

# CRAJ SCCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



*Point de mire :*  
**L'ASA de la SCR :  
Collaboration,  
résilience et  
avancement**

## *Éditorial*

Acronymes en folie

## *Que fait la SCR pour vous?*

Mise à jour sur les initiatives de la SCR

## *Des nouvelles de l'ICORA*

L'évaluation des soins rhumatologiques multidisciplinaires en C.-B. vue par les patients, les rhumatologues et les infirmières

## *Prix, nominations et distinctions*

Des honneurs sont rendus aux docteurs Ciarán Duffy, Mary-Ann Fitzcharles, Jamie Henderson, Andrea Knight, Anthony Perruccio et Paul Adam

## *Arthroscopie*

Société de l'arthrite :

Un regard audacieux vers l'avenir

Un bref historique du traitement de la PR

Arthritis + Patient : une app

Expériences de patients sur YouTube : *Violin MD*

## *Hommage boréal*

Message de la présidente

Entretiens avec les lauréates des prix de la SCR 2021

- Rhumatologue émérite : D<sup>re</sup> Rachel Shupak
- Chercheur émérite : D<sup>re</sup> Sasha Bernatsky
- Formateur d'enseignants : D<sup>re</sup> Elaine Yacyshyn

Prix Réflexion sur la pratique : D<sup>re</sup> Stephanie Gottheil

*RheumJeopardy* 2021

Le Grand débat (virtuel) : Qu'il soit résolu que la télémédecine donne aux rhumatologues la possibilité de fournir d'excellents soins aux patients atteints de maladies rhumatismales auto-immunes

## *Le top 10*

Les 10 choses les plus importantes à savoir sur l'œil dans votre cabinet de rhumatologie

## *Articulons nos pensées*

Résultats du sondage : L'iniquité vaccinale

## *Nouvelles régionales*

Mises à jour de l'Ontario



**IL Y A DU**

**NOUVEAU**

**Communiquez avec  
votre représentant  
pour en savoir plus.**

# Acronymes en folie

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Le thème de la récente Assemblée scientifique annuelle 2021 de la SCR était « CRA ». Que signifie cet acronyme? Eh bien, en premier lieu, CRA (SCR) désigne notre propre Société canadienne de rhumatologie ([rheum.ca/fr/](http://rheum.ca/fr/)), à ne pas confondre avec la California Rheumatology Alliance ([www.calrheum.org](http://www.calrheum.org)) ou l'Agence du revenu du Canada ([www.canada.ca/fr/agence-revenu.html](http://www.canada.ca/fr/agence-revenu.html)), qui a parfois manifesté un intérêt indésirable pour notre CRA/SCR. Si vous réalisez des essais cliniques, vous connaissez sans doute le poste de *Clinical Research Associate* (associé en recherche clinique), dont l'abréviation est aussi CRA. En second lieu, CRA signifie astucieusement « Collaboration, résilience et avancement ».

Mes autres affiliations comprennent l'OMA, soit l'Ontario Medical Association, et non l'acronyme OMA, maintenant fréquemment utilisé pour représenter les produits biologiques autres que les inhibiteurs du TNF, qui ont d'autres mécanismes d'action, donc en anglais « *Other Mechanisms of Action* ». Je suis également membre de l'Ontario Rheumatology Association (ORA), qui partage cet acronyme avec le registre français « *Oren-cia in Rheumatoid Arthritis* ».

Comment nous y retrouver? Pénétrez dans le monde des acronymes des essais cliniques et vous serez encore plus confus. Deux essais cliniques en rhumatologie portent le sigle AMBITION : « *Actemra versus Methotrexate double-Blind Investigative Trial in mONotherapy* », et « *A study of first-line aMBrlsentan and Tadalafil combinatIOn therapy in subjects with pulmonary arterial hypertension* ». Tous deux sont des exemples de la manœuvre Tolstoï, dont il sera question plus loin.

Je me souviens de l'essai MORE : « *Multiple Outcomes for Raloxifene Evaluation* » et d'un autre essai MORE pour lequel j'étais le principal chercheur : « *a multi-center, double-blind, randomized, parallel-group trial to compare the efficacy and safety of three doses of MelOxicam (7.5, 15, and 22.5 mg) and placebo in patients With RhEumatoid arthritis* ».

Les rhumatologues connaissent bien le programme d'essais cliniques SELECT, car il porte sur plusieurs versions d'essais de l'upadacitinib. Un essai SELECT antérieur était l'essai « *Safety and Efficacy Large-scale Evaluation of COX-inhibiting Therapies* » dans l'arthrose, comparant le méloxicam et le piroxicam.

Il n'est pas rare que le même acronyme corresponde à deux essais et qu'un seul s'applique à la rhumatologie. Un récent club de lecture a examiné les résultats de l'étude MOST (*Multicenter Osteoarthritis Study*), à ne pas confondre avec l'essai MOST (*Mode Selection Trial in Sinus-Node Dysfunction*) en cardiologie.

En parlant de la cardiologie, elle gagne la palme pour le pourcentage d'essais acronymisés, dont 16 porte le sigle HEART. D'autres acronymes populaires pour désigner des essais sont IMPACT et SMART, utilisés respectivement 16 et 13 fois.

Je vous recommande deux excellents articles sur les acronymes, tous deux librement accessibles en ligne, dans lesquels

la rhumatologie est évoquée. Les D<sup>s</sup> Fred et Cheng ont publié en 2003 *Acronymesis*<sup>1</sup>. Ce terme indique que l'utilisation abusive des acronymes est devenue une némésis. On y aborde la non-définition des acronymes, l'utilisation d'un acronyme pour désigner deux choses et les acronymes coercitifs. On entend par acronyme coercitif une désignation d'essai comme CURE, MIRACLE et SAVE qui peut inciter à tort les patients à y participer. Il y est question d'essais désignés par des acronymes à consonance positive mais qui ont donné des résultats négatifs, notamment IMPROVED et PROMISE.

La manœuvre de Tolstoï y est évoquée, mais sous une appellation différente. Cela consiste à prendre dans le désordre les lettres d'un essai pour créer un acronyme accrocheur. Les deux essais AMBITION ont exploité cette manœuvre, tout comme RENAISSANCE (*Randomized Etanercept North American Strategy to Study AntagoNism of CytokinEs*) et RENEWAL (*Randomized EtANercept Worldwide evALuation*).

Dans le numéro de Noël 2014 du *British Medical Journal* (BMJ), on a présenté le document de recherche d'un groupe danois, intitulé « *SearCh for humourIstic and Extravagant acroNyms and Thoroughly Inappropriate names For Important Clinical trials (SCIENTIFIC) : qualitative and quantitative systematic study*<sup>2</sup> ». Cette étude semi-sérieuse a examiné un certain nombre d'ECRA dans différentes spécialités, dont la rhumatologie. Les caractéristiques positives et négatives des acronymes ont été évaluées à l'aide des critères bien nommés BEAUTY et CHEATING : (BEAUTY, *Boosting Elegant Acronyms Using a Tally Yardstick*) et négatifs (CHEATING, *obsCure and awkHward useE of lettArs Trying to spell somethING*). On a inclus une liste de mentions honorables et déshonorantes qui n'ont pas obtenu une marque particulièrement élevée ou faible, mais qui étaient dignes de mention.

Les résultats indiquent que 8,1 % des 1 404 ECRA sur la polyarthrite rhumatoïde (PR) publiés entre 2000 et 2012 utilisaient des acronymes dans leur titre. Dans 5,8 % des cas, les acronymes d'essais sur la PR ont été bien accueillis. L'acronyme qui a obtenu le plus de points était PREDICTIVE, un essai sur le diabète. Aucun acronyme d'essai sur la PR ne s'est classé au palmarès des 25 meilleurs. Un acronyme d'essai canadien en rhumatologie s'est classé au palmarès des 25 pires acronymes. L'étude METGO de 2005 : « *a 48-week, randomized, double-blind, double-observer, placebo-controlled multicenter trial of combination METHotrexate and intramuscular Gold therapy in rheumatoid arthritis*<sup>3</sup> ». Cette étude a été menée par l'Université de la Colombie-Britannique et le Centre de recherche sur l'arthrite. Les auteurs en sont notamment Allen Lehman, John Esdaile, Alice Klinkhoff, Eric Grant, Avril Fitzgerald et Janice Canvin. Les autres chercheurs se sont cachés sous le couvert du « Groupe d'étude METGO ».

Une étude sur la PR, dont je n'ai jamais entendu parler même si elle a été publiée dans *A&R* 2011 et dans *ARD* 2012,

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](http://www.craj.ca/index_fr.php)  
Code d'accès : **craj**

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

## ÉQUIPE DE PUBLICATION

**Paul F. Brand**  
Directeur exécutif

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

## Acronymes en folie

suite de la page 3

est au palmarès des mentions honorables : « *Treating to target matrix metalloproteinase 3 normalisation together with disease activity score below 2.6 yields better effects than each alone in rheumatoid arthritis patients: treating to twin targets; the T-4 stud* ». Nous avons également eu une entrée sur la liste des mentions dés-honorantes : « *The Abatacept study to Determine the effectiveness in preventing the development of rheumatoid arthritis in RA patients with Undifferentiated inflammatory arthritis and to evaluate Safety and Tolerability (ADJUST)* ». Cette étude a été citée comme exemple de manœuvre Tolstoï ratée, la lettre J n'apparaissant nulle part dans le titre.

Pour l'instant, dans le monde des échanges virtuels, tout se passe devant l'écran d'ordinateur chez vous ou au bureau. Lorsque nous reviendrons aux réunions en personne, n'oubliez

pas de ne pas confondre les acronymes CRA ou vous pourriez vous retrouver à Los Angeles alors que vous devriez être à Québec.

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

### Références :

1. Herbert L. Fred, Tsung O Cheng. Acronymesis: The Exploding Misuse of Acronyms. *Tex Heart Inst J*. 2003; 30(4):255-7.
2. Pottegård A, et coll. Search for humouristic and Extravagant acroNyms and Thoroughly. *BMJ (Clinical research Edition)*. 2014; 349:g7092. doi: 10.1136/bmj.g7092.
3. Lehman AJ, et coll. A 48-week, randomized, double-blind, double-observer, placebo-controlled multicenter trial of combination methotrexate and intramuscular gold therapy in rheumatoid arthritis: Results of the METGO study. *Arthritis Rheum*. 2005; 52:1360-70.

## QUE FAIT LA SCR POUR VOUS?

# Mise à jour sur les initiatives de la SCR



La Société canadienne de rhumatologie (SCR) est heureuse de présenter les mises à jour suivantes sur les initiatives à venir

### Recommandations de la campagne *Choisir avec soin*

Au cours des derniers mois, le sous-comité de la campagne *Choisir avec soin* de la SCR a élaboré une liste de sept recommandations sur la gestion des ressources à l'intention des cliniciens et des patients. Cette liste, publiée sur le site Web de *Choisir avec soin Canada* (<https://choisiravecsoin.org/>), est le fruit d'un effort de collaboration entre des membres de la SCR, des praticiens cliniciens avancés en soins pour l'arthrite ainsi que d'un représentant des parents et des patients.

### Énoncé de position sur les soins virtuels

La SCR a publié un énoncé de position sur les soins virtuels. L'objectif de cet énoncé est d'appuyer une utilisation responsable et appropriée de la santé virtuelle par les rhumatologues canadiens. De plus, l'énoncé de position reconnaît que les rhumatologues continueront et devraient continuer à utiliser la santé virtuelle après la pandémie, carne les avantages de la santé virtuelle et le besoin d'un soutien continu et reconnaît l'importance d'établir des normes de pratique pour la santé virtuelle. Cliquez sur le lien suivant pour obtenir plus de renseignements : <https://rheum.ca/wp-content/uploads/2021/05/FR-Virtual-Care-Position-Statement.pdf>. Les énoncés de pratiques exemplaires concernant les soins virtuels en rhumatologie sont en voie d'être finalisés et constitueront une autre ressource précieuse pour les membres de la SCR – à venir bientôt!

### Appel de propositions d'ateliers pour l'Assemblée scientifique annuelle 2022

Les membres de la SCR et de l'Association des professionnels de la santé pour l'arthrite (APSA) sont invités à partager leurs connaissances et leur expérience en soumettant une proposition d'atelier pour l'Assemblée scientifique annuelle 2022.

Les ateliers interactifs de l'Assemblée scientifique annuelle ont pour objectif de rassembler la communauté des rhumatologues pour discuter de sujets et de questions qui optimisent les soins aux patients. Pour obtenir plus de renseignements et pour soumettre une proposition, veuillez consulter le site [rheum.ca/fr/](https://rheum.ca/fr/).

La date limite pour soumettre une proposition est le 30 juillet 2021. Nous avons hâte d'annoncer la liste complète des ateliers participatifs qui auront lieu cet automne.

### Mise à jour de la recommandation de la SCR sur la vaccination contre la COVID-19 chez les personnes atteintes de maladies rhumatismales auto-immunes

La recommandation GRADE de la SCR, initialement publiée le 13 février 2021, a été mise à jour afin d'inclure les vaccins d'AstraZeneca et de Johnson & Johnson. Elle peut être maintenant consultée sur le site Web de la SCR, à l'adresse : <https://rheum.ca/fr/resources/publications/>. Le manuscrit a également été publié dans le *Journal of Rheumatology* et peut être consulté à l'adresse [www.jrheum.org/content/early/2021/05/11/jrheum.210288](https://www.jrheum.org/content/early/2021/05/11/jrheum.210288).

# Message de la présidente

Par Evelyn Sutton, présidente de la SCR

Pour une deuxième année, c'est avec un immense plaisir et beaucoup d'humilité que j'ai le privilège de servir, à titre de présidente, les membres de la Société canadienne de rhumatologie. Avec le recul et ayant contribué à la réponse de la SCR depuis le début de la pandémie de COVID-19, je ne saurais trop insister sur le travail que nous avons tous entrepris et les pressions auxquelles nous avons été confrontés. Je suis fière de voir à quel point notre équipe, nos comités, nos membres, nos bénévoles ainsi que nos partenaires ont été proactifs dans l'élaboration de ressources, d'outils, de campagnes de sensibilisation, de lignes directrices et de nombreux autres éléments au profit de la communauté de la rhumatologie. Au cours de l'année écoulée, nous avons également formé le premier groupe de travail sur la diversité et l'inclusion de la SCR, car nous voulons nous assurer que notre association offre une occasion et une expérience inclusives à tous les membres actuels et futurs, ainsi qu'aux intervenants. Bien que notre communauté soit dispersée, notre résilience et notre dévouement favorisent un esprit de solidarité soutenu.

La tendance actuelle étant au passage à un environnement virtuel pour le travail, la pratique, les programmes et les événements, cette situation unique nous donne également l'occasion de réfléchir à nos habitudes pré-pandémiques et de prendre conscience des questions liées aux changements climatiques. Récemment, la SCR a organisé un événement sur la durabilité mettant en vedette David Suzuki, qui a résumé la situation en soulignant son extrême urgence : « La survie même de tous les êtres humains est en danger. » Ce n'est pas une hyperbole – les preuves présentées par le M. Suzuki étaient extrêmement convaincantes.

C'est le moment de changer le monde, et je nous mets tous au défi de rechercher activement des renseignements et de prendre des décisions éclairées concernant notre mode de vie et la manière



dont nous pouvons réduire notre impact sur l'environnement. Lors de ma réunion hebdomadaire de la semaine dernière avec notre président-directeur général, le Dr Ahmad Zbib, nous avons discuté de ce que nous pouvons faire individuellement et en tant qu'organisation pour réduire notre empreinte carbone. Voici quelques-unes de nos idées : marcher lorsque nous le pouvons; faire du covoiturage lorsque la marche n'est pas possible et réduire de moitié les réunions en personne de la SCR. Nous devons le faire! J'aimerais connaître vos suggestions et savoir ce que vous comptez faire. Nous ne pouvons pas ignorer la science des changements climatiques. Notre travail de rhumatologue est important et ne servira à rien si nous ne vivons pas dans un monde où l'eau et l'air sont purs.

