivre le rythme des avancées rapides accomplies en immunologie et en génétique?

En 2019, le département de génétique clinique et métabolique de l'Hôpital SickKids a lancé la Bourse de recherche en médecine génomique avancée dans les maladies rares. Financée par Canadian Gene Cure Advanced Therapies for Rare Disease (Can-GARD), cette bourse avait deux objectifs : tout d'abord promouvoir l'éducation et les connaissances en génétique dans tous les domaines médicaux et ensuite, donner aux spécialistes nouvellement diplômés les moyens de prendre en charge efficacement, dans leur propre spécialité, les patients atteints de maladies génétiques rares.

En tant que rhumatologue qui s'intéresse aux maladies inflammatoires d'origine génétique, j'ai eu la chance de suivre ce programme unique sur les maladies rares et d'en obtenir le diplôme. En participant à des études cliniques sur les enfants et les adultes dans les do-



...« chercher une aiguille dans une botte de foin » illustre parfaitement la nature de la médecine spécialisée dans les maladies rares.

maines de la génétique, de la métabolique, de l'auto-inflammation et de l'immunologie, j'ai appris des méthodes d'investigation des troubles génétiques complexes. La formation que j'ai suivie en laboratoire moléculaire m'a appris les subtilités de l'analyse des données génomiques. Tout comme il est important de savoir si les anticorps antinucléaires ont été dosés par immunofluorescence ou essai immuno-enzymatique (ELISA), il est important de comprendre les différentes technologies de séquençage génétique, ainsi que leurs points forts et leurs limites, pour pouvoir interpréter les résultats, conseiller les patients et informer la direction. L'expression, « chercher une aiguille dans une botte de foin » illustre parfaitement la nature de la médecine spécialisée dans les maladies rares.

La bourse de recherche sur les maladies rares m'a ouvert les yeux et a mis en évidence le décalage entre l'importance que revêtiront les connaissances en génétique dans nos pratiques futures et le manque d'enseignement de la génétique dans nos programmes de résidence actuels. Comme les tests génétiques continuent de se développer rapidement et s'intègrent de plus en plus dans la pratique de la rhumatologie, nous devons mettre davantage l'accent sur l'enseignement de la génétique à tous les niveaux, de l'école de médecine aux formations complémentaires de médecin associé.

Les compétences que j'ai acquises dans le cadre de cette bourse de recherche seront en effet importantes pour moi en tant que nouveau rhumatologue à l'hôpital St. Michael's de Toronto. Grâce au mentorat continu du Dr Ron Laxer et aux collaborations avec l'équipe de recherche en rhumatologie-génétique de l'Hôpital Sick Kids, nous avons pour objectif d'établir une clinique pour l'investigation et la prise en charge des patients adultes atteints de fièvres récurrentes et d'inflammation systémique indifférenciée.

L'époque où chaque syndrome de fièvre récurrente était qualifié de fièvre méditerranéenne familiale (FMF) ou de « FMF atypique » est révolue. À mesure que nous trouvons de nouvelles aiguilles dans les bottes de foin, nous pourrions nous rendre compte que les 50 maladies monogéniques découvertes au cours de la dernière décennie ne sont peut-être que la partie émergée de l'iceberg.

Jason W. An, M.D., M. Sc., FRCPC
Rhumatologue,
Hôpital St. Michael's, Toronto (Ontario)

Compte rendu du congrès EULAR 2021

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR



Après une année complète de pandémie, le congrès de l'EULAR a eu lieu en 2021 sous sa forme virtuelle, au lieu de se tenir physiquement à Paris. La plateforme a été sensiblement améliorée par rapport à 2020, lorsque la conversion d'un congrès en direct en un congrès virtuel s'est produite de manière soudaine et inattendue. J'ai trouvé la plateforme stable, avec un son et une vidéo excellents, même lorsque des milliers de participants assistaient à une session en direct. La navigation entre les affiches était parfois difficile, et si certaines pouvaient être téléchargées via des codes QR, cela demeurerait impossible pour beaucoup d'autres. Les diapositives en format PDF des conférenciers invités seraient également un excellent complément pour les futurs congrès virtuels.

Étant basés en Amérique du Nord, nous avons dû nous lever tôt; toutefois, les événements en direct se terminaient en début d'après-midi, et la plupart d'entre eux étaient disponibles pour une lecture ponctuelle par la suite. Tout un éventail d'événements avait été prévu pour les professionnels de la santé, les rhumatologues pédiatriques et les patients atteints de maladies rhumatismales. Bien que je n'aie pas trouvé de présentations sur l'industrie, mais un grand nombre de symposiums parrainés par celle-ci se déroulaient en parallèle. Il y avait également des jeux-questionnaires EULAR testant les connaissances et la rapidité des réponses. J'ai tenté ma chance à un de ces jeux et je me suis classé septième, ce qui m'a valu, contre toute attente, de recevoir un manuel de l'EULAR.

J'ai trouvé qu'il y avait de nombreuses présentations axées sur la sécurité, bien qu'aucune mise à jour de l'étude *ORAL Surveillance* n'ait fait la une des journaux plus tôt dans l'année. Les études intégrées sur les inhibiteurs de janus kinases (JAK) ont occupé une place importante, à l'instar d'une autre tranche de l'étude JAK-pot portant sur des patients inscrits dans plusieurs registres de plusieurs pays, également axée sur l'innocuité des JAK. Il y avait de nombreux résumés sur les sujets incontournables : COVID-19 et médecine virtuelle. Les nouvelles recommandations du GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) sur le traitement du rhumatisme psoriasique (RP) ont été bien accueillies, et comprennent désormais huit domaines. Le secteur du RP continue de présenter de nouveaux traitements,

qui vont des inhibiteurs des récepteurs IL-17 et IL-23 au premier des inhibiteurs de tyrosine kinase, le deucravacitinib. Espérons que le nom de la marque sera plus facile à prononcer. Le rhumatisme psoriasique avec atteinte axiale demeure un domaine d'intérêt, tant en ce qui concerne la définition du traitement et la réponse à celui-ci que ce en quoi il diffère de la spondyloarthrite axiale.

Les avancées dans le domaine du lupus faisaient également l'actualité, notamment l'accent mis sur l'état de faible activité du lupus (LLDAS) en tant que cible pour les personnes qui ne peuvent pas parvenir à une rémission. Des détails supplémentaires sur les études du belimumab et de la voclosporine dans le traitement de la néphropathie lupique ont été présentés.

Dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde (PR), l'accent était mis sur les biosimilaires, les maladies cardiovasculaires et les comorbidités, notamment la fatigue et les troubles de l'humeur. La PR difficile à traiter est un autre sujet d'actualité. Des présentations ont été faites sur la goutte, la fibromyalgie, l'ostéoporose et l'arthrose qui ont rejoint les suspects habituels.

Dans le domaine des sciences nébuleuses, il y avait une étude négative sur la transplantation de microbiote fécal pour traiter l'arthrite psoriasique (OP0010, également mentionnée lors de la séance de clôture sur les faits saillants cliniques), et une étude sur les avantages de la pratique du tango argentin pour les patients atteints de maladies rhumatismales inflammatoires (POS1475-HPR). Curieusement, cette étude a été menée en France!

Autre élément bizarre : les diapositives affichant une icône de caméra rouge (photographie interdite) ou verte (photographie autorisée). Ces icônes rouges étaient souvent ignorées à l'époque des réunions en personne; mais étant donné la facilité avec laquelle il est dorénavant possible de faire des captures d'écran sur n'importe quelle plateforme virtuelle, elles semblaient inutiles.

Pour ceux qui préfèrent les résumés des pratiques actuelles, il y avait une série de conférences WIN (*What Is New* ou *Quoi de neuf*) et HOT (*How To Treat* ou *Comment traiter*) couvrant tout ce qui touche à la rhumatologie, présentées par des experts sur les différents sujets.

Malgré l'absence des attractions touristiques parisiennes et de la cuisine française, et de l'impossibilité d'échanger en personne, le congrès EULAR 2021 a été une réussite, peut-être parce que le décalage horaire n'était pas un problème. Espérons que les réunions en personne reprendront en juin 2022 au congrès de l'EULAR qui se déroulera au Bella Centre de Copenhague, bien qu'une composante virtuelle soit probablement là pour rester.