Maintenant, plus que jamais, nous devons nous soutenir mutuellement. En cette deuxième année en tant que présidente de la SCR, c'est avec un esprit revigoré que je promets à tous que l'équipe et moi-même serons là pour vous et prêts à vous aider. La SCR continuera d'innover de manière dynamique afin de façonner positivement l'avenir de la rhumatologie au Canada. D'ici à ce que nous nous revoyions, je suis impatiente d'échanger avec vous lors de la Soirée du Canada et de notre Assemblée scientifique annuelle 2022, en personne ou à distance. N'oubliez pas de prendre du temps pour vous, votre famille et vos amis, et n'hésitez pas à contacter votre famille de la SCR.

*Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP  
Présidente, Société canadienne de rhumatologie  
Professeure de médecine, doyenne associée,  
Formation médicale de premier cycle,  
Université Dalhousie  
Halifax (Nouvelle-Écosse)*

## Mise à jour sur les initiatives de la SCR

suite de la page 5

L'outil décisionnel pour le vaccin anti-COVID-19 de la SCR, qui accompagne cette ligne directrice, est en voie d'être mis à jour afin d'y ajouter certains facteurs à considérer au sujet des enfants. Cet outil est en cours d'élaboration, mais il est possible qu'il soit publié avant la publication du présent article. Veuillez consulter le site Web de la SCR à l'adresse [rheum.ca/fr/decision-aid/](http://rheum.ca/fr/decision-aid/).

### Mise à jour de l'énoncé de position de la SCR sur la vaccination contre la COVID-19

En plus de la recommandation GRADE sur la vaccination contre la COVID-19, la SCR a également publié une mise à jour de son énoncé de position sur la vaccination contre la COVID-19,

afin d'y inclure l'élargissement de l'utilisation du vaccin Pfizer-BioNTech chez les enfants âgés de 12 à 15 ans. L'énoncé de position est un document qui s'adresse non seulement aux cliniciens, mais également au public et aux décideurs, et il est souvent utilisé comme outil pour promouvoir la vaccination. Depuis sa première publication, le 31 décembre 2020, l'énoncé de position a été mis à jour à plusieurs reprises afin de refléter l'évolution des recommandations et de promouvoir la vaccination prioritaire des personnes immunosupprimées et l'administration rapide de la deuxième dose de vaccin à ces patients. Consultez le site [rheum.ca/fr/resources/publications/](http://rheum.ca/fr/resources/publications/) pour lire l'énoncé de position mis à jour de la SCR.

# L'évaluation des soins rhumatologiques multidisciplinaires en C.-B. vue par les patients, les rhumatologues et les infirmières

Par Glory Apantaku, M. Sc., Michelle Teo, M.D., FRCPC, et Mark Harrison, M. Sc., Ph. D.

Les rhumatologues de la Colombie-Britannique (C.-B.) peuvent, depuis 2011, utiliser le code de facturation Évaluation multidisciplinaire des soins pour obtenir un remboursement supplémentaire lorsqu'ils sont accompagnés d'une infirmière pour la consultation avec des patients atteints de certaines affections rhumatismales. L'idée était d'offrir aux patients des conseils et des renseignements non prescriptifs de la part d'une infirmière en rhumatologie. En modifiant les façons de travailler des rhumatologues, on espérait qu'ils puissent consacrer plus de temps à leurs patients.

À l'aide de 45 entrevues auprès de 21 patients, 12 rhumatologues et 12 infirmières de cabinets privés et communautaires dans quatre des cinq autorités sanitaires de la C.-B., nous voulions décrire la prestation des soins multidisciplinaires en C.-B. relevant de ce code de facturation et ses effets perçus sur les soins. Le mode de prestation des soins multidisciplinaires variait beaucoup et chaque cabinet avait sa propre structure de rendez-vous. Nous en avons relevé trois grandes catégories. Dans certains cabinets, les rendez-vous étaient séquentiels, les patients rencontrant individuellement le ou la rhumatologue et l'infirmière. Dans certains cabinets, le patient, le ou la rhumatologue et l'infirmière se rencontraient ensemble. Dans d'autres cabinets, une combinaison des deux modes était employée, c'est-à-dire que le patient rencontrait l'infirmière après la rencontre avec les deux professionnels.

Les patients ont aimé la présence d'une infirmière, car cela leur a permis d'avoir plus d'échanges avec un professionnel de la santé. Ils ont trouvé que les échanges avec l'infirmière étaient instructifs et les aidaient à mieux comprendre leur état de santé et leur médication. Les rhumatologues ont estimé que la présence d'une infirmière améliorerait l'efficacité, en augmentant le nombre de patients vus et en réduisant le délai d'attente. L'interaction avec le patient était plus productive, car ils pouvaient s'en tenir à la dimension médicale tout en sachant que

l'infirmière instruirait le patient sur la médication et la gestion de la maladie. Nous avons constaté que l'instruction du patient était l'un des principaux rôles de l'infirmière selon ce modèle interdisciplinaire de soins.

Des rhumatologues et infirmières ont évoqué les difficultés d'adoption de cette façon de faire, principalement parce qu'à défaut d'orientations précises sur le rôle et le champ d'action des infirmières en vertu de ce code de facturation, la formation donnée par les rhumatologues prenait beaucoup de temps. Toutefois, les rhumatologues ont pu tirer parti de l'expérience de leurs collègues et personnaliser le rôle des infirmières pour qu'il convienne mieux à leur pratique; et, après une période d'adaptation, les rhumatologues ont trouvé que la participation des infirmières gratifiante pour eux et leurs patients.

*Les rhumatologues et les patients que nous avons sondés dans cette étude étaient favorables au rôle des infirmières dans l'évaluation multidisciplinaire des soins et estimaient que les infirmières en rhumatologie améliorent généralement les soins aux patients.*

Glory Apantaku, M. Sc.  
Adjointe de recherche, Université de la Colombie-Britannique,  
Faculté des sciences pharmaceutiques  
Vancouver (Colombie-Britannique)

Michelle M. Teo, M.D., FRCPC  
Rhumatologue,  
Penticton Regional Hospital  
Penticton (Colombie-Britannique)

Mark Harrison, M. Sc., Ph. D.  
Professeur agrégé, Université de la Colombie-Britannique,  
Faculté des sciences pharmaceutiques  
Vancouver (Colombie-Britannique)

Vous êtes invités à soumettre vos résumés pour une présentation lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR et de l'APSA 2022!

Date limite des soumissions : le 8 octobre 2021

Détails à venir sur le site [asm.rheum.ca/fr](http://asm.rheum.ca/fr)

# Prix du rhumatologue émérite de la SCR en 2021 : D<sup>re</sup> Rachel Shupak

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

J'ai décidé de devenir rhumatologue dans ma deuxième année d'études, lorsque j'ai pris soin d'une jeune femme souffrant d'arthrite inflammatoire polyarticulaire aiguë et grave qui l'hypothéquait complètement. Sous la supervision des D<sup>res</sup> Gladman et Lynn Russell, nous avons pu la traiter efficacement et elle est sortie de l'hôpital en marchant. La possibilité de traiter et de contrôler l'inflammation articulaire ou systémique tout en atténuant et en prévenant les dommages a fortement influencé ma décision. En tant que rhumatologue, je crois que nous améliorons la qualité de vie de nos patients.



s'intéresse aux maladies systémiques chez des patients souvent très malades et nécessitant un traitement et un suivi prolongé. Notre spécialité, qui est foncièrement pragmatique, repose sur un historique et un examen physique détaillés et complets. Les connaissances propres à cette spécialité évoluant rapidement, l'apprentissage continu fait partie intégrante de la formation et de la pratique clinique.

Si je suis devenue éducatrice clinicienne par la force des choses, pour exercer ce rôle en milieu universitaire de nos jours, il faut faire des études et obtenir une maîtrise. Les rhumatologues universitaires doivent enseigner, tandis que les éducateurs cliniciens ont pour rôle de créer des programmes innovants, de les évaluer et d'en publier les résultats.

Depuis 1995, vous êtes professeur agrégé à la faculté de médecine de l'Université de Toronto (UT). Au cours des 40 dernières années, vous avez formé et encadré beaucoup d'étudiants de premier cycle, de résidents de cycles supérieurs et de résidents en rhumatologie. Dans votre rôle d'éducatrice clinicienne, vous avez pu élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes éducatifs innovants pour les cliniciens en soins primaires, les patients et les professionnels paramédicaux.

(a) D'où croyez-vous que provient votre passion pour la formation?

J'ai compris en début de carrière l'importance de former les étudiants de premier cycle et de cycles supérieurs pour qu'ils sachent reconnaître, diagnostiquer et prendre en charge les patients atteints de maladies rhumatismales. Pendant mes cinq premières années à l'emploi de St Michael's Hospital (SMH), j'ai dirigé une équipe de médecine interne générale pendant trois mois par an, ce qui m'a permis d'interagir périodiquement avec de nombreux étudiants et résidents. J'ai reçu des prix d'enseignement d'études supérieures et d'études de premier cycle, ce qui m'a aidé à comprendre que je faisais probablement du bon travail. Pendant de nombreuses années, j'ai renforcé mes compétences en formation et j'ai fini par cultiver la capacité à mettre sur pied des programmes éducatifs, ce qui m'a permis d'évoluer vers le rôle d'éducatrice clinicienne.

(b) En tant qu'éducatrice clinicienne respectée, que conseillez-vous aux futurs rhumatologues?

Je leur dirais que pour bien faire son travail de rhumatologue, il faut d'abord bien faire son travail d'interniste. La rhumatologie

Le programme de praticien clinicien avancé en soins pour l'arthrite (PCASA), que vous avez créé avec votre estimée collègue, la D<sup>re</sup> Katie Lundon en est le clou. Ce programme universitaire et de résidence a permis d'établir un nouveau cadre de praticiens cliniciens afin de combler les lacunes actuelles et croissantes en matière d'accès aux soins pour les patients atteints d'arthrite et d'affections musculosquelettiques. Cent praticiens hautement qualifiés et compétents, diplômés de ce rigoureux programme, sont prêts à travailler dans un modèle de prestation de soins partagés. Pourquoi avez-vous créé ce programme et quel en a été l'effet sur le paysage rhumatologique canadien?

Conscients qu'il n'y aura jamais assez de rhumatologues pour assurer un accès équitable aux soins, Katie et moi espérons changer la façon dont les soins sont prodigués aux patients atteints d'arthrite et de maladies musculosquelettiques. Nous avons conçu un rigoureux programme d'études pour des professionnels de la santé fondé sur les compétences, que nous avons évalué prospectivement au auprès des étudiants du programme. Le manque de rhumatologues et leur répartition inégale au Canada, bien documentés, sont les principales causes du manque d'accès et de la piètre qualité de soins pour les patients atteints d'arthrite et d'affections musculosquelettiques. Notre objectif était d'éduquer (programme d'études) et de former (programme de résidence) des professionnels de la santé à travailler selon un modèle de soins partagés (maladies inflammatoires) ou de manière indépendante (ostéo-arthrite, spondylose), améliorant ainsi l'accès aux soins dans les centres ruraux ou éloignés, communautaires et urbains. L'année dernière, Amanda Steiman a gracieusement accepté de me succéder comme directrice médicale du programme de PCASA.



Dr<sup>e</sup> Shupak recevant le prix du rhumatologue émérite de la SRC lors du gala virtuel en février.

Parlez-nous de vos liens avec la Journée annuelle de l'arthrite pour les cliniciens de soins primaires, célébrant sa 14<sup>e</sup> année, dont l'objectif est de combler les lacunes de connaissances pertinentes des médecins généralistes et des PCASA au sujet des maladies musculosquelettiques.

J'ai lancé ce programme il y a une quinzaine d'années pour offrir une formation médicale continue aux médecins et praticiens de soins primaires. Bien que les patients atteints de maladies musculosquelettiques et d'arthrite représentent environ 15 % de tous les patients vus en soins primaires, il est bien connu que les connaissances et les compétences d'évaluation, de diagnostic et de prise en charge de ces pathologies doivent être améliorées chez les praticiens de soins primaires. Mon collègue, le Dr Ophir Vinik, qui assume le rôle de directeur médical de ce programme de perfectionnement professionnel continu (PPC) depuis environ cinq ans, continue à offrir un cours annuel de PPC exceptionnel.

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

Nous nous sommes lancés dans le fort ambitieux projet de PCASA, et nous étions déterminés à créer un programme rigoureux, offert de manière épisodique et fondé sur les compétences. Nous pouvions compter sur un important corps professoral (plus de 90), en grande partie bénévole, qui a permis la réussite du programme. Il a néanmoins été très compliqué, malgré nos efforts héroïques, de trouver un lieu et du financement durables pour le programme de PCASA. Nous faisons de bons progrès auprès du ministère de la Santé avant le changement de gouvernement, mais malheureusement la situation a depuis stagné. Le processus administratif se poursuit et, selon moi, portera ses fruits, en raison de la formidable valeur ajoutée que les diplômés du programme de PCASA apporteront à la prestation de soins aux patients.

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

Nous avons tous vu une explosion des thérapies biologiques pour les maladies rhumatismales, dont profitent énormément nos patients.

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

Je crois que nous devons rester axés sur le patient dans tout ce que nous faisons. Le défi consiste à fournir des soins équitables (nouveaux modèles de soins) et abordables (financés par la province). Nous devons redoubler d'efforts pour établir l'un des portefeuilles de prise en charge des maladies chroniques qui fournira les ressources nécessaires pour gérer efficacement les soins à nos patients. Le recrutement et le maintien en poste des rhumatologues sont des problèmes qui perdurent depuis que j'ai commencé à exercer. Cette priorité de la SCR doit le demeurer. Il faut toutefois favoriser la création de nouveaux modèles de soins, en mobilisant des professionnels paramédicaux bien informés, bien formés et hautement qualifiés, afin de combler les lacunes d'accès et améliorer la qualité de soins. Cela nécessiterait de nouveaux modèles provinciaux de financement et d'aiguillage et l'adoption des directives médicales récemment fournies aux infirmières praticiennes en Ontario. Le cancer et le diabète sont des exemples où cela peut fonctionner efficacement à la satisfaction des médecins, des professionnels paramédicaux et des patients.

Quel est votre livre préféré de tous les temps?

Je préfère la fiction historique, car elle me fait voyager dans différents lieux et époques. J'ai beaucoup aimé le roman *Un gentleman à Moscou* d'Amor Towles.

Si vos journées comptaient une heure de plus, comment l'utiliseriez-vous?

Je jardinerais.

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

Du pain.

Chaque fois que vous entrez dans une pièce remplie de gens, quelle serait votre chanson thème?

« *What the world needs now is love sweet love* ». Il y a trop de colère et de haine dans le monde.

Combien de tasses de café vous faut-il pour avoir une journée productive?

J'en prends deux tasses au petit-déjeuner pour me réveiller et une à 16 heures pour m'aider à finir ma journée.

Rachel Shupak, M.D., FRCPC  
Professeure agrégée,  
Département de médecine,  
Université de Toronto  
Médecin, Hôpital St. Michael's  
Toronto (Ontario)

# Prix du chercheur émérite de la SCR en 2021 : D<sup>re</sup> Sasha Bernatsky

Quelle a été votre première pensée lorsque vous avez appris que vous remportiez ce prix? J'en suis très reconnaissante.

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

Lorsque j'ai intégré la faculté de médecine, j'ignorais tout de la spécialité de rhumatologie. Je voulais être psychiatre. Mais la médecine interne m'a fascinée. C'était tellement difficile que j'avais l'impression que si j'en venais à bout, je saurais tout. Au début de ma formation en médecine interne, j'ai fait un stage en rhumatologie. Cela m'a permis de rencontrer des gens merveilleux, dont les D<sup>rs</sup> John Thompson et Janet Pope. Dès que j'ai approfondi mes connaissances de la rhumatologie, j'ai compris que ce qui me plaisait dans la médecine interne, je le retrouvais dans la rhumatologie : les défis, les connaissances et la possibilité de bâtir des relations durables avec des patients. Mon amour de la rhumatologie a été renforcé par la rencontre des merveilleux rhumatologues du Centre d'arthrite de Winnipeg, dont les D<sup>rs</sup> Hani El-Gabalawy, Christine Peschken et Kiem Oen.

Selon vous, quelles sont les qualités d'un chercheur émérite?