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

Prix du chercheur émergent 2021 de la SCR : Dr Zahi Touma (Prix du chercheur émergent)

Vous menez des recherches sur des patients atteints de la maladie du lupus érythémateux disséminé (LED) et la métrologie, en cherchant plus particulièrement à évaluer l'activité de la maladie, les résultats signalés par les patients et la fonction cognitive. L'une de vos plus importantes contributions a été le développement des indices d'activité de la maladie du LED – le *SLEDAI Responder Index-50 (S2KRI-50)* et le *SLEDAI-2K Glucocorticoids Index (SLEDAI-2KG)*. Pouvez-vous nous en dire plus sur votre travail et le développement de ces indices d'activité de la maladie du LED?

Mon travail englobe la clinique, la recherche, l'enseignement et d'autres tâches administratives. Le développement d'un nouvel instrument est toujours passionnant. La première étape consiste à comprendre pourquoi vous avez besoin d'un nouvel instrument et à bien comprendre ce qui doit être mesuré et chez qui, en plus de son avantage pour la rhumatologie.

Chacun de ces instruments apporte un nouveau concept dans la manière d'évaluer l'activité de la maladie : le S2KRI-50 est axé sur la mesure d'une amélioration supérieure ou égale 50 % de l'activité de la maladie au fil du temps, tandis que le SLEDAI-2KG mesure l'activité de la maladie tout en tenant compte du dosage de la prednisone.

Un autre axe majeur de votre recherche est l'évaluation des troubles cognitifs chez les patients atteints de la maladie du LED. Vous avez créé le programme *NeuroLupus* dans le but de créer de meilleures méthodes d'identification des troubles cognitifs dans le LED et de comprendre leur évolution dans le temps et leurs effets sur la qualité de vie liée à la santé et la productivité. Pourquoi la création de ce programme était-elle si importante et qu'avez-vous appris jusqu'à présent?

Il existe un besoin non comblé d'améliorer et de normaliser la façon dont nous mesurons et définissons les troubles cognitifs dans le LED en milieu ambulatoire. Les troubles cognitifs sont très répandus chez les patients atteints de LED, comme nous l'avons montré dans notre récente revue documentaire systématique. Plus récemment, nous avons souligné le manque de concordance entre les études sur les essais utilisés pour mesurer les troubles cognitifs et la manière dont ils sont définis. Les mesures des troubles cognitifs actuellement disponibles sont associées à des contraintes de temps et de coût. Notre travail met en relief les nouveaux instruments qui peuvent faciliter l'évaluation de la fonction cognitive. Nos projets sont axés sur la définition de différents phénotypes cognitifs associés au LED, l'étude du rôle des images cérébrales par IRM fonctionnelle dans l'évaluation cognitive et le rôle des biomarqueurs.



Après avoir publié 117 manuscrits évalués par des pairs et plusieurs chapitres de livres, vous avez récemment édité le livre *Outcome Measures and Metrics in SLE* qui a été publié en août 2021. Quelle a été votre expérience en tant qu'éditeur de ce livre?

Ce fut un processus très exigeant et laborieux, mais aussi très gratifiant. L'élaboration du thème principal du livre, des chapitres, de l'invitation des auteurs, de l'édition, de la correction d'épreuves et enfin de la publication du matériel exige beaucoup de travail.

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

Actuellement, je me concentre sur un projet majeur lié au groupe de travail OMERACT SLE. Nous avons mis en place un vaste groupe international de lupologues, de scientifiques, de patients et d'autres parties prenantes, afin de réexaminer les domaines et les instruments utilisés dans l'évaluation du LED.

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

La vie d'un scientifique comporte une foule de défis et de réalisations, et vous devez vous en tenir à la science. En définitive, l'objectif d'améliorer la qualité de vie des patients est la récompense. Seuls la persévérance, l'acharnement et le temps vous permettront d'atteindre vos objectifs.

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

Tout joue un rôle égal dans mes accomplissements et, actuellement, ma plus grande joie serait d'encadrer mes étudiants pour qu'ils s'épanouissent dans leur carrière.

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

Je suis honoré que mes pairs reconnaissent mes efforts et me remettent ce prix prestigieux.

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

Toute personne souhaitant se spécialiser en rhumatologie doit comprendre à quel point il est gratifiant d'aider les patients et d'améliorer leur vie. Pour les personnes qui poursuivent des recherches, il est satisfaisant de savoir que vous contribuerez à l'avancement des connaissances, ce qui exige beaucoup de dévouement.

Si vous ne meniez pas une carrière en recherche, que feriez-vous?
J'aime le travail clinique et j'y aurais consacré tout mon temps.