Des gens comme Marvin Fritzler, Paul Fortin, Diane Lacaille, John Hanly et bien d'autres sont non seulement brillants et vaillants, mais ils sont aussi bienveillants et soucieux d'autrui. Il est agréable de travailler avec eux. Ils ont une vision altruiste, ils travaillent pour atteindre des objectifs qui visent à améliorer la vie des personnes atteintes d'arthrite, de lupus, etc. Ils sont déterminés, mais ils ne forcent pas les choses. Ils inspirent ceux qu'ils côtoient. Ce sont de grands meneurs qui créent des possibilités pour les autres.

Vous avez été nommé chercheuse principale (CP) du Réseau canadien pour les méthodes interdisciplinaires avancées de recherche sur l'efficacité comparative (CAN-AIM), financé par le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM), une collaboration entre les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Santé Canada et d'autres parties prenantes. Pouvez-vous nous parler de votre travail?

Le RIEM a été créé pour combler les lacunes de connaissances sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments utilisés dans des contextes réels au Canada et dans le monde entier, afin d'aider les organismes de réglementation, les décideurs, les professionnels de la santé et les patients. Depuis 2012, les chercheurs de CAN-AIM ont collaboré avec des décideurs de la Direction des produits de santé commercialisés, de la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques et de la Division des politiques pharmaceutiques, Bureau de la gestion des produits pharmaceutiques de la Direction générale de la politique stratégique de Santé Canada. Nous avons tissé des liens avec de nombreuses autres parties prenantes, comme l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, l'Alliance pharmaceutique pancanadienne et des organismes provinciaux chargés d'élaborer la liste des médicaments assurés. Notre recherche est basée sur des cohortes cliniques et de population et des données administratives



pour produire des réponses rapides aux requêtes. Les chercheurs de CAN-AIM ont créé un registre des produits biologiques dans le but de fournir de l'information en situation réelle comparant l'innocuité et l'efficacité des médicaments biosimilaires à celles des médicaments biologiques d'origine. Cette étude quinquennale portant sur des adultes atteints de rhumatisme inflammatoire ou de maladie intestinale inflammatoire repose sur le travail de nombreux chercheurs, dont Denis Choquette, Walter Maksymowich, Gilles Boire, Vivian Bykerk, Robert Inman, Claire Bombardier, Carol Hitchon, Carter Thorne, Claire Barber et bien d'autres. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Autumn Neville à [autumn.neville@rimuhc.ca](mailto:autumn.neville@rimuhc.ca) ou consulter [canaim.ca](http://canaim.ca).

Parlez-nous de votre expérience au sein des Systemic Lupus Erythematosus (SLE) International Collaborating Clinics (SLICC) et du Canadian Network for Improved Outcomes in SLE (CaNIOS), et de votre travail de cofondatrice de réseaux collaboratifs comme le Réseau CANRAD (Canadian Rheumatic Administrative Database Network).

Durant ma formation en rhumatologie, j'ai eu l'occasion d'intégrer le réseau CaNIOS de Paul Fortin, qui m'a encouragé à poursuivre des études supérieures en épidémiologie. Il m'a présenté la D<sup>re</sup> Ann Clarke, codirectrice (avec Christian Pineau) de la Clinique du lupus du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), fondée par John Esdaile. À l'époque, Len et Judy Funk m'ont fait connaître le groupe de soutien Lupus Canada. Sans le réseau CaNIOS et l'appui de Lupus Canada, je n'aurais jamais fait d'études en épidémiologie, dont le fruit a été ma recherche doctorale sur les liens entre le cancer et le LES, une mobilisation multisectorielle de chercheurs sur la maladie lupique des SLICC et du réseau CaNIOS. En définitive, cette mobilisation nous a aidés à comprendre que les personnes atteintes de lupus sont plus à risque de développer certains cancers (comme les lymphomes), mais qu'elles moins exposées au risque de cancer du sein, par exemple. Ce phénomène semble multifactoriel : les chercheurs des SLICC et du réseau CaNIOS ont étudié au fil des ans la manière dont les médicaments peuvent influencer ce risque. Même si nous n'avons vu aucun effet précis de la plupart des médicaments contre le lupus sur le risque de cancer, l'hydroxychloroquine a diminué le risque de certains cancers et le cyclophosphamide l'a augmenté. Pour ce qui est du réseau CANRAD, les D<sup>res</sup> Claire Bombardier, Diane Lacaille et Lisa Lix en sont à vrai dire les principales têtes pensantes. D'abord une coalition de chercheurs liés à des décideurs et à d'autres intervenants, le réseau CANRAD avait le mandat d'énoncer des lignes directrices pour la recherche et la surveillance des maladies rhumatismales à l'aide de données administratives canadiennes. Ses sources de financement, au fil des ans, ont été le Réseau canadien de l'arthrite, les IRSC et d'autres organismes. Le réseau CANRAD attire toujours de brillants chercheurs, comme Jessica Widdifield, Carol Hitchon, Lihi Eder et d'autres, qui ont carrément accru la capacité de recherche au Canada.

Le chef de la Section de l'évaluation de la qualité de l'air de Santé Canada a décrit comme suit vos recherches sur la pollution atmosphérique : « Il s'agit de la première indication que la pollution atmosphérique pouvait être liée à un état pathologique précis, ce qui a influencé notre réflexion sur le potentiel inflammatoire de la pollution atmosphérique ». Pouvez-vous décrire les résultats de vos recherches dans ce domaine et leur importance?

Je me sens très chanceuse d'être la première chercheuse à découvrir des tendances liant la densité du trafic routier et l'exposition aux fines matières particulaires (MP 2,5) à la prévalence des maladies rhumatismales auto-immunes systémiques. J'ai été encadrée par d'excellentes personnes, dont l'exceptionnelle D<sup>re</sup> Audrey Smargiassi. La plausibilité biologique des liens entre la pollution atmosphérique et les maladies rhumatismales a été étayée par notre article inspirant sur les liens entre les niveaux de MP 2,5 et les anticorps anti-ADN et d'autres manifestations du LES. Comme autre validation de principe, nous avons publié une étude transversale indiquant que les émissions industrielles de MP 2,5 et de SO<sub>2</sub> sont en corrélation avec d'autres auto-anticorps importants dans la polyarthrite rhumatoïde. Afin que les connaissances issues de mes recherches soient exploitées par des responsables de politiques, nous collaborons étroitement avec le chef de l'évaluation de la qualité de l'air au sein de la Division de l'évaluation des effets de l'air sur la santé de Santé Canada, et avec le conseiller scientifique de Santé Canada. Ces personnes mettent à jour les documents d'examen des effets de la pollution atmosphérique sur la santé, qui constituent la base des négociations entre les intervenants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, en partenariat avec le Conseil canadien des ministres de l'Environnement. Ces documents sont utilisés dans les décisions sur les normes nationales de qualité de l'air et sont également consultés par l'Agence américaine de protection de l'environnement et d'autres organismes internationaux. Nos succès en ont inspiré d'autres, comme le groupe de Michelle Petri à l'université Johns Hopkins, qui étudie la pollution atmosphérique et le LES. C'est une période très enthousiasmante.

Y a-t-il d'autres domaines d'intérêt que vous voudriez approfondir un jour?

Je me passionne pour le traitement personnalisé des patients atteints de LES, à commencer par l'hydroxychloroquine (HCQ). Bien que l'HCQ soit un médicament clé, les effets secondaires suscitent de plus en plus d'inquiétudes. L'incertitude quant à l'équilibre entre les risques et les avantages de l'arrêt ou de la poursuite de l'HCQ est une des principales lacunes exprimées par les patients atteints de LES et leurs médecins. Presque tous les rhumatologues dans le monde prescrivent quotidiennement de l'HCQ, mais nous n'avons aucune donnée probante sur la meilleure façon de l'utiliser. J'ai travaillé avec d'excellents chercheurs de SLICC et du réseau CaNIOS pour former des sous-groupes de patients atteints de LES qui présentent un risque particulier d'avoir des poussées ou de développer des événements indésirables associés à l'utilisation de l'HCQ. Cependant, un traitement véritablement personnalisé doit tenir compte des préférences du patient, et Glen Hazlewood m'aide à concevoir une expérience de choix discrétionnaire sur ce sujet, avec d'autres chercheurs du réseau CaNIOS. En définitive, nous avons besoin d'essais pragmatiques pour comprendre les résultats liés à la réduction de l'HCQ dans certains groupes (compte tenu de leur profil de risque et de leurs préférences).

Quels sont les aspects les plus gratifiants de votre expérience dans le domaine de la rhumatologie et quels sont les aspects les plus difficiles?

J'aime les liens qui se tissent entre nos patients et nous. J'aime aider un patient à trouver la bonne combinaison de traitements pour se sentir le mieux possible. Hani El-Gabalawy a été le premier

à me transmettre cette notion, je crois. Le plus difficile pour la plupart de mes patients est le manque d'accès à la physiothérapie, à l'ergothérapie, au travail social ou au counselling. Je m'inquiète lorsqu'un de mes patients est hospitalisé pour des complications potentiellement mortelles. Cela dit, le D<sup>r</sup> Barringer, l'un de mes premiers mentors en rhumatologie, m'a appris l'importance d'éviter le sentiment d'accablement, car lorsqu'un patient se sent submergé, nous devons être forts et tout faire pour l'aider à surmonter les revers de la vie. Ce qui m'aide à rester forte c'est la belle solidarité entre camarades rhumatologues, qui ne ménagent aucun effort pour leurs patients, dont mes collègues de l'Hôpital Général de Montréal, Chris Pineau, Evelyne Vinet, Ines Colmegna, Beth Hazel, Fares Kalache, Arielle Mendel, Michael Starr, Michael Stein, Mary-Anne Fitzcharles et Pantelis Panopolis (sans oublier les valeureux membres de notre personnel).

Quelle est la réalisation dont vous êtes le plus fier?

Je ne ressens pas d'obligation d'être fière de mon travail. Tant de possibilités et de personnes inspirantes ont croisé ma route, dont Cheryl Barnabe, Jessica Widdifield, Evelyne Vinet, Glen Hazlewood, Stephanie Keeling, Murray Urowitz, Carter Thorne, Dafna Gladman, Susan Bartlett, Michel Zimmer, Debbie Feldman, et tant d'autres.

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

Soyez reconnaissant et soyez consciencieux. Rappelez-vous que vous êtes sur terre pour une raison précise ([www.desiderata.com/desiderata.html](http://www.desiderata.com/desiderata.html)). Pour moi, les plus grands rhumatologues universitaires sont des personnes comme Marie Hudson et Ines Colmegna qui vivent pour servir les autres et aspirent à l'excellence. Hélas, le milieu universitaire est un peu comme une course folle. Nous devons nous inspirer de personnes comme Marie, Inès et d'autres, qui ne perdent jamais de vue leur raison d'être : trouver des solutions pour les patients qui les aident à vivre mieux.

Si on vous offre un billet d'avion pour la destination de votre choix, où irez-vous (une fois la pandémie derrière nous)?

Vienne est une ville merveilleuse qui me passionne. Toutefois, comme j'ai très hâte de serrer ma mère dans mes bras, j'irais d'abord à Winnipeg.

Vous êtes coincé sur une île déserte. Quel livre aimeriez-vous avoir avec vous?

La bible, car je dois être conscience chaque jour que je suis aimée, que je suis pardonnée et que je suis libre, et j'ai besoin d'un constant rappel qu'on m'a manifesté beaucoup d'amour et de bienveillance et que je dois en faire autant.

Êtes-vous plutôt matinal, ou nocturne?

Ayant grandi sur une ferme, je suis couche-tôt et lève-tôt.

Combien de tasses de café vous faut-il pour avoir une journée productive?

Fervente du thé vert, j'en bois plusieurs tasses par jour, mais je prends ma dernière tasse à 14 heures au plus tard. Parfois, je prends un expresso après le lunch. Le chocolat noir m'aide aussi à être productive.

Sasha Bernatsky, M.D., Ph. D.

Professeure,

Département de médecine,

Division de rhumatologie, Faculté de médecine de l'Université McGill

Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill

Centre de recherche évaluative en santé (CRES)

Montréal (Québec)

# Prix du formateur d'enseignants de la SCR en 2021 : D<sup>re</sup> Elaine Yacyshyn

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

J'étais en clinique avec un résident et j'ai trouvé incroyable d'apprendre la nouvelle alors que j'étais en train d'enseigner. Je suis très honorée d'avoir reçu ce prix; c'est un véritable privilège d'être reconnue par mes pairs. Je suis également très reconnaissante envers ceux qui ont proposé ma candidature; envers les nombreux résidents et fellows avec lesquels j'ai travaillé, ainsi qu'envers mes collègues à l'échelle locale et nationale.

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

J'ai eu la chance d'avoir d'excellents professeurs qui m'ont inspirée et encouragée à devenir une éducatrice clinicienne. Mes enseignants les plus remarquables se distinguent par le lien personnel qu'ils ont établi avec les apprenants. Je me souviens de mon enseignante de maternelle, une femme des plus gentilles qui partageait ses biscuits à la récréation. De nombreux enseignants du secondaire ont passé du temps à éveiller la curiosité à l'égard de leurs matières. À l'université, un professeur de chimie est monté sur scène pour me féliciter lors de la cérémonie de remise des diplômes. Je me souviens également de nombreux talentueux professeurs en rhumatologie qui m'ont encouragée à faire de mon mieux et qui ont passé du temps à discuter avec moi et à me guider pour que je puisse atteindre mon plein potentiel.

J'ai également été inspirée par mes apprenants qui posent des questions difficiles et m'encouragent à travailler avec eux sur certaines questions ainsi qu'à repousser mes limites.

Ce sont les enseignants passés et présents qui ont fait preuve de bonté, de générosité et de sagesse, et qui m'ont aidée à me concentrer sur mes études en médecine.

Selon vous, quelles sont les qualités d'un bon pédagogue?

Ma philosophie consiste à faire en sorte que tous les apprenants acquièrent des connaissances, des aptitudes et des compétences en médecine.

Ma principale méthode d'enseignement est l'apprentissage fondé sur le contexte. Je profite des occasions d'observer et d'interagir, de fournir une rétroaction en temps opportun et de stimuler la motivation pour l'apprentissage. Les étudiants apprennent mieux en tant qu'apprenants actifs. J'estime qu'un enseignant joue un rôle de facilitateur et de mentor, et non de fournisseur de connaissances. J'essaie de comprendre les connaissances de mes élèves et, grâce aux interactions, de transformer leurs faiblesses en forces.



Je crois également en la « fonction de médecin » selon Cruess et ses collègues. Les auteurs affirment que les médecins ont des rôles de guérisseurs, de professionnels et d'enseignants qui peuvent intégrer les points de vue scientifiques et humanistes de la médecine.

Les apprenants ont besoin d'évaluations et de rétroactions régulières. Mon objectif est d'enseigner et d'encadrer au meilleur de mes capacités. Je crois qu'il est important pour moi de continuer à me remettre en question, et je recherche les occasions de devenir une meilleure enseignante.

En tant que directrice du programme de rhumatologie à l'Université de l'Alberta, quelles sont les difficultés et les possibilités qui se sont présentées à vous?

J'ai eu la chance d'être la directrice du programme de rhumatologie à l'Université

de l'Alberta. Ce poste m'a permis de poursuivre mon rôle d'éducatrice clinicienne.

J'ai ainsi contribué à optimiser le programme de résidence en rhumatologie à l'Université de l'Alberta. J'ai bénéficié du soutien de collègues qui étaient tout aussi passionnés que moi par l'enseignement et qui m'ont aidée à atteindre ces objectifs. En tant que directrice du programme, j'ai pu rencontrer un grand nombre de mes homologues canadiens. J'ai été inspirée et encouragée par mes pairs, et j'ai pu poursuivre mes efforts d'enseignement à l'échelle nationale. La possibilité d'établir un réseau avec de nombreux collègues extraordinaires s'est avérée très gratifiante et agréable.

C'était toujours difficile de choisir les résidents admis au programme, parmi tous les excellents candidats. Les compétences de nos apprenants ne cessent de m'impressionner. C'est valorisant de travailler avec les résidents et de les voir devenir d'excellents collègues en très peu de temps.

Vous avez également agi à titre d'examinatrice pour l'examen de rhumatologie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et de présidente des examens pendant deux mandats. Vous êtes actuellement membre du Comité des examens du CRMCC, qui supervise tous les examens du Collège royal. En ce moment, travaillez-vous sur des changements passionnants dont vous pouvez nous faire part?

Nous vivons une période sans précédent au Collège royal, car nous sommes au beau milieu de la pandémie. C'est impressionnant de voir tous les intervenants travailler ensemble pour maintenir les normes élevées des évaluations tout en se préoccupant des apprenants. Au cours de l'année dernière, je suis passée de

présidente des examens de rhumatologie à membre du Comité des examens du Collège royal. Les commissions d'examen du Collège royal continuent de travailler fort pour préparer des outils valables permettant d'évaluer les compétences de manière sûre.

### En tant qu'enseignante et formatrice respectée, que conseillez-vous aux futurs rhumatologues?

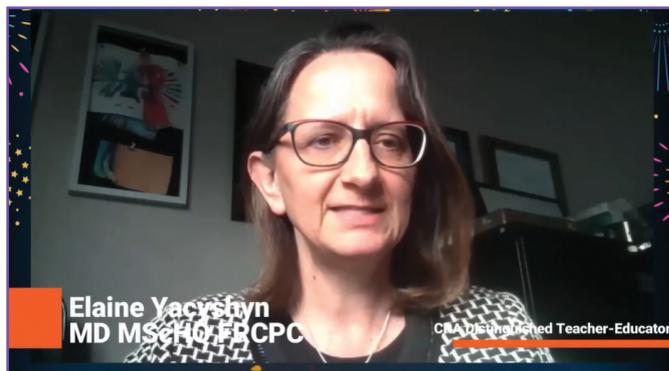
Si vous aspirez à une carrière qui vous donne l'occasion de voir des patients extraordinaires; d'effectuer des recherches de haut niveau et d'enseigner à des apprenants fantastiques, vous devriez envisager la rhumatologie! Nous avons la chance d'avoir des carrières très enrichissantes.

### Combien de tasses de café vous faut-il pour avoir une journée productive?

La plupart des gens qui me connaissent savent que je ne bois pas de café. J'aime les tisanes, mais mon plaisir coupable est un thé chai au lait d'amande.

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

J'aime beaucoup jouer du piano; j'avais l'habitude d'en jouer quand j'étais enfant. J'ai recommencé à prendre des cours il y a quelques années, et j'adore jouer du Chopin. J'ai également appris de mon professeur de piano à quel point il faut être patient en tant que professeur!



D<sup>re</sup> Yacyshyn recevant le Prix du formateur d'enseignants de la SCR lors du gala virtuel en février.

### Que feriez-vous si vous n'étiez pas rhumatologue?

Je pense que je serais une enseignante et, comme mon institutrice de maternelle, je distribuerai des biscuits Peak Freat!

*Elaine Yacyshyn, M.D., FRCPC  
Professeure agrégée et rhumatologue,  
Département de médecine,  
Faculté de médecine et de médecine dentaire,  
Université de l'Alberta  
Edmonton (Alberta)*

## Un regard audacieux vers l'avenir

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

**A** lors que la Société de l'arthrite entame un nouvel exercice financier, nous nous réjouissons de ce qui nous attend.

Bien que l'année ait été difficile pour nous et pour de nombreuses personnes que nous soutenons, elle nous a poussés à innover et à changer la façon dont nous faisons notre travail.

L'année a été marquée par de nombreux points positifs. Grâce à la générosité de nos donateurs, nous avons pu financer quatre projets de recherches supplémentaires en mars, ce qui porte à 4 millions de dollars le total annuel d'investissement au cours du dernier exercice.

Près de deux millions de personnes ont visité notre site Web pour y trouver des renseignements crédibles et opportuns pour les aider à gérer leur maladie. Nos pages sur la COVID-19, qui sont régulièrement mises à jour avec de nouveaux renseignements, comme l'outil décisionnel sur les vaccins de la SCR, continuent d'être consultées fréquemment.

Nous avons joint 50 000 personnes de partout au pays grâce à nos webinaires mensuels Conversations sur l'arthrite. Nous vous encourageons à partager avec vos patients l'information sur les prochaines Conversations sur l'arthrite, dont les sujets comprendront les façons de diminuer les poussées, une introduction à l'arthroplastie, la nutrition, l'activité physique et ce que les recherches révèlent sur le cannabis médical. Ces webinaires sont offerts en français et en anglais, et les éditions antérieures peuvent être visionnées à [arthritis.ca](http://arthritis.ca).

Pour l'année à venir, nous redoublerons d'efforts pour penser et agir de manière novatrice. Nous avons relancé notre plan stratégique, avec comme objectifs de financer plus de recherches et de toucher plus de gens que jamais auparavant.

Nous pensons avec audace, parce que nous devons être audacieux, afin que l'arthrite et les personnes qui en sont atteintes reçoivent l'attention qu'elles méritent. Je vous remercie de vous associer à nous dans cet effort.



# Prix Réflexion sur la pratique de la SCR 2021 : Stephanie Gottheil, M.D., FRCPC

Services rhumato :  
Améliorer les soins virtuels pendant la pandémie de COVID-19

Pendant la pandémie de COVID-19, les patients ont besoin de pouvoir accéder rapidement à des rhumatologues tout en étant physiquement éloignés. Dans notre clinique communautaire inaugurée en avril 2020, nous avons rencontré un défi particulier, car, contrairement aux patients de nos collègues qui sont suivis depuis longtemps, les nôtres étant nouveaux, ils avaient tous besoin d'une évaluation initiale. Nous y avons vu l'occasion de concevoir un tout nouveau processus de soins virtuels.

Notre méthode virtuelle comptait trois phases : l'avant-consultation, la consultation et l'après-consultation. Nous transmettions d'abord par courriel les détails du rendez-vous, dont des formulaires à remplir (en utilisant Accuro/Ocean), et nous offrions une formation sur la vidéoconférence. Nous avons utilisé la plateforme de vidéoconférence Doxy.Me pour la consultation. L'après-consultation a consisté à offrir à la personne un rapport numérique et un accès sécurisé au courriel du médecin.

D'après les premiers commentaires, nous avons amélioré notre processus en diminuant la fréquence des rappels par courriel et en ajoutant des plateformes de vidéoconférence. L'essai de la plateforme vidéo n'a d'abord été proposé qu'aux personnes hésitantes à l'égard de la technologie. Après analyse de notre processus, nous avons commencé à offrir l'essai à tous les patients, puis nous avons adopté l'essai autoguidé avec assistance personnalisée, au besoin.

Entre avril et octobre 2020, 413 patients sur 485 (85 %) ont eu une première consultation par vidéo. Nous avons mesuré leur satisfaction en leur demandant, à l'aide d'un sondage anonyme, s'ils souhaitaient avoir un autre rendez-vous par vidéoconférence. Parmi les 162 répondants, 62 % ont répondu par l'affirmative, 33 % se sont dits incertains et 6 % ont répondu par la négative. Nous voulions aussi savoir si les consultations vidéo permettaient de poser des diagnostics précis. Des 262 patients qui ont eu une consultation de suivi en personne, 232 (87 %) ont reçu le même diagnostic que celui posé lors de la consultation vidéo, soit une précision diagnostique raisonnable.

L'essai d'avant-consultation a permis d'évaluer l'efficacité de notre processus. Seules 34 des 413 personnes vues par consultation vidéo ont eu des difficultés techniques obligeant le recours au téléphone. Parmi celles-ci, 28 (82 %) n'avaient pas réalisé l'essai d'avant-consultation, ce qui en indique l'efficacité.

Certes l'inauguration d'un cabinet en pleine pandémie de COVID-19 n'a pas été de tout repos, mais elle a permis de concevoir et d'appliquer un processus de fonctionnement clinique



pour les soins virtuels. Selon le succès de ce projet, nous comptons offrir à nos patients les consultations vidéo après que les restrictions liées à la COVID-19 auront été levées.

*Stephanie Gottheil, M.D., FRCPC*  
Rhumatologue,  
London Rheumatology  
Professeure associée en rhumatologie,  
Université Western  
London (Ontario)



## ÉLARGIR LE CHAMP D'APPLICATION

Cours virtuel avec démonstrations didactiques et interactives.



VENDREDI 1ER OCTOBRE 2021

**Compétences fondamentales et de pointe (l'ABC)  
en échographie de l'épaule, du poignet, de la main  
et de la cheville pour le rhumatologue**

SAMEDI 2 OCTOBRE 2021

**Échographie dans les cas d'arthrite psoriasique  
et de polyarthrite rhumatoïde – caractéristiques  
uniques et systèmes de notation proposés**

PROFESSEURS  
INTERNATIONAUX :  
Carlo Martinoli  
Emilio Filippucci  
Gurjit Kaeley

PROFESSEURS  
CANADIENS :  
Sibel Aydin  
Alessandra Bruns  
Lih Eder

DIRECTEURS  
DE COURS :  
Abraham Chaiton  
Johannes Roth

Cours virtuel | Inscription en ligne : [crus-surc.ca/courses/](https://crus-surc.ca/courses/)  
Frais d'inscription : 249 \$ CA

# RheumJeopardy 2021

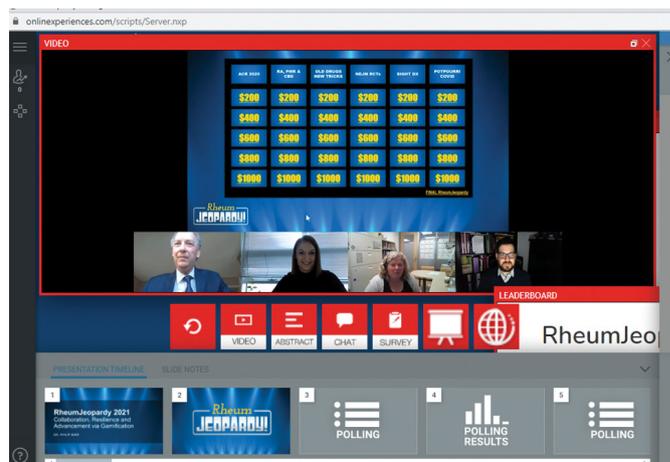
Par Philip Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Pour la sixième année de suite, la séance plénière *RheumJeopardy* était de retour à l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) 2021 de la SCR. Il a fallu la modifier un peu pour qu'elle fonctionne sur la plateforme de réunion virtuelle, mais l'essence de l'expérience de jeu a été préservée. Le capitaine vainqueur de l'affrontement âprement disputé de 2020, le Dr Hugues Allard-Chamard, était de retour à titre de président et de marqueur. Nous avons maintenu le format Est contre Ouest, Toronto étant la ligne de démarcation cette année. Nos capitaines d'équipe étaient la Dr<sup>e</sup> Alexandra Legge de Halifax et la Dr<sup>e</sup> Marinka Twilt de Calgary. Cette année, seuls les membres de l'équipe dont la capitaine avait choisi une question ont voté pour la réponse, ce qui a diminué les scores potentiels. L'année dernière, les capitaines pouvaient renverser les réponses de leur équipe, mais aucun n'a osé le faire. Cette année, cette option a été retirée, et seules les capitaines d'équipe ont sélectionné les enjeux et répondu à la question de la ronde finale. Une sacrée dose de pression!

C'était le premier *RheumJeopardy* depuis le décès d'Alex Trebek et notre premier en format virtuel. J'ai joué le rôle d'animateur depuis mon bureau à la maison, avec une certaine nervosité car j'avais subi une panne d'Internet au beau milieu d'une de mes présentations au symposium ce jour-là. Heureusement, tout a fonctionné pour *RheumJeopardy*.

Je compose les questions des mois à l'avance, ce qui a conduit à une question fortuite et facile. Plus tôt dans la journée, le Dr Yazici avait présenté un symposium soulignant l'efficacité de l'apremilast pour les ulcères buccaux dans le syndrome de Behcet. C'était l'une des questions de la catégorie des essais comparatifs à répartition aléatoire (ECRA) du *New England Journal of Medicine (NEJM)* et, bien entendu, on y a répondu correctement. J'ai également été heureux de constater qu'une question de l'édition 2020, mettant en évidence la relation entre la fièvre méditerranéenne familiale (FMF) et la résistance à la plaque médiée par les protéines externes de *Yersinia* ainsi que l'inflammasome pyrin, figurait dans la conférence Dunlop-Dottridge 2021 du Dr Dan Kastner. Une autre question que j'avais composée quelques années plus tôt à propos de l'efficacité des médicaments anti-rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) à base de corticostéroïdes en tant qu'agents antifongiques a soulevé un tollé. Je m'appuyais sur une étude de 2017 qui mettait en avant l'auranofin, mais un participant a déniché une étude de 2019 montrant que la D-pénicillamine (également un choix de réponse) présentait une efficacité semblable.

La séance a attiré 224 participants. Après une question de rodage portant sur les films traitant des pandémies, 12 questions ont été sélectionnées pour le jeu principal. Elles se sont avérées assez difficiles. « *ACR2020* » et « *Sight Diagnoses* » ont été les catégories les plus populaires. Le comité de l'éducation de la SCR a proposé trois questions sur la compétence par conception, mais aucune n'a été retenue. L'une des ques-



Le Dr Philip Baer a animé *RheumJeopardy 2021* et est photographié ici avec les capitaines d'équipe, les Dr<sup>es</sup> Alexandra Legge et Marinka Twilt, ainsi que le capitaine gagnant de l'année dernière, le Dr Hugues Allard-Chamard, qui est revenu en tant que président et marqueur.

tions les plus difficiles portait sur le nom de marque du vaccin COVID-19 de Pfizer BioNTech. *Comirnaty* était la bonne réponse. Le nom générique est tozinaméran.

À la fin de l'épreuve principale de *Jeopardy*, les équipes étaient à égalité avec 1 600 points chacune. Les deux capitaines ont choisi de tout miser sur la question finale. Comme le veut la tradition, la catégorie était celle des rhumatologues canadiens célèbres. En l'occurrence, la personne en question ne fut pas un mystère : Janet Pope a été mise à l'honneur, compte tenu d'un article du blog *RheumNow* qu'elle avait écrit sur les sept étapes de sa carrière médicale postuniversitaire et sur ses sept enfants. La question portait sur l'échelonnement des naissances de ses enfants durant ces sept étapes, depuis la résidence universitaire jusqu'au poste de professeur titulaire. La bonne réponse était un enfant par étape, une répartition tout à fait symétrique. Cette réponse a laissé les deux capitaines d'équipe perplexes, ce qui a donné lieu à un score final sans précédent : un match nul de 0 à 0, qui rappelle davantage un match de football que *Jeopardy*. Le temps et l'occasion de départager les deux équipes nous ayant fait défaut, les deux ont été déclarées victorieuses. Les Dr<sup>es</sup> Legge et Twilt devront peut-être se partager la présidence si *RheumJeopardy* revient à Québec en 2022.

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

## FORMULATION PRATIQUE UNE FOIS PAR JOUR POUR LE TRAITEMENT DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE | 11 mg 1 f.p.j.<sup>1</sup>

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

### POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

PrXELJANZ<sup>MD</sup>/PrXELJANZ<sup>MD</sup> 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<sup>MD</sup> (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<sup>MD</sup> (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- $\alpha$ .

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 est l'inhibiteur de protéines JAK le plus délivré au Canada<sup>2\*</sup>

### 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<sup>2†</sup>.



**PLUS DE 1 000  
MÉDECINS CANADIENS**  
ont prescrit XELJANZ par  
l'intermédiaire du programme de  
soutien pour les patients  
(79 % ont renouvelé l'ordonnance)<sup>2‡</sup>.



XELJANZ a été prescrit à  
**PLUS DE 260 000  
PATIENTS**  
dans plus de 80 pays  
du monde entier<sup>2</sup>.

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<sup>MC</sup> ». Bien que le programme eXel<sup>MC</sup> 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<sup>MC</sup> 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<sup>MC</sup>, de juin 2014 à novembre 2018, et au programme de soutien aux patients PfizerFlex, qui a remplacé le programme eXel<sup>MC</sup> à partir de 2018.