Si vos journées comptaient une heure de plus,
comment l'utiliseriez-vous?
Étant très artistique, j'aime de passer du temps à peindre.

Si vous ne deviez manger qu'un seul aliment
jusqu'à la fin de vos jours, lequel serait-ce?
J'aime la cuisine italienne et je me régèlerais de divers plats de pâtes et de légumes frais.

Combien de tasses de café vous faut-il pour
avoir une journée productive?
Une seule me suffit.

Zahi Touma, M.D., Ph. D., FACP, FACR
Rhumatologue,
Professeur agrégé de médecine, Division de rhumatologie
Faculté de médecine, Université de Toronto
Clinicien-chercheur, Schroeder Arthritis Institute,
Institut de recherche Krembil,
Toronto (Ontario)

Sensibilisation et nouvelles ressources pour les patients

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



La Société de l'arthrite est en pleine effervescence avec le lancement d'une nouvelle campagne audacieuse pour donner le coup d'envoi du Mois de la sensibilisation à l'arthrite en septembre, qui vise à faire prendre conscience du feu de l'arthrite.

J'espère que vous vous joindrez à nous pour sensibiliser les gens en remettant les pendules à l'heure chaque fois que vous entendrez dire « c'est juste de l'arthrite ».

Tout en tirant la sonnette d'alarme sur la gravité de l'arthrite, nous continuons à développer des ressources de haute qualité pour les personnes vivant avec la maladie.

Nous avons enrichi nos ressources en ligne de nouvelles vidéos intitulées « Astuces de vie ». Ces vidéos présentent des outils et des astuces pour aider les personnes à accomplir plus facilement les activités quotidiennes telles que les loisirs, faire la cuisine ou s'habiller. Si vous ne l'avez pas encore fait, nous vous encourageons à les partager avec vos patients. Vous trouverez ces vidéos sur le site arthrite.ca ou sur notre chaîne YouTube.

En juin dernier, nous avons publié un rapport sur les délais d'attente pour les arthroplasties. Nous demandons aux provinces de faire preuve de leadership dans ce dossier et de créer un groupe de travail canadien sur les temps d'attente afin de faire en sorte que ces délais puissent être réduits de façon permanente.

Nous avons également fait appel au Service communautaire de recherche et d'évaluation sur l'arthrite (ACREU) pour la réalisation d'une étude qui révèle que 30 % des personnes atteintes d'arthrose ont reçu leur diagnostic avant l'âge de 45 ans et que les conséquences de la maladie sur cette population sont, à bien des égards, plus profondes que chez les adultes plus âgés.

Comme toujours, nous vous remercions de partager nos ressources avec vos patients, et restez à l'affût de notre campagne de sensibilisation. Il est temps de faire preuve d'audace pour combattre le feu de l'arthrite.





Soyez des nôtres à l'Assemblée scientifique annuelle, édition 2022, qui se tiendra en personne (et en virtuel) au Centre des congrès de Québec.

Que vous réserve ce rendez-vous annuel? Des volets éducation et réseautage inédits, articulés autour de travaux scientifiques de pointe, aux programmes interactifs, les participations bénéficieront également d'éclairages de fond apportés par des experts canadiens et internationaux.

Axée sur le thème, **Vers l'équité : la rhumato se démocratise**, l'édition 2022 mettra en évidence la diversité, l'équité et l'inclusion qui s'opèrent tant au sein des réseaux de soins de santé que dans les effectifs de rhumatologie.

INSCRIPTIONS REÇUES DÈS LE
29 OCTOBRE 2021



En savoir plus et s'inscrire
sur asm.rheum.ca

PROGRAMMES SATELLITES À NE PAS MANQUER...



COURS DE REVISION

**28 JAN
2022
EN VIRTUEL**

Le **Cours de révision de la SCR** s'adresse aux rhumatologues praticiens souhaitant actualiser leur socle de connaissances en abordant les sujets de première importance dans le monde de la rhumatologie.

S'inscrire sur asm.rheum.ca

**7-8 FEV
2022
EN VIRTUEL**

CONFÉRENCE CANADIENNE DE RECHERCHE SUR L'ARTHRITE



La 3^e **Conférence canadienne de recherche sur l'arthrite**, un rendez-vous annuel, allie présentations, discussions et possibilités de réseautage en présence d'experts, de chercheurs, de particuliers issus du grand public et de leaders émergents au sein de la communauté.