#### Références :

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



## Le Grand débat (virtuel) : Qu'il soit résolu que la télémédecine donne aux rhumatologues la possibilité de fournir d'excellents soins aux patients atteints de maladies rhumatismales auto-immunes

Par Alexandra Saltman, B.A. (Hons), M.D., FRCPC, au nom de Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC; Tommy Gerschman, M.D., M. Sc., FRCPC; Jocelyne Murdoch, ergothérapeute (Ont.), ACPAC; et Brent Ohata, M.D., C.M., FRCPC

La réunion de cette année de la SCR a été l'une de nombreuses premières, puisque des rhumatologues de tout le pays ont adopté la technologie pour participer à la réunion de manière virtuelle, permettant à tous de rester en sécurité en temps de pandémie mondiale.

La tradition annuelle du grand débat n'a pas fait exception à la règle, concluant la réunion de cette année par une heure d'arguments et de bonnes vieilles joutes orales, le tout dans la bonne humeur!

Cette année, la résolution était opportune : « Qu'il soit résolu que la télémédecine donne aux rhumatologues la possibilité de fournir d'excellents soins aux patients atteints de maladies rhumatismales auto-immunes. »

Les D<sup>s</sup> Tommy Gerschman et Alexandra Saltman, en faveur de la résolution, ont affirmé que « la télémédecine est une excellente modalité de soins aux patients dans un tout nouvel emballage... un emballage axé sur le patient ». Ils ont rappelé au public que la télémédecine peut englober de nombreux domaines, notamment les visites virtuelles par vidéo ou téléphone; l'utilisation d'un portail en ligne pour échanger des renseignements, enregistrer des mesures ou coordonner les soins; et l'emploi de rappels par courriel ou message texte.

Ils ont également fait valoir que la télé-rhumatologie est un moyen pour les rhumatologues de fournir des soins accessibles et axés sur les patients, ce qui permet à ces derniers d'accéder aux soins depuis des régions éloignées ou rurales, en plus d'améliorer l'accès aux soins pour les patients confinés chez eux. Par ailleurs, ils ont présenté des données sur la satisfaction des patients à l'égard des modèles de soins virtuels, avant et pendant la pandémie, ainsi que des données préliminaires donnant à penser que la qualité des soins offerts patients atteints d'arthrite inflammatoire est aussi bonne en mode virtuel qu'en personne.

Ils ont également fait valoir que la rhumatologie à distance est rentable, car elle permet aux patients, aux prestataires de soins et au système de santé d'économiser les frais de déplacement et de stationnement, les pertes de temps et de revenus dues au taux élevé d'absences aux rendez-vous et les congés à prendre par les patients et les membres de la famille pour se rendre à des rendez-vous en personne.

Ils ont ajouté que la télé-rhumatologie offrait des possibilités de modèles de soins collaboratifs et novateurs par la collaboration avec d'autres disciplines au sein de l'environnement familial du patient, afin de joindre les patients là où ils se trouvent et de fournir des soins de grande valeur.

Le D<sup>r</sup> Brent Ohata et Jocelyne Murdoch, ergothérapeute en pratique avancée, se sont opposés à la résolution en affirmant que

les rhumatologues ne sont pas prêts à adopter la technologie du 21<sup>e</sup> siècle et que la télé-rhumatologie a été entachée de gaffes et de bévues de la part des patients et des professionnels de la santé. Ils ont affirmé que la prestation appropriée de soins virtuels nécessite une formation, des connaissances spécialisées, un équipement particulier et une préparation de la part du patient et du rhumatologue – rien de tout cela n'étant suffisamment disponible ou accessible dans l'environnement actuel, malgré le passage à de nombreuses visites virtuelles pendant la pandémie de COVID-19.

Ils ont ensuite cité des données montrant une faible utilisation des soins virtuels parmi les collègues rhumatologues dans l'ensemble du pays, une préférence pour le téléphone (47 %) par rapport à la vidéo (19 %) et un manque de soutien technique pour les personnes qui participent à ce type de soins.

En outre, ils ont fait valoir que la télé-rhumatologie exacerbe les inégalités en matière de soins entre les nantis et les démunis de la technologie et ont évoqué l'effrayante menace des diagnostics manqués ou retardés en raison des limites associées aux examens physiques virtuels.

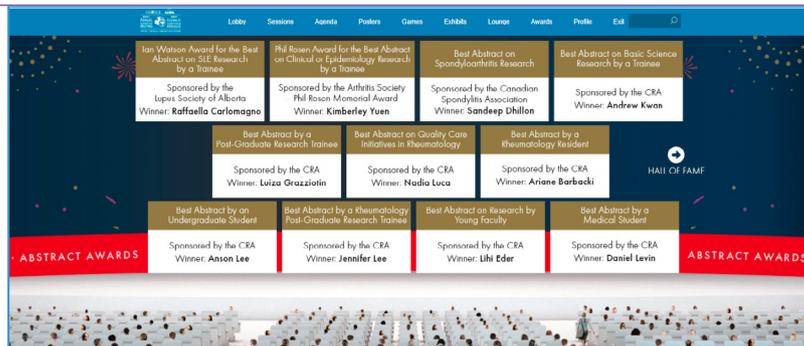
Les réfutations et les résumés étaient remplis de contre-arguments solides, chaque équipe de débat retournant les expériences personnelles et professionnelles de ses adversaires contre eux (mais tout cela en s'amusant!).

Le débat s'est « virtuellement » soldé par une égalité, mais l'équipe en faveur de la résolution a fini par remporter une victoire serrée (aidée, peut-être, par l'absence de problèmes technologiques au milieu du débat!), le public ayant voté à 53 % en faveur de la résolution et à 47 % contre cette dernière. Ces résultats indiquent peut-être que, même si nos collègues démontrent un enthousiasme certain à l'égard des soins virtuels, nous avons encore du travail à faire pour optimiser la télé-rhumatologie pour les patients et les professionnels de la santé – et c'est le moment de le faire, puisque les soins virtuels sont là pour rester.

La Société canadienne de rhumatologie a récemment publié un énoncé de position sur les soins virtuels (télé-rhumatologie). Cet énoncé reconnaît qu'il s'agit d'une occasion unique pour notre profession, alors que nous pouvons, de manière responsable, chercher à élargir et à mieux comprendre le rôle que peut jouer la télé-rhumatologie dans les futurs soins à nos patients.

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

# Pleins feux sur les prix pour résumés remis par la SCR en 2021



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

Commandité par la Lupus Society of Alberta

Lauréate : D<sup>re</sup> Raffaella Carlomagno, Université de Toronto

Titre du résumé : *Genetics of Age at Diagnosis in Systemic Lupus Erythematosus*

Superviseure : D<sup>re</sup> Linda Hiraki

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

Commandité par La Société de l'arthrite – Bourse commémorative D<sup>r</sup> Phil Rosen

Lauréate : Kimberley Yuen, Université Queen's, École de

Médecine

Titre du résumé : *Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) a Suitable Screening Tool for Assessing Cognitive Impairment in Patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Compared to the American College of Rheumatology Neuropsychological Battery (ACR-NB)?*

Superviseure : D<sup>re</sup> Zahi Touma

## Meilleur résumé présenté par un résident en rhumatologie

Subventionné par la SCR

Lauréate : D<sup>re</sup> Ariane Barbacki, Université McGill

Titre du résumé : *Damage Trajectories in Systemic Sclerosis Using Group-Based Trajectory Modelling*

Superviseurs : D<sup>rs</sup> Ada Man et Murray Baron

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

Subventionné par la SCR

Lauréat : Andrew Kwan, Université de Toronto

Titre du résumé : *Assessment of the Impact of Interferon Levels on Cognitive Dysfunction in Patients with SLE*

Superviseure : D<sup>re</sup> Zahi Touma

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

Subventionné par la SCR

Lauréate : Luiza Grazziotin, Université de Calgary

Titre du résumé : *Disentangling the Web of Costs Associated with Juvenile Idiopathic Arthritis*

Superviseure : D<sup>re</sup> Deborah Marshall

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

Subventionné par la SCR

Lauréate : D<sup>re</sup> Nadia Luca, Université de Calgary

Titre du résumé : *Choosing Wisely: The Canadian Rheumatology Association Pediatric Committee's List of Items Physicians and Patients Should Question*

## Meilleur résumé présenté par un étudiant de médecine

Subventionné par la SCR

Lauréat : Daniel Levin, Université McMaster

Titre du résumé : *The Fecal Microbiome Differences Between Patients With Systemic Sclerosis With And Without Small Intestinal Bacterial Overgrowth*

Superviseurs : D<sup>res</sup> Maggie Larche et Karen Beattie

## Meilleur résumé présenté par un étudiant de premier cycle

Subventionné par la SCR

Lauréat : Anson Lee, Université McGill

Titre du résumé : *Potential Savings for Canadian Public Drug Insurance Plans Related to Biosimilar Adalimumab*

Superviseure : D<sup>re</sup> Sasha Bernatsky

## Meilleur résumé de recherche par un stagiaire en rhumatologie de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle

Subventionné par la SCR

Lauréate : D<sup>re</sup> Jennifer Lee, Université de Toronto

Titre du résumé : *The Long-Term Cardiac and Non-Cardiac Prognosis of Kawasaki Disease (KD): A Systematic Review*

Superviseurs : D<sup>rs</sup> Brian Feldman et Jessica Widdifield

## Meilleur résumé de recherche pédiatrique présenté par un jeune professeur

Subventionné par la SCR

Lauréate : D<sup>re</sup> Lihi Eder, Université de Toronto

Titre du résumé : *COVID-19 hospitalizations, ICU admission, and death among Ontario residents with immune mediated inflammatory diseases*

## Meilleur résumé de recherche sur la spondylarthrite

Commandité par l'Association canadienne de spondylarthrite

Lauréat : D<sup>r</sup> Sandeep Dhillon, Université McMaster

Titre du résumé : *Radiological Validation of a Novel MRI Reporting System for Axial Spondyloarthritis*

Superviseurs : D<sup>rs</sup> John O'Neill et Raj Carmona

# Les 10 choses les plus importantes à savoir sur l'œil dans votre cabinet de rhumatologie

Par Vanessa Ocampo, M.D., FRCPC

La rhumatologie est une surspécialité qui ne se limite pas uniquement au traitement des maladies de l'appareil musculosquelettique. De fait, l'un des sites anatomiques hors de l'appareil musculosquelettique le plus souvent touché est l'œil. Voici quelques faits qu'il pourrait vous être utile de connaître au sujet des croisements entre ces deux surspécialités.

1. Une connaissance de l'anatomie de base de l'œil et des structures qui peuvent être touchées par des troubles inflammatoires permettra de reconnaître ces troubles plus facilement, de faire une évaluation appropriée et de diriger rapidement le patient vers l'équipe d'ophtalmologie (voir la figure 1)<sup>1</sup>.

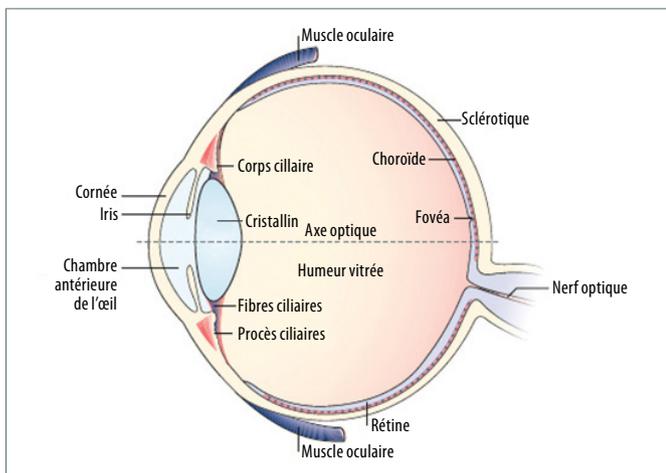


Figure 1. Vue d'ensemble de l'œil

La couche externe de l'œil est constituée de la cornée et de la sclérotique. La couche interne est constituée de la rétine. Dans les affections telles que l'uvéite, le fait de diviser l'œil par segment anatomique peut aider à classer plus facilement l'atteinte oculaire (voir la figure 2) :

- Antérieur : iris
- Intermédiaire : corps ciliaire, corps vitré antérieur, pars plana
- Postérieur : choroïde, rétine et rétine périphérique

2. Parmi les manifestations oculaires les plus souvent associées aux maladies rhumatismales, mentionnons la kératoconjonctivite sèche, l'uvéite antérieure et la sclérite<sup>2,3</sup>.

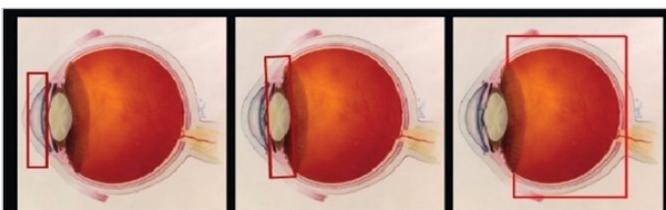


Figure 2. Classification des uvéites

3. En tant que rhumatologues, nous devons nous rappeler que diverses affections rhumatologiques s'accompagnent de multiples manifestations oculaires telles que celles énumérées dans le tableau 1<sup>7,8,9,2</sup>.

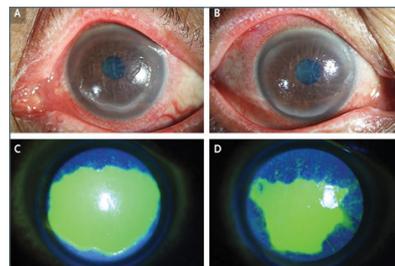


Figure 3. Kératoconjonctivite sèche associée au syndrome de Sjögren<sup>4</sup>

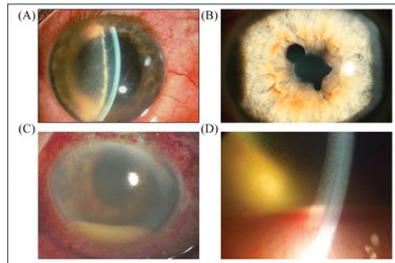


Figure 4. Uvéite antérieure aiguë :  
A) Injection ciliaire  
B) Synéchie  
C) Hypopyon  
D) Masse fibrineuse en partie antérieure du cristallin<sup>5</sup>

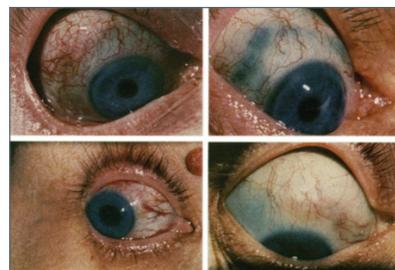


Figure 5. Sclérite en présence de polyarthrite rhumatoïde<sup>6</sup>

4. Environ 40 % des patients atteints de SpA présenteront au moins une manifestation ne touchant pas l'appareil musculosquelettique durant l'évolution de leur maladie<sup>10,11,12,13</sup> :

- L'uvéite antérieure aiguë (UAA) est l'une de ces manifestations qui est souvent associée aux maladies du spectre de la SpA.
- La prévalence de l'UAA est de 22 à 40 % chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante, mais est plus faible dans les autres types d'arthrite (arthrite psoriasique ou arthrite réactionnelle).
- L'antigène HLA-B27 est présent chez 50 % des patients atteints d'UAA.

5. Non traitée, l'uvéite est une importante cause de cécité<sup>14</sup>, derrière les vices de réfraction non corrigés, les cataractes, le glaucome et la rétinopathie diabétique<sup>15</sup>.

- On estime qu'elle serait la cause de 10 à 15 % des cas de cécité aux États-Unis.

**Tableau 1 : Associations ophtalmologiques et rhumatologiques**

Diagnostic ophtalmologique	Association rhumatologique
Maladie inflammatoire orbitaire	GPA*, sarcoïdose, maladie associée aux IgG 4, syndrome de Sjögren, MICI*, maladie de Behçet, PR*, maladie de Still de l'adulte, amyloïdose, troubles histiocytaires
Kératoconjonctivite sèche	PR*, LED*, sclérodémie, syndrome de Sjögren, maladie du greffon contre l'hôte, PCr*
Épisclérite	PR*, vascularite, MICI*, PCr*
Sclérite	PR*, GPA*, SpA*, maladie de Behçet, MICI*, PPR*
Sclérite associée à une kératite ulcéreuse	PR*, GPA*, PCr*, LED*, syndrome de Sjögren, maladie de Behçet, AP, sarcoïdose
Sclérite nécrosante sans inflammation (scléromalacie perforante)	Presque exclusivement associée à la PR
Uvéite	La maladie de Behçet et la sarcoïdose peuvent être présentes dans toute forme d'uvéite.
Antérieure	PR/AJ, SpA, arthropathie non spécifique de l'antigène HLA-B27*, arthrite réactionnelle, AP*, GPA*, MICI*, AJ*, maladie de Kawasaki
Intermédiaire	Sclérose en plaques
Postérieure	AP*, MICI*, LED*, maladie de Horton*, PAN*, GPA*
Panuvéite	LED*, VKH*, maladie associée au HLA-B27*, PCr*, PAN*, dermatomyosite
Vascularite rétinienne	Plus souvent associée à la maladie de Behçet, à la sarcoïdose et à la sclérose en plaques  Moins souvent : vascularite associée aux ANCA, vascularite touchant de gros et moyens vaisseaux, SAPL*  Autres : uvéite associée au HLA-B27*, dermatomyosite, maladie de Takayasu, polymyosite, PCr*, PR*
Neuropathie optique	Maladie de Horton*, LED*, SAPL*

\*GPA : granulomatose avec polyangéite; MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin; PR : polyarthrite rhumatoïde; LED : lupus érythémateux disséminé; PCr : polychondrite récidivante; SpA : spondylarthrite; PPR : pseudopolyarthrite rhizomélique; AJ : arthrite juvénile; AP : arthrite psoriasique; PAN : polyarthrite noueuse; VKH : syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada; SAPL : syndrome des antiphospholipides

**6. Gardez toujours à l'esprit le possible lien œil/intestin<sup>16,17</sup>.**

- La prévalence de la MICI chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante est d'environ 5 à 10 %.
- La prévalence des troubles inflammatoires ophtalmiques chez les patients présentant une MICI varie de 0,3 à 13 % selon la population étudiée.

**7. Le traitement de l'UAA comprend l'administration de cycloplé-  
giques topiques (c.-à-d. l'atropine topique), d'anti-inflammatoires  
non stéroïdiens (AINS), de corticostéroïdes (topiques, intraocu-  
laires, à action générale). Pour les cas récalcitrants, des agents tels  
que des antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM)  
(c.-à-d. le méthotrexate), l'acide mycophénolique ou l'adalimumab  
peuvent être très efficaces.**

**8. Les plus importants effets secondaires causés par certains médi-  
caments utilisés pour traiter des maladies rhumatismales sont  
la maculopathie associée aux médicaments antipaludiques,  
ainsi que les cataractes et le glaucome associés à la prise de  
corticostéroïdes<sup>2</sup>.**

**9. Lorsque vous orientez un patient en ophtalmologie ou lorsqu'il  
vous est adressé par un ophtalmologue cherchant à exclure une  
affection rhumatismale chez un patient atteint de maladie ocu-  
laire inflammatoire, soyez attentif aux analyses et examens de-  
mandés. Les affections rhumatismales ne causent pas toutes une  
atteinte oculaire, comme l'uvéite<sup>9,18-20</sup>.**

Par exemple, un bilan diagnostique utile pour un patient pré-  
sentant une uvéite non classée comprend un hémogramme courant,  
un profil métabolique complet, une analyse d'urine, la vitesse de  
sédimentation érythrocytaire et l'épreuve de détection de la pro-  
téine C-réactive. Selon les résultats de ces analyses et les antécé-  
dents médicaux du patient, des épreuves diagnostiques pour les  
maladies infectieuses, des examens d'imagerie et un dosage d'au-  
toanticorps pourraient être demandés.

- Tous les patients devraient passer une radiographie du thorax, un test VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) et un test FTA-ABS (test d'immunofluorescence absorbée).
- Test de la tuberculine purifiée (PPD) et QuantiFERON : si on soupçonne une exposition à la tuberculose, si résultats évocateurs à la radiographie du thorax ou pour une évaluation préalable au traitement immunomodulateur.
- AAN : seulement chez les enfants atteints d'oligo-arthrite juvénile et d'uvéite (pronostic). N'envisagez ce test chez les adultes qu'en présence d'autres éléments évocateurs d'un LED, d'une maladie anti-C1q ou d'autres maladies associées à des AAN.
- Le typage HLA-B27 est indiqué chez les patients atteints d'une UAA, même en l'absence d'une SpA manifeste (répercussions sur le pronostic).

**10. Compte tenu du nombre élevé de patients vus à la fois par ces  
deux spécialités, les rhumatologues ne doivent pas faire abstrac-  
tion des symptômes oculaires et les ophtalmologistes doivent  
fournir des renseignements précis sur le diagnostic oculaire et  
les éventuelles maladies polysystémiques qu'ils soupçonnent chez  
leurs patients au moment de diriger ces derniers vers un rhuma-  
tologue. Idéalement, les deux spécialités devraient tenir une cli-  
nique mixte pour assurer ensemble le suivi et la prise en charge de  
ces cas complexes. S'il est impossible de tenir des cliniques mixtes,  
un outil de communication devrait permettre d'établir entre les  
deux spécialités une communication claire sur les progrès et la  
prise en charge des patients.**

*Vanessa Ocampo, M.D., FRCPC  
Titulaire d'une bourse de recherche sur le rhumatisme psoriasique,  
Center for Prognosis of Rheumatic Diseases,  
Université de Toronto, Toronto (Ontario)*

☞ Références disponibles en ligne sur le site [www.craaj.ca/index\\_fr.php](http://www.craaj.ca/index_fr.php)

## Références :

- Rosenbaum JT, Asquith M. The microbiome and HLA-B27-associated acute anterior uveitis. *Nat Rev Rheumatol*. 2018; 14(12):704-713. doi:10.1038/s41584-018-0097-2.
- Hamideh F, Prete PE. Ophthalmologic manifestations of rheumatic diseases. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2001; 30(4):217-241. doi:10.1053/sarh.2001.16639.
- Petris CK, Almony A. Ophthalmic manifestations of rheumatologic disease: diagnosis and management. *Missouri medicine*. 2012;109(1):53-58.
- Su Y, Yang C. Keratoconjunctivitis Sicca in Sjögren's Syndrome. *New Engl J Med*. 2020; 383(17):1663. doi:10.1056/nejmicm1910311.
- Rademacher J, et al. Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease Special Collection. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2020 Sep 12;12 doi:10.1177/1759720X20951733.
- Jayson MI, Jones DEP. Scleritis and rheumatoid arthritis. *Ann rheum Dis*. 1971; 30:343. doi:10.1136/ard.30.4.343
- Keratoconjunctivitis Sicca: an overview (ScienceDirect Topics). Accessible sur le site : [www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/keratoconjunctivitis-sicca](http://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/keratoconjunctivitis-sicca) (consulté en mai 2021).
- Granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis: Clinical manifestations and diagnosis – UpToDate. Accessible sur le site : <https://www.uptodate.com/contents/granulomatosis-with-polyangiitis-and-microscopic-polyangiitis-clinical-manifestations-and-diagnosis> (consulté en mai 2021).
- Autoimmune Eye & Ear Disorders | Rheumatology Secrets. Accessible sur le site : <https://expertconsult.inkling.com/read/west-rheumatology-secrets-4e/chapter-75/autoimmune-eye-and-ear-disorders> (consulté en mai 2021).
- van der Heijde D, Ramiro S, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017 Jun; 76(6):978-991. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210770.
- Sieper J, van der Heijde D. Review: Nonradiographic axial spondyloarthritis: New definition of an old disease? *Arthritis Rheum*. 2013; 65(3):543-551. doi:10.1002/art.37803
- Wakefield D, Clarke D, McCluskey P. Recent Developments in HLA B27 Anterior Uveitis. *Frontiers in Immunology*. 2021; 11:3380. doi:10.3389/fimmu.2020.608134.
- Baarsma GS. The epidemiology and genetics of endogenous uveitis: A review. *Current Eye Research*. 1992; 11(S1):1-9. doi:10.3109/02713689208999505.
- The Ocular Immunology and Uveitis Foundation. [uveitis.org](http://uveitis.org/patients/education/glossary/g-l/). Accessible sur le site : <https://uveitis.org/patients/education/glossary/g-l/> (consulté en mai 2021).
- Bourne RRA, Steinmetz JD, Saylan M, et al. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: The Right to Sight: An analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet Global Health*. 2021; 9(2):e144-e160. doi:10.1016/S2214-109X(20)30489-7.
- Troncoso LL, Biancardi AL, de Moraes HV, et al. Ophthalmic manifestations in patients with inflammatory bowel disease: A review. *World J of Gastroenterol*. 2017; 23(32):5836-5848. doi:10.3748/wjg.v23.i32.5836.
- Stolwijk C, van Tubergen A, Castillo-Ortiz JD, et al. Prevalence of extra-articular manifestations in patients with ankylosing spondylitis: A systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2015; 74(1):65-73. doi:10.1136/annrheumdis-2013-203582.
- Bouid N, Jamilloux Y, Chapurlat R, et al. Impact of systemic treatments on the course of HLA-B27-associated uveitis: A retrospective study of 101 patients. *PLoS ONE*. 2020; 15(3). doi:10.1371/journal.pone.0230560.
- Brewerton DA, Hart FD, Nicholls A, et al. Ankylosing Spondylitis and HLA-27. *The Lancet*. 1973; 301(7809):904-907. doi:10.1016/S0140-6736(73)91360-3.
- Park SC, Ham D. Clinical features and prognosis of HLA-B27 positive and negative anterior uveitis in a Korean population. *J Korean Med Sci*. 2009; 24(4):722-728. doi:10.3346/jkms.2009.24.4.722.

# Un bref historique du traitement de la polyarthrite rhumatoïde

Par Reza Mirza, M.D. (d'après une discussion avec le D<sup>r</sup> Arthur Bookman)

« L'une des maladies les plus réfractaires, les plus obstinées et les plus invalidantes qui puissent toucher le corps humain. »  
– Lane et Griffiths, 1890

« Des cas de ruine et de désespoir, dans un sens, une maladie plus maligne que le cancer. »  
– Spender, 1889

## Années 20 :

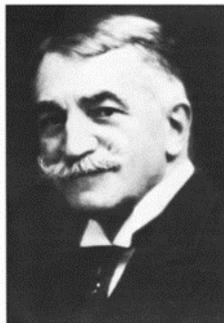
« Tout ce qui est or ne brille pas. »

– J.R.R. Tolkien

En 1929, le D<sup>r</sup> Jacques Forestier, fils d'Henri Forestier, fondateur de la Ligue internationale contre le rhumatisme, a affirmé que la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la tuberculose (TB) partageaient des caractéristiques similaires : maladie fébrile avec leucocytose, anémie et malaise général. Il a émis l'hypothèse que l'or, utile dans le traitement de la tuberculose, pourrait également être utile pour traiter la PR.



D<sup>r</sup> Jacques Forestier



D<sup>r</sup> Henri Forestier

insu portant sur un médicament antirhumatismal. Dans cet essai, on comparait l'or à un placebo. Il n'a pas eu la chance de pouvoir utiliser le score CDAI (*Clinical Disease Activity Index*) ou le système de notation de l'American College of Rheumatology (ACR). Comme il l'a admis lui-même : « Il est difficile de décider des critères à utiliser. » Selon son impression, 42 % des patients ont connu une grande amélioration.

Dans les **années 80**, des traitements oraux à base d'or, plus pratiques mais moins efficaces, ont été mis au point.

Au cours des années qui ont suivi, il a publié un certain nombre de séries de cas sur la chrysothérapie dans *The Lancet*. Il a administré à des patients 250 mg de thiopropanol d'or par voie intramusculaire (IM) toutes les semaines pendant 10 à 12 semaines, a attendu un mois et, dans certains cas, a administré une autre série de traitements.

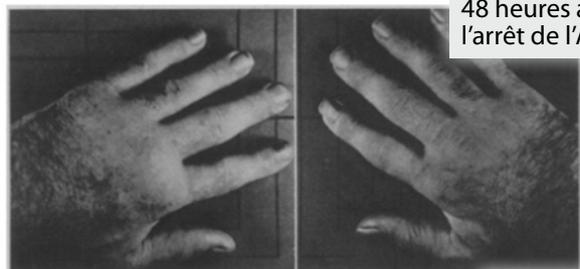
Cinq des 15 patients ont eu une « excellente » réponse, cinq autres ont présenté une « très nette amélioration », deux ont eu une « réponse minimale » et trois n'ont pas vu d'aggravation de leur état. À titre de comparaison, nous citons généralement des taux de réponse biologique de 20 % pour l'ACR70 et de 40 % pour l'ACR50+ (je dis « plus », car les gens comme moi oublient que l'ACR50 inclut l'ACR70).

La controverse sur l'efficacité de l'or s'est poursuivie jusqu'en 1945, lorsque Thomas Fraser a publié les résultats du tout premier essai contrôlé à répartition aléatoire (ECRA) et à double

TRAITEMENT PAR DES SALICYLATES – FREMONG, SMITH et BAYLES



9<sup>e</sup> jour du traitement par l'AAS



48 heures après l'arrêt de l'AAS



72 heures après la reprise de l'AAS

## Aperçu des propriétés cliniques de l'or (ECRA, 1998)

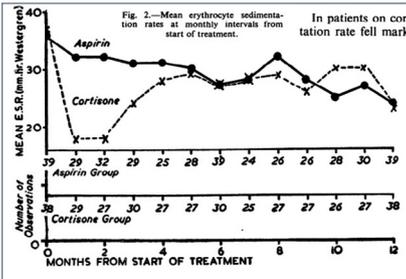
**Efficacité :** L'or a été administré à raison de 50 mg par voie IM une fois par semaine pendant 20 semaines, puis une fois par mois en traitement d'entretien. Les résultats cliniques, de laboratoire et radiologiques étaient comparables à ceux observés avec le MTX administré à raison de 15 mg par semaine par voie orale.

**Effets indésirables (EI) de l'or :** protéinurie, éruption cutanée/prurit, thrombocytopénie, diarrhée.

**SEI graves : Mortalité :** ~ 1 %, 7 décès dans une cohorte d'observation de 750 patients, dus à un purpura hémorragique (3), à une nécrose subaiguë du foie (2), à une agranulocytose (1) et à une dermatite exfoliative (1).

## Mode d'action (de l'or) :

- Les patients traités par l'or présentent une diminution des immunoglobulines, du facteur rhumatoïde et des complexes immuns circulants.
- L'or peut dissocier les peptides antigéniques du complexe majeur d'histocompatibilité de classe II (CMH II), diminuant la présentation de l'antigène, ce qui a été démontré in vivo pour l'allèle HLA-DRB1 (l'épitope partagé).
- L'or inhibe la production de prostaglandines E2.



AAS entérosoluble administré à doses croissantes jusqu'à la dose maximale tolérée. La dose optimale habituelle était de 975 mg QID (3,9 g 1 f.p.j.). La dose était augmentée jusqu'à ce que le patient présente un acouphène, puis diminuée. Ce n'était pas le premier cas où les rhumatologues invoquaient une telle règle.

*D<sup>r</sup> Bookman: « Personne n'a eu d'IM sous aspirine à haute dose. Nous croyions que la maladie rhumatismale protégeait des maladies coronariennes jusqu'à ce que nous passions à l'ibuprofène et au naproxène. »*

## Années 40 et 50 : Rx : AAS à 325 mg 3 co QID – Vous avez bien lu!

L'essai EMPIRE sur les maladies rhumatismales (1955) était l'essai CYCLOPS de l'époque<sup>1</sup>. Cet essai a démontré que l'acide acétylsalicylique (AAS) n'était pas différent de la cortisone sur le plan de l'amélioration du nombre d'articulations touchées et de la vitesse de sédimentation (VS), marquant ainsi le début d'une ère de prolifération des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

## Années 50 : Cortisone

Moment de l'examen	Cortisone	AAS
	Moyenne ± E.-T.	Moyenne ± E.-T.
Début de l'année	12.5 ± 0.22	12.5 ± 0.27
Milieu de l'année	13.3 ± 0.27	12.5 ± 0.31
Fin de l'année	13.3 ± 0.15	13.1 ± 0.20

Aucun signe de saignement (augmentation du taux d'Hb!)