S'inscrire sur arthritis.ca/carc



Dans l'immédiat, la SCR tient à préciser que la sécurité et le bien-être des membres, de leurs patients et de la communauté rhumatologique dans son ensemble constituent, pour elle, une priorité absolue. À ce propos, et vu la nature mouvante de la pandémie de COVID-19, la SCR suit de près les directives de santé publique et se concerta avec l'établissement d'accueil pour s'assurer que le plan de santé et de sécurité prévu est tout à fait adéquat.

Quoi de neuf à Québec



Des nouvelles de la rhumatologie adulte dans la ville de Québec (division de rhumatologie de l'Université Laval)

Par Laëtitia Michou, M.D., Ph. D.

- Grande nouvelle : le ministère nous a octroyé 4 postes supplémentaires en rhumatologie adulte au CHU de Québec-Université Laval. Surveillez bien les affichages, car nous recrutons activement!
- C'est maintenant la D^{re} Myriam Allen qui dirige notre programme de résidence en rhumatologie chez l'adulte.
- Nos chers collègues, les D^{rs} Angèle Turcotte et Jacques P. Brown, ont pris ce printemps une retraite bien méritée.
- L'augmentation du nombre de rhumatologues dans la ville de Québec nous a permis de reprendre le contrôle de nos listes d'attente, pour le plus grand bonheur de nos patients.
- Nos programmes de recherche clinique sont en expansion.

Des nouvelles de l'équipe de rhumatologie pédiatrique du CHU de Québec-Université Laval

Par Julie Couture, M.D., FRCPC

Notre équipe est maintenant composée de trois rhumatologues pédiatres, dynamiques et investis, pour prendre soin des enfants et adolescents atteints de conditions rhumato-



Les membres de l'équipe de rhumatologie pédiatrique du CHU de Québec-Université Laval (de gauche à droite sur la photo) : la D^{re} Anne-Laure Chetaille, la D^{re} Julie Couture et le D^r Jean-Philippe Proulx-Gauthier.

logiques de la région de Québec et de tout l'est du Québec! De plus, nous sommes actuellement en démarche de recrutement d'une quatrième rhumatologue pédiatre.

Nous sommes impliqués dans l'enseignement au préclinique, aux externes et aux résidents de l'Université Laval et avons chacun nos intérêts particuliers de clinique et de recherche :

- la D^{re} Anne-Laure Chetaille et les maladies auto-inflammatoires;
- la D^{re} Julie Couture et le lupus pédiatrique et néonatal;
- le D^r Jean-Philippe Proulx-Gauthier et l'échographique articulaire.

Notre équipe est motivée à collaborer avec les autres centres canadiens pour le bénéfice de nos précieux petits patients!



La D^{re} Ahrari recevant son prix des mains de Madame la juge Sunni Stromberg-Stein (à gauche) et du D^r Raheem Kherani (à droite).

Azin Ahrari, M.D., FRCPC – *Prix Howard B. Stein*

C'est avec grand plaisir que nous vous présentons le premier lauréat du prix Howard B. Stein, la D^{re} Azin Ahrari.

Le prix Howard B. Stein pour le leadership et la contribution au programme est décerné à un stagiaire diplômé du programme de rhumatologie pour adultes de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) pour son leadership, son dévouement et sa contribution au programme de rhumatologie. Le D^r Stein a créé la division de rhumatologie de l'hôpital St. Paul et en a été le directeur. Il était connu comme un clinicien et un enseignant accompli.

La D^{re} Ahrari, stagiaire diplômée du programme de rhumatologie pour adultes de l'UBC et lauréate de ce prix, a fait preuve de leadership en tant que résidente en chef du programme de rhumatologie de l'UBC. Elle a été reconnue par ses corésidents et le corps enseignant comme une collègue dévouée et a fait preuve d'un dévouement et d'une contribution continue au programme de formation en rhumatologie.



Linda Hiraki, M.D., FRCPC, ScD – *Chaire de recherche du Canada en génétique des maladies inflammatoires systémiques rares de niveau 2*

Félicitations à la D^{re} Linda Hiraki, membre de la SCR, qui a obtenu une prestigieuse chaire de recherche du Canada en génétique des maladies inflammatoires systémiques rares de niveau 2. Les titulaires de chaires de niveau 2 sont de nouveaux chercheurs exceptionnels, reconnus par leurs pairs comme ayant le potentiel de devenir des chefs de file dans leur domaine.

La D^{re} Linda Hiraki est pédiatre rhumatologue au sein de la division de rhumatologie et scientifique dans le programme de génétique et de biologie du génome au SickKids Research Institute. Son programme de recherche porte sur l'identification des changements génétiques responsables du lupus, des maladies inflammatoires systémiques et des symptômes et complications y étant associés. Ses recherches visent à accroître les connaissances sur la génétique des maladies afin de favoriser la personnalisation des soins et l'amélioration des résultats en matière de santé.



Robert D. Inman, M.D., FRCPC, FACP, FRCP Edin.

– Prix Roger Demers de la Conférence laurentienne de rhumatologie

Je suis honoré d'être le lauréat cette année du prix Roger Demers de la Conférence laurentienne de rhumatologie.

Cette conférence annuelle a débuté avec un groupe de rhumatologues en 1947, et a évolué en 1965 par la création de la Conférence laurentienne de rhumatologie. Pendant cinq années consécutives, la conférence s'est tenue dans les Laurentides, et après une interruption de cinq ans, elle a été réactivée par le D^r Roger Demers en 1974 au Mont Tremblant Lodge. Depuis lors, la conférence a eu lieu chaque année sans interruption et a acquis la réputation d'être l'une des plus importantes réunions rhumatologiques au Canada. Le D^r Roger Demers, de l'hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, a été le « capitaine tenace » de la réunion tout au long des années 1970 et 1980, et son engagement personnel a été déterminant pour garantir la grande qualité de la réunion chaque année. Afin d'honorer le rôle clé du D^r Roger, la Conférence laurentienne de rhumatologie a créé un prix à son nom pour reconnaître les « contributions à la communauté internationale de rhumatologie ».

Ce prix a également une signification personnelle pour moi, puisque le premier lauréat du prix Roger Demers était le D^r Duncan Gordon. Chacun peut se souvenir avec affection du D^r Duncan, qui était un mentor apprécié et un ami proche, et incarnait le meilleur de la rhumatologie canadienne.

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

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

Résultats du sondage : Équité, diversité et inclusion

La population évolue et se diversifie sans cesse. Les initiatives d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) sont donc plus importantes que jamais. De nombreux domaines de notre société accusent un sérieux retard en matière d'équité, de diversité et d'inclusion, créant des injustices passées et présentes qu'il est urgent de réparer. L'année dernière, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) a mis sur pied un groupe de travail sur l'EDI ayant pour objectifs de s'assurer que la SCR est une association inclusive, diversifiée et représentative de la population canadienne, et de traiter et atténuer les problèmes relatifs à l'équité en matière de santé.

Pour le sondage *Articulons nos pensées* dont il est question dans ce numéro, la SCR a demandé à ses membres leur point de vue sur l'EDI au sein de l'association et dans le contexte plus général de la rhumatologie au Canada. Au total, 75 réponses (sur un total possible de 578) ont été reçues, ce qui correspond à un taux de réponse d'environ 13 %.

Dans la première partie du sondage, les membres de la SCR ont été invités à évaluer l'association sur divers aspects liés à l'équité, la diversité et l'inclusion. À l'énoncé suivant : « Les personnes de tous horizons et d'identités diverses jouissent au sein de la SCR des possibilités équitables de faire progresser leurs compétences et leur participation », seulement 43 % ont indiqué être d'accord (voir le graphique 1 pour connaître la ventilation des réponses). Pour consulter des exemples de questions sur la diversité et l'inclusion, voir les graphiques 2 et 3.

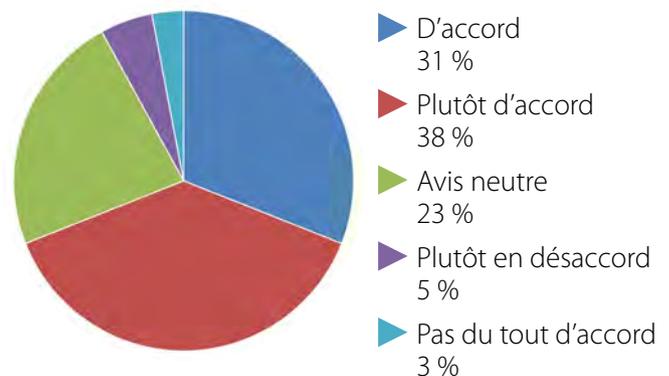
À la question « Que signifie pour vous l'équité, la diversité et/ou l'inclusion dans le contexte de la SCR? », un membre a répondu : « Je crois qu'il faudrait mettre l'accent sur la composition des membres de la SCR. Qui sont-ils? Reflètent-ils la composition de la société canadienne? Qu'en est-il du personnel, du conseil d'administration et de la présidence des comités opérationnels

de la SCR? Organisons-nous nos réunions et nos événements de manière à promouvoir la participation du plus grand nombre? Le comité des ressources humaines prend-il des mesures de recrutement particulières pour tenir compte de l'EDI? Utilisons-nous un langage inclusif dans les communications de la SCR? »