La première fois où les médecins ont réalisé qu'il existait peut-être un agent capable de produire une rémission chez les patients atteints de PR coïncide avec le moment où ils

ont réalisé que les patients atteints de PR qui présentaient une jaunisse se rétablissaient spontanément. La chasse à l'« impressionnant antidote de la nature » était lancée : « Des volontaires atteints de polyarthrite rhumatoïde ont reçu des sels biliaires par voie orale, un dérivé d'un acide biliaire (la déchole) par voie orale et intraveineuse, des extraits de foie par voie parentérale, de la bile de bœuf par proctoclyse (par le rectum) et de grandes quantités de bile humaine par sonde gastrique... » Rien de tout cela n'a fonctionné!

Un autre indice est venu des femmes atteintes de PR qui ont connu une amélioration spectaculaire pendant leur grossesse. Le centre d'intérêt s'est alors déplacé vers les hormones. En 1948, le D<sup>r</sup> Kendall (un biochimiste qui a isolé la thyroxine et plusieurs hormones surrénales, dont la cortisone) et le D<sup>r</sup> Hench, de la clinique Mayo, ont testé le « composé E » (cortisone) chez un patient atteint de rhumatismes à une dose quotidienne de 100 mg par voie IM. Son état s'est amélioré de façon spectaculaire en trois jours.

Cette découverte leur a valu le prix Nobel! Le D<sup>r</sup> Laurence Rubin insiste pour que vous lisiez leur discours d'acceptation du prix Nobel sur leur découverte<sup>2</sup>. Il est très intéressant.

Les 60 années suivantes ont été marquées par le lancement des médicaments que nous connaissons bien. Nous pouvons donc nous contenter de brefs récits :

**Années 60 : AINS.** Le premier AINS a été l'ibuprofène (breveté en 1962, commercialisé en 1969), et le deuxième, le naproxène (breveté en 1967, commercialisé en 1976). À un certain moment, on comptait 15 AINS sur le marché canadien. Les taux de crises cardiaques ont grimpé en flèche. Les hospitalisations pour des complications d'ulcères ont atteint des proportions épidémiques.

**Années 70 : Méthotrexate et cyclophosphamide.** En 1972, Rex Hoffmeister, un rhumatologue praticien de Spokane, dans l'État de Washington, faisait état des effets positifs associés au MTX par voie intramusculaire. Lors de la réunion de l'ACR, on s'est moqué de lui. Il a fallu attendre les années 80 pour que la rigide communauté des rhumatologues mène le premier essai à double insu.

**Années 90 :** Le léflunomide a été approuvé en 1998 aux États-Unis, la même année que l'étanercept.

## Conclusion

À mes yeux, la rhumatologie est la spécialité qui a connu les progrès les plus importants pour les patients au cours des dernières décennies. Mes collègues et moi sommes impatients de voir ce que nous réserve l'avenir. Seules quelques bêtes restent à dompter : la sclérodermie, le syndrome de Sjögren, le loup à plusieurs faces (LED) et les vascularites.

Reza Mirza, M.D., stagiaire en rhumatologie, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

## Références :

1. de Groot, K, et coll. "Pulse versus daily oral cyclophosphamide for induction of remission in antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis: a randomized trial." *Annals of internal medicine*. 2009; 150(10): 670-680.
2. Kendall, E. C. The development of cortisone as a therapeutic agent. *Antibiot Chemother (Northfield)*. 1951; 1(1): 7-15.

## Le Toronto Wellesley Hospital (1963-1998), un service de rhumatologie de 40 lits : Une réflexion du D<sup>r</sup> Bookman

Les patients provenaient de tout l'Ontario, parfois de l'arrière d'une grange, souvent complètement immobiles. Ils étaient hospitalisés pendant plusieurs semaines.

Ils étaient amenés à l'hôpital pour différentes raisons : traitements de physiothérapie, d'ergothérapie et de réadaptation, gestion des médicaments, chirurgie reconstructive et pose d'attelles et d'écharpes. Tous les jours, à midi, la physiothérapie était prodiguée par l'interphone et les patients suivaient le traitement à partir de leur lit.

Il y avait une piscine thérapeutique chauffée. Les patients immobiles étaient soulevés à l'aide d'une sorte de nacelle. Les mains étaient trempées dans de la cire de paraffine chaude (chauffée au bain-marie) pour soulager la raideur matinale avant la physiothérapie des mains.

Tous les jours, les stagiaires en rhumatologie procédaient à plusieurs injections intra-articulaires à la fois chez les patients. Les seuls médicaments à la disposition des médecins étaient l'or, les AINS, la cortisone et la chloroquine. La chloroquine était beaucoup plus efficace que l'hydroxychloroquine, mais elle était associée à des taux plus élevés de toxicité rétinienne et provoquait une toxicité cornéenne altérant la vision nocturne.



## Arthritis + Patient : une app

Par Manisha Mulgund, M.D., FRCPC



Bonjour à tous!

Je m'appelle Manisha Mulgund, je suis rhumatologue à Hamilton, en Ontario. J'ai un intérêt marqué pour l'arthrite inflammatoire au stade précoce. Au milieu du tumulte de l'année 2020, l'application sur laquelle j'ai travaillé pendant quelques années a été lancée!

Je suis très heureuse de vous faire connaître *Arthritis + Patient*, une application d'autosurveillance et d'éducation spécialement conçue pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), de spondylarthrite ankylosante (SA) et d'arthrite psoriasique (AP).

Le diagnostic d'arthrite inflammatoire peut être accablant et stressant pour la plupart des patients. Au début, nos patients doivent faire face non seulement à la douleur et à la baisse de la qualité de vie, mais aussi à la complexité des médicaments et de l'accès aux soins. Ce constat m'a incitée à trouver des façons novatrices d'améliorer leur expérience.

En menant des sondages auprès des patients, j'ai pu comprendre les défis auxquels ils étaient confrontés. Le concept de l'application est né grâce à l'inspiration et au soutien apportés par mes patients, qui ont donné de leur précieux temps et m'ont fait part de leurs réflexions. Mon objectif était de fournir une plateforme pour mieux renseigner et soutenir des patients comme les miens à chaque étape. Cette application est un début pour atteindre cet objectif.

Après des années de travail et de multiples itérations, l'application gratuite pour les patients atteints d'arthrite inflammatoire, *Arthritis + Patient*, a été lancée sur les plateformes iOS et Android.

### Ses principales caractéristiques sont les suivantes :

- **Journal des symptômes :** Ce journal est un outil de type journal intime, avec appareil photo et fonctions de prise de notes et de dictée.
- **Évaluation de la santé :** Selon la maladie, des formulaires particuliers sont accessibles dans cette section. Elle comprend une évaluation de l'état fonctionnel (résultats autocalculés aux questionnaires HAQ, BASDAI ou BASFI, avec graphiques), une évaluation générale (ou historique intermédiaire) et un homoncule cliquable pour marquer les articulations sensibles.
- **Ressources pédagogiques :** Les patients peuvent accéder à des fichiers audio, à des explications écrites sur les maladies, à des recommandations sur le mode de vie et à des sites Web supplémentaires fournissant des renseignements complémentaires.
- **Dossier :** Les patients peuvent facilement consulter leurs données antérieures, telles que les scores d'évaluation. Cette fonctionnalité est très pratique, puisque les patients pourront simplement utiliser un « portefeuille santé » tout-en-un au lieu de leurs différents dossiers et papiers lors de leurs rendez-vous.

Une fois téléchargée, l'application peut être utilisée partout et à tout moment. Il n'est pas nécessaire d'avoir une connexion Wi-Fi pour remplir les formulaires, puisque les données sont statiques et stockées localement.

### Voici comment utiliser l'application :

1. Téléchargez l'application gratuite.
2. Saisissez n'importe quel numéro dans le champ *Demographic Number*; il pourra s'agir d'un numéro de dossier ou d'un numéro d'identification du patient dans le futur.
3. Entrez une adresse électronique. Les patients auront la possibilité de partager leurs dossiers, à leur discrétion.
4. Remplissez le reste du profil en sélectionnant l'une des formes d'arthrite inflammatoire.
5. À ce stade, la configuration est terminée et les patients peuvent utiliser n'importe laquelle des fonctionnalités. Une fois le profil rempli, la fonction d'évaluation de la santé est activée.
6. Remplissez le formulaire de sondage.

Il est facile de se servir des infos contenues dans l'application lors du rendez-vous de votre patient. Les patients remplissent la section d'évaluation de la santé sur l'application avant leurs rendez-vous prévus. Pendant leur visite, vous leur demandez d'indiquer leurs scores et de souligner toutes les notes prises dans l'application dont ils veulent discuter, ce qui vous permet d'être concentré et efficace. Vous gagnez ainsi du temps, car les données sont déjà disponibles.

J'espère que cette application sera un atout pour vous et vos patients en vue d'améliorer la prise de décision partagée. Mon énoncé de mission est le suivant : Respecter, éduquer, autonomiser et améliorer.

Je suis heureuse de collaborer avec mes pairs pour ajouter une nouvelle section à l'application intitulée « Vaccines and Tests » (Vaccins et tests). Dans cette section, les patients pourront en apprendre davantage sur les vaccins et créer leur propre passeport vaccinal.

Je suis très reconnaissante à tous ceux qui m'ont aidé à créer cette application. J'ai rencontré des gens extraordinaires tout au long de mon parcours.

Je vous encourage à télécharger l'application, à l'explorer et à en parler à vos patients. Ensemble, nous pouvons faire mieux et avoir un impact encore plus important sur les soins aux patients. N'hésitez pas à me contacter à l'adresse [specialistshamilton@gmail.com](mailto:specialistshamilton@gmail.com) pour toute question ou commentaire.

Manisha Mulgund, M.D., FRCPC  
Rhumatologue  
Hamilton (Ontario)



# Expériences de patients sur YouTube : *Violin MD*

Par Siobhan Deshauer, M.D., FRCPC

Les médias sociaux sont bien intégrés dans le tissu social, ce qui offre de belles occasions de dialoguer avec des patients et le grand public sur des sujets médicaux. Il y a quatre ans, j'ai créé une chaîne YouTube que j'ai baptisée *Violin MD*, dont l'objectif est de présenter les coulisses du système de soins de santé et des sujets liés à la santé. Quelque 57 millions de vues et 780 000 abonnés plus tard, je dirais que la chaîne a été bien accueillie.



Visitez la chaîne YouTube de la D<sup>re</sup> Siobhan Deshauer, *ViolinMD*, à l'adresse : [www.youtube.com/c/ViolinMD](http://www.youtube.com/c/ViolinMD)

Avec la permission de l'université McMaster et des hôpitaux de Hamilton, j'ai commencé à filmer mon parcours de résidente en médecine interne. Les vidéos sur les gardes et les collaborations avec les professionnels de la santé ont été populaires, mais il manquait à l'expérience le point de vue des patients. J'ai commencé à collaborer avec des patients qui étaient prêts à parler de leur

expérience de la maladie rare ou chronique.

J'ai d'abord interviewé Doug, un type jusque là en bonne santé qui travaillait dans un département de shérif avant de recevoir un diagnostic de granulomatose avec polyangéite (GPA). Doug m'a décrit son tableau clinique et la façon dont il reste positif face à la vie. Son épouse Dot, infirmière à la retraite, m'a parlé des répercussions qu'une maladie chronique potentiellement mortelle peut avoir sur les membres de la famille, et sa crainte que Doug ne rechute.

Après la publication de la vidéo, Doug m'a décrit l'expérience de parler publiquement de son vécu. « Je dois admettre que j'ai dû sortir de ma zone de confort pour participer à la vidéo. Mais, après avoir lu des centaines de commentaires des téléspectateurs, je suis très heureux d'avoir accepté de faire la vidéo, car beaucoup en ont apparemment retiré du positif. » Son rhumatologue a regardé la vidéo avec intérêt et a constaté un fossé entre le point de vue de Doug et la perspective médicale. « L'histoire est bien plus personnelle. Parce que nous abordons le traitement d'un point de vue médical dans nos rencontres, des éléments nous échappent. »

Les 565 commentaires sur la vidéo indiquent que le public sympathise avec les personnes atteintes de maladies chroniques,



La D<sup>re</sup> Deshauer s'entretient avec Doug, un patient. Pour visionner le clip vidéo, rendez-vous sur : [youtu.be/pazegLX4ob0](https://youtu.be/pazegLX4ob0)

ce qui crée une communauté de patients, de membres de la famille et de professionnels de la santé. De nombreux téléspectateurs se sont reconnus dans Doug et ont évoqué leur propre expérience de la maladie chronique. Un jeune de 19 ans a parlé de son combat personnel : « Je viens d'apprendre que je suis atteint d'un cancer du sang rare. C'est très difficile de ne pas savoir ce que l'avenir vous réserve. Je vais m'inspirer de l'attitude de Doug, c'est-à-dire me concentrer sur ce que je maîtrise ». Si d'autres patients se reconnaissent dans l'expérience de Doug, un médecin a écrit : « Je n'avais jamais vu personne qui était atteint de GPA. Cela m'aide à mieux comprendre la maladie et le point de vue du patient. » Un étudiant en médecine a admis que de « voir la personne derrière la maladie et l'entendre parler de son expérience est plus percutant; ça me motive à étudier davantage! »

La création de vidéos et l'interaction avec le public m'ont apporté des bienfaits que je n'avais pas soupçonnés. Le fait d'entendre un patient raconter son expérience sans contraintes de temps et sans avoir à prendre de décisions cliniques me montre que j'interagis avec une personne plutôt qu'avec un patient. Les commentaires encourageants que j'ai eus après avoir montré une certaine vulnérabilité me rappellent que, selon le contexte, les patients souhaitent souvent que leur médecin s'exprime en toute sincérité. J'espère que ces vidéos contribueront un tant soit peu à combler le fossé entre les experts médicaux et le grand public.

*Siobhan Deshauer, M.D., FRCPC*  
Résidente de 4<sup>e</sup> année, Rhumatologie  
Université McMaster  
Hamilton (Ontario)



### Paul Adam – Prix Addie Thomas Service Award

Le prix *Addie Thomas Service Award* est décerné par l'Association of Rheumatology Professionals (ARP) à un membre qui s'est engagé bénévolement dans des activités locales, régionales, nationales ou internationales en lien avec l'arthrite.

En 1989, récemment retraité, Paul a commencé à travailler au Mary Pack Arthritis Program (MPAP), d'abord comme travailleur social, puis dans un rôle administratif. Il a une longue expérience de bénévole au sein de l'Association des professionnels de la santé pour l'arthrite (APSA) et de l'ARP. Son travail et ses activités bénévoles comprennent l'étude ou la mise en œuvre de projets liés aux groupes consultatifs de patients, aux mesures des résultats signalés par les patients, au travail autonome des patients, aux outils de santé en ligne, à l'apprentissage en ligne des professionnels de la santé et aux communautés de pratique. Il est actuellement le président élu de l'APSA.



### Dr Ciarán Duffy – Prix « Maître » de la SCR

Le Dr Ciarán Duffy, rhumatologue pédiatrique, professeur et président du département de pédiatrie de l'Université d'Ottawa et chef du département de pédiatrie du CHEO, lauréat d'un prix « *Master* » de l'ACR qui lui avait été remis lors de la réunion annuelle de l'ACR en novembre 2020, est le lauréat 2021 d'un prix « *Maître* » de la SCR.

« C'est un immense honneur de recevoir un prix "*Maître*" de la SCR et d'ajouter mon nom à la liste des anciens lauréats, dont plusieurs ont été mes mentors et qui constituent un groupe hautement émérite, a déclaré le Dr Duffy. C'est avec beaucoup d'humilité que je reçois ce prix. »

Le prix « *Maître* » de la SCR, récemment créé en 2019, est une haute distinction décernée à des membres de la SCR âgés de plus de 65 ans qui se sont distingués au cours de leur carrière dans l'un des domaines suivants de la rhumatologie : soins cliniques, enseignement, recherche et leadership. Le Dr Duffy satisfait aux exigences dans ces quatre domaines, étant éminemment reconnu à l'échelle nationale et internationale pour ses contributions scientifiques, tout au long de sa très brillante carrière. Félicitations au Dr Duffy pour ce grand honneur.