D'autres personnes ont indiqué en commentaires : « Promouvoir activement des pratiques inclusives telles que la formation à la sensibilisation aux Autochtones », « éviter que seuls des médecins/scientifiques de l'Ontario et du Québec siègent à tous les comités » et « ne pas se contenter de désigner des personnes issues de milieux traditionnellement marginalisés (c'est-à-dire, identité ethnique, genre, langue, handicaps physiques) à certaines activités, comme la participation à des comités ou à des conférences, mais plutôt, chercher à les faire participer activement au fonctionnement de la SCR. Les personnes marginalisées ont parfois du

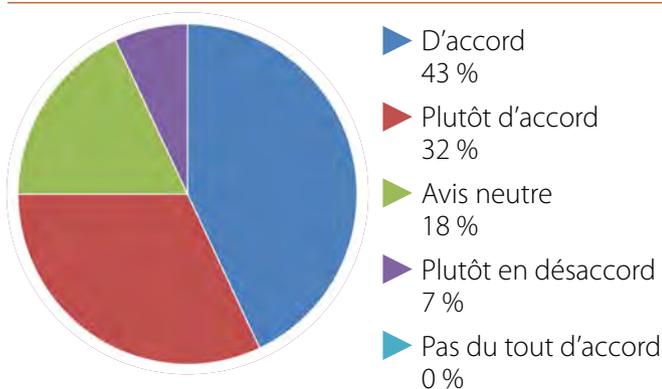
GRAPHIQUE 2 :

Résultats du sondage : « La SCR investit du temps et de l'énergie dans la constitution d'équipes diversifiées. »



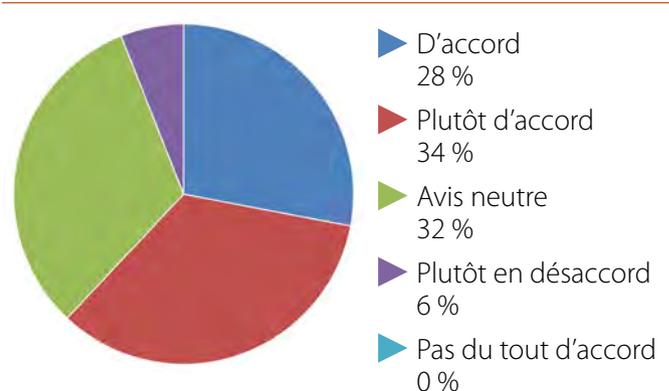
GRAPHIQUE 1 :

Résultats du sondage : « Les personnes de tous horizons et d'identités diverses jouissent au sein de la SCR des possibilités équitables de faire progresser leurs compétences et leur participation. »



GRAPHIQUE 3 :

Résultats du sondage : « J'ai le sentiment que mon origine et mon identité propres (c'est-à-dire, mes différences) sont valorisées à la SCR. »



mal à franchir le pas, aller au-devant d'elles est également essentiel. »

Selon vous, quelles mesures la SCR devrait-elle prendre pour mieux assurer l'équité, la diversité et l'inclusion à l'endroit de tous les membres et de tous les membres du personnel?

En ce qui concerne les mesures que devrait prendre la SCR, la transparence a été mentionnée dans de nombreux commentaires. Quelques commentaires indiquent que la SCR est déjà très diversifiée.

Les commentaires suivants figurent parmi les mesures spécifiquement recommandées :

- Accroître la transparence et mieux informer les membres sur le processus de sélection des dirigeants.
- Inclure de manière proactive des origines variées dans les postes de direction et les comités (genres, cultures, etc.).
- Témoigner de la reconnaissance aux personnes qui s'efforcent d'apporter des changements.
- Continuer à faire progresser la diversité dans les offres de formation.
- Proposer des séminaires à tous les membres, sur une base régionale.
- Renforcer les relations avec les communautés des Premières Nations.
- Offrir des bourses d'études ou proposer directement des bourses de stagiaire de recherche d'été à des étudiants de groupes marginalisés, p. ex., les jeunes personnes autochtones, noires et de couleur (lycéens et étudiants), les jeunes LGBTQ2 et les personnes ayant un handicap physique ou une déficience auditive, en plus des groupes traditionnels.
- Essayer d'attirer et de former un bassin plus diversifié de nouveaux rhumatologues qui reflète leur représentation dans la société.
- Veiller à ce que des modules ou des ateliers de formation soient animés par des membres de groupes marginalisés afin de sensibiliser les participants et de leur fournir des stratégies d'inclusion pour leur clinique ou leur cabinet.
- Améliorer la sensibilisation et identifier les barrières potentielles et les lacunes de mise en œuvre.
- Veiller à ce que le langage soit inclusif pour toutes et tous.
- Reconnaître l'importance de l'EDI dans l'énoncé de mission de la SCR et intégrer les principes d'EDI dans ses valeurs.



La SCR reçoit avec intérêt vos commentaires et suggestions sur l'équité, la diversité et l'inclusion au sein de la SCR. Pour toute autre idée ou recommandation, vous pouvez communiquer avec Kevin Bajjnauth à l'adresse kbajjnauth@rheum.ca.

SIMPONI®

Efficacité démontrée. Profil d'innocuité démontré.

DEPUIS 2009



DEPUIS 2009



DEPUIS 2009



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

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

Réactions indésirables les plus fréquentes

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

USAGE CLINIQUE :

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

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

CONTRE-INDICATIONS :

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

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

LES PLUS IMPORTANTES :

Infections:

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

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

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

de la tuberculose.

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

Affections malignes :

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

AUTRES MISES EN GARDE ET

PRÉCAUTIONS PERTINENTES :

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

EFFICACITÉ
DÉMONTRÉE

une fois par mois
Simponi[®]
golimumab

PLUS
DE **10** ANS
D'EXPÉRIENCE

DEPUIS 2016



Plus de 10 ans
d'expérience au Canada*.

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

UN SCHÉMA POSOLOGIQUE
mensuel SIMPLE

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



- cardiaque congestive.
- Risque d'infection avec l'emploi concomitant de l'anakinra ou de l'abatacept ou d'autres agents biologiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
- Risque de réactions hématologiques.
- Risque de réactions d'hypersensibilité.
- Risque de sensibilité au latex.
- Risque d'infections cliniques, y compris des infections disséminées, avec l'administration concomitante de vaccins vivants et d'agents infectieux thérapeutiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
- Risque d'auto-immunité.
- Peut entraîner une immunosuppression; peut agir sur les défenses de l'hôte contre les infections et les affections malignes.
- Possibilité d'erreurs posologiques.
- Risque d'apparition ou d'exacerbation de troubles de démyélinisation du SNC.
- Risque d'infection périopératoire.
- Les femmes en mesure de procréer doivent utiliser

une méthode de contraception adéquate pour ne pas devenir enceintes et doivent continuer la contraception pendant au moins 6 mois après le dernier traitement.

- Les femmes ne doivent pas allaiter durant le traitement ni pendant au moins 6 mois après le dernier traitement par SIMPONI[®].
- À utiliser avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique.
- Pourrait exercer une légère influence sur la capacité à conduire, car son administration pourrait entraîner des étourdissements.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse www.janssen.com/canada/fr/products pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les

renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-387-8781

* Toutes indications confondues.

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

Référence :

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

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

MEMBRE DE
MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA



janssen

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

**XELJANZ est
l'inhibiteur de
protéines JAK
le plus délivré
au Canada^{1*}**

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



POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Pr^rXELJANZ^{MD}/Pr^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 (tofacitinib) en monothérapie.

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

ARTHRITE PSORIASIQUE

Pr^rXELJANZ^{MD} (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX) ou un autre antirhumatismeux 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

Pr^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'immunodépression lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, les femmes en âge de procréer, les réactions d'hypersensibilité, le risque de réactivation virale, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés (conformément aux directives d'immunisation en vigueur), le vaccin vivant contre le zona, le risque de 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. 2020. 2. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2021 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5

PP-XEL-CAN-0640-FR