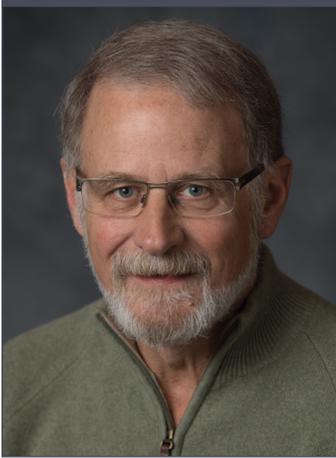


### Dr<sup>e</sup> Mary-Ann Fitzcharles – Prix « Maître » de la SCR

J'ai le privilège et le bonheur d'exercer en rhumatologie depuis 40 ans. En réfléchissant à ces années, comme il est de coutume de le faire à cette étape de la vie, de nombreux souvenirs me viennent à l'esprit. Je vais donc profiter de cette occasion pour sortir de ma zone de confort et oser mentionner quelques personnes inoubliables et quelques situations mémorables qui ont jalonné mon parcours en rhumatologie.

Je serai à jamais reconnaissante envers le regretté professeur Derrick Brewerton, célèbre pour ses travaux sur la HLA B27, qui était mon conseiller et ami à Londres, au Royaume-Uni, et qui m'a orientée vers la rhumatologie; la Dr<sup>e</sup> Dafna Gladman, qui était mon examinatrice lorsque j'ai passé mon examen oral en rhumatologie en tremblant de nervosité; le Dr John Esdaile, avec sa belle écriture au stylo plume, qui a édité nos tout premiers articles sur la fibromyalgie (FM) et m'a expliqué que la FM et la douleur étaient des domaines qui pouvaient être de bons choix pour orienter ma carrière; la Dr<sup>e</sup> Matilde Boisset (une collègue d'il y a un quart de siècle), avec laquelle je me souviens d'avoir pratiquement coupé et collé une feuille de calcul sur la table de la salle à manger alors que nous faisions l'analyse du premier article sur la FM et les abus sexuels; le Dr Chris Pineau, mon patron avisé, compétent, extraordinaire et si spécial; tous les stagiaires qui ont participé à la réalisation de nos études cliniques...

Et puis, tous ces incroyables patients que j'ai eu le privilège de suivre au fil des ans. Pour n'en mentionner que quelques-uns : je revois cette jeune femme atteinte de lupus érythémateux disséminé, admise dans un service de 40 patients à l'hôpital Groote Schuur, au Cap, dans les années 1970, avec des corticostéroïdes pour seul traitement; la fermière manifestant des signes de FM après une chute à vélo, ce qui a donné naissance au concept voulant qu'un état douloureux peut être déclenché par un événement... l'histoire de la FM s'étant ensuite révélée au cours des 20 années qui ont suivi; la ravissante étudiante de 18 ans atteinte de PR qui ne respectait pas du tout son traitement et qui est aujourd'hui une charmante directrice d'école de 50 ans qui suit rigoureusement son traitement et dont la maladie est parfaitement maîtrisée par un médicament biologique; la dame de 80 ans atteinte de PR qui m'a reproché de ne pas prendre en charge sa douleur de manière adéquate, jusqu'à ce qu'elle prenne quelques-uns des analgésiques de son mari; il y avait aussi les biscuits faits maison à Noël, y compris un lot considéré comme « spécial » que je n'ai jamais osé goûter, et les nombreux patients qui, de tant de façons, m'ont appris les nuances de la médecine, ont contribué à l'enseignement de nos étudiants et ont défendu la cause des patients en rhumatologie au Canada.



### **D<sup>r</sup> Jamie Henderson – Prix « Maître » de la SCR**

Le D<sup>r</sup> Henderson, l'un des trois lauréats d'un prix « Maître » 2021 de la SCR, a été rhumatologue en milieu communautaire pendant 35 ans à Fredericton, au Nouveau-Brunswick. Il participe aux activités de la SCR depuis de nombreuses années et a été membre du conseil d'administration, trésorier, membre exécutif, puis président de 2010 à 2012. Le D<sup>r</sup> Henderson a également siégé au conseil d'administration du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)*. Il est actuellement président de la revue *The Journal of Rheumatology*. Au fil des ans, il a aidé la Société de l'arthrite à recueillir des fonds et a participé à de nombreux programmes communautaires au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard. Le D<sup>r</sup> Henderson a reçu la Médaille du jubilé de diamant de la reine à la demande de la Société de l'arthrite en 2012. Il s'est vu décerner le *Prix du rhumatologue émérite* par la SCR en 2020. Il est maintenant à la retraite et essaie de s'améliorer au golf à Fredericton..



### **D<sup>re</sup> Andrea Knight – Prix Mary Betty Stevens MD, Young Investigator Prize, Lupus Foundation of America**

La D<sup>re</sup> Andrea Knight est rhumatologue pédiatrique à l'Hôpital SickKids, scientifique associée à l'Institut de recherche SickKids et professeure adjointe à l'Université de Toronto. Le prix *Mary Betty Stevens MD, Young Investigator Prize* est décerné chaque année par la Lupus Foundation of America en reconnaissance des réalisations exceptionnelles d'un chercheur en début de carrière dans le domaine de la recherche indépendante sur le lupus. La D<sup>re</sup> Knight est la première pédiatre à recevoir le *Young Investigator Prize* pour son travail de recherche sur le fardeau de la morbidité psychiatrique, les résultats et les disparités en matière de santé, ainsi que les stratégies visant à améliorer la prise en charge globale des patients atteints de lupus érythémateux disséminé apparaissant durant l'enfance. Elle mène également des recherches collaboratives au sein de la Childhood Arthritis & Rheumatology Research Alliance (CARRA) en tant que vice-présidente actuelle de la section Lupus et coresponsable du Groupe de travail sur la santé mentale.



### **D<sup>r</sup> Anthony Perruccio – Prix Distinguished Scholar Award**

Le D<sup>r</sup> Anthony Perruccio a reçu le prix *Distinguished Scholar Award* de l'Association of Rheumatology Professionals de l'American College of Rheumatology. Ce prix est décerné à un membre qui a accompli des réalisations exceptionnelles dans le cadre d'activités scientifiques liées à l'arthrite et aux maladies rhumatismales. Le D<sup>r</sup> Perruccio est épidémiologiste et scientifique au Schroeder Arthritis Institute et au Krembil Research Institute, de même que professeur associé à la Dalla Lana School of Public Health de l'Université de Toronto. Ses recherches se concentrent sur l'identification de sous-groupes distincts d'arthrose dans des échantillons cliniques et de population, avec un accent particulier sur l'atteinte pluriarticulaire, les maladies concomitantes, l'inflammation généralisée et les différences entre les sexes. De plus, le D<sup>r</sup> Perruccio collabore étroitement avec la Société de l'arthrite dans le but de rendre accessibles les données sur l'arthrite et d'accroître la sensibilisation au fardeau considérable de la maladie au Canada.

# Résultats du sondage : L'iniquité vaccinale

Au nom du Comité pour l'optimisation des soins

La pandémie a apporté son lot de défis pour pratiquement tous les habitants de la planète, et ces défis ont souvent été exacerbés chez les personnes atteintes de problèmes de santé sous-jacents. Aux fins du présent numéro, nous avons mené un sondage *Articulons nos pensées* portant sur l'iniquité vaccinale dans le contexte de la vaccination contre la COVID-19 qui se poursuit dans l'ensemble du Canada. En février 2021, nous avons contacté les membres de la SCR afin de connaître leur point de vue sur l'iniquité vaccinale au Canada. Nous avons reçu 102 réponses sur un total possible de 578. Un grand merci à tous ceux qui nous ont fait part de leurs commentaires.

La principale question était la suivante : « À votre connaissance, certains de vos patients, qui étaient par ailleurs admissibles à la vaccination contre la COVID-19 selon les critères provinciaux, se sont-ils vu refuser le vaccin à cause d'une maladie auto-immune ou de médicaments qu'ils prenaient pour la traiter? » Environ 20 % des répondants ont dit avoir eu connaissance d'au moins un cas où le vaccin avait été refusé à un patient. Dans la plupart des cas (90 %), il s'agissait de un à cinq patients, bien que 10 % des répondants au sondage aient indiqué en connaître de six à dix.

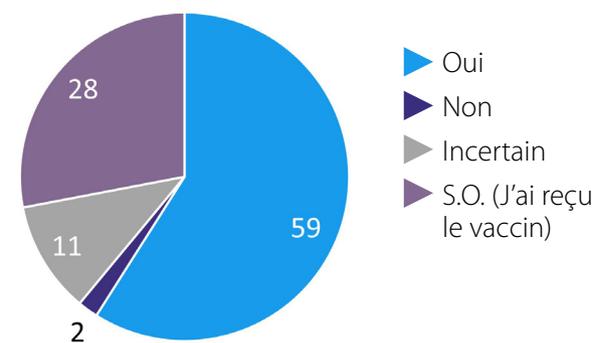
La plupart des patients à qui le vaccin a été refusé étaient des femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde traitées par un anti-rhumatismal modificateur de la maladie (ARMM). La plupart des rhumatologues sont intervenus dans ce contexte à des fins de défense des intérêts des patients. Un thème récurrent qui est ressorti des commentaires reçus était que la vaccination avait été refusée parce que le vaccin n'était « pas recommandé » et « n'avait pas été étudié » chez les patients atteints de maladies rhumatismales, et ces patients devaient présenter des documents de leur rhumatologue indiquant qu'ils pouvaient recevoir le vaccin. Cette situation a alimenté l'hésitation vaccinale chez les patients, en plus d'occasionner des retards importants dans leur vaccination à un moment où

le nombre de cas était en hausse et où les variants préoccupants se propageaient.

Un sondage comparable a également été envoyé à des patients en rhumatologie, en collaboration avec l'Alliance canadienne des arthritiques (ACA) et la Société de l'arthrite, afin de recueillir leurs commentaires (en mars et avril 2021). La grande majorité des 112 réponses reçues sont venues de femmes (96 %), pour la plupart vivant en Ontario (54 %). La moitié seulement des répondants étaient admissibles à la vaccination lorsqu'ils ont répondu au sondage. Seuls quelques répondants (environ 3 %) ont dit s'être vu refuser le vaccin. Ces résultats ne représentent manifestement qu'une infime partie de l'expérience des patients en rhumatologie, étant donné l'autosélection du groupe de répondants et la petite taille de l'échantillon.

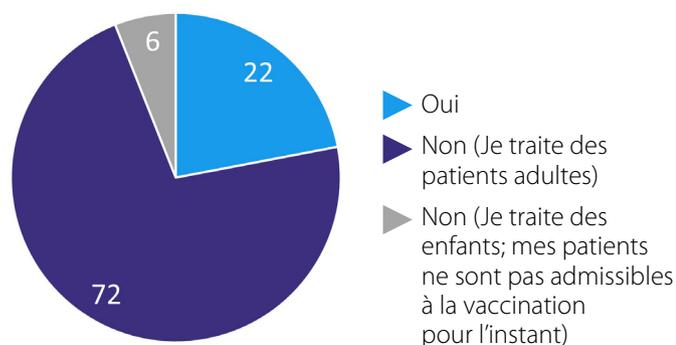
## GRAPHIQUE 2 :

Pourcentage (%) de patients qui avaient l'intention de recevoir le vaccin contre la COVID-19 en date d'avril 2021



## GRAPHIQUE 1 :

Pourcentage (%) de rhumatologues dont un patient s'est vu refuser le vaccin contre la COVID-19 à cause d'une maladie auto-immune ou de médicaments pris pour la traiter (et qui répondait par ailleurs aux critères provinciaux)



\*Février 2021

Puisque la vaccination contre la COVID-19 prend actuellement de l'ampleur dans l'ensemble du Canada et que les critères et les nouvelles qui s'y rapportent évoluent rapidement, il est important de noter que les observations recueillies dans le cadre de ce sondage pourraient ne s'appliquer qu'à une période bien précise.

Ces observations en temps réel peuvent appuyer les efforts continus de promotion de la vaccination contre la COVID-19, alors que nous devons composer avec les rebondissements du déploiement de la vaccination et les effets qui en ont résulté sur les patients atteints de maladies rhumatismales. De façon plus générale, ces observations nous rappellent que nous devons continuer à jouer, d'une manière nuancée et en temps opportun, un rôle de défense des intérêts des patients, comme en témoigne l'excellent travail fait par les comités des lignes directrices et des thérapeutiques de la SCR, en collaboration avec les groupes de défense des patients, tout au long de la pandémie et au-delà.

Si vous avez des commentaires supplémentaires pour la SCR, veuillez contacter Sue Ranta à l'adresse [sranta@rheum.ca](mailto:sranta@rheum.ca).



## Mises à jour de l'Ontario

### Nouvelles du nord de l'Ontario

Par Sahil Koppikar, M.D., FRCPC

Dans le nord de l'Ontario, les soins rhumatologiques continuent d'évoluer. Les D<sup>rs</sup> Saara Rawn et Matthew Piche ont établi des cabinets permanents à Sault Ste. Marie et après quelques semaines, ils affichaient complet! Plus important encore, Saara a eu un petit garçon nommé Matti en septembre 2020!

Les D<sup>rs</sup> Laurence Rubin et Simon Carette ont quitté la région de Timmins après avoir travaillé dans des cliniques itinérantes pendant 30 ans. Leurs soins exceptionnels et leur profond engagement envers la région nous manqueront. Nous avons la chance d'avoir recruté la D<sup>re</sup> Medha Soowamber dans le programme de Timmins, et nous continuerons d'organiser des cliniques tous les trois mois, en plus des consultations virtuelles. Le D<sup>r</sup> Maysam Khalfan, de retour en Ontario après avoir obtenu son diplôme en rhumatologie de l'UBC en 2020, a mis en place avec enthousiasme des cliniques itinérantes à Kapuskasing et à Hearst, où il se rendra plusieurs fois par année.

Par l'intermédiaire du nouveau comité du nord de l'Ontario de l'ORA, nous travaillons à la mise en place de partenariats entre les rhumatologues intéressés et des praticiens cliniciens

avancés en soins pour l'arthrite, comme Jocelyne Murdoch, dans le nord-est et le nord-ouest de l'Ontario. Nous espérons tirer parti des nouvelles compétences en matière de soins virtuels que les rhumatologues ont développées au cours de la pandémie afin de soutenir les communautés rurales et éloignées du nord.

### Le point sur Hamilton

Par Michelle Battish, M.D., M. Sc., FRCPC

À Hamilton, la rhumatologie pédiatrique a connu une forte croissance au cours des dernières années. La D<sup>re</sup> Liane Heale a été embauchée comme troisième rhumatologue pédiatrique en 2018, se joignant ainsi aux D<sup>rs</sup> Battish et Cellucci. Julie Herrington, physiothérapeute et praticienne clinicienne avancée en soins pour l'arthrite, est un autre ajout précieux à notre petit mais puissant groupe! Maddie Fyfe s'est également jointe à notre équipe en tant que physiothérapeute.

L'équipe de rhumatologie pédiatrique a mis sur pied une nouvelle clinique spécialisée pour les enfants et les adultes chez qui on soupçonne une maladie auto-inflammatoire, en partenariat avec nos collègues immunologues/allergologues. Par ailleurs, nous avons étendu notre programme de transition vers les soins rhumatologiques pour adultes en offrant des cliniques de transition deux fois par mois. Notre équipe pluridisciplinaire s'efforce d'améliorer les compétences de nos patients en matière de prise en charge autonome à l'aide d'outils validés, notamment l'application MyTransition.

### Des nouvelles de Kingston

Par Mary Clements-Baker, M.D., FRCPC

À Kingston, la troisième vague n'est certainement pas de tout repos, car nous constatons un débordement provenant de la région du Grand Toronto. Nous accueillons une nouvelle rhumatologue, la D<sup>re</sup> Emma Tang, récemment diplômée aux États-Unis et originaire de la région de Kingston! Nous sommes fiers de mentionner que notre chef de division, la D<sup>re</sup> Mala Joneja, est la directrice de la diversité et de l'équité de la Faculté de médecine de l'Université Queen's. La D<sup>re</sup> Tabitha Kung, le D<sup>r</sup> Tan Towheed et moi-même poursuivons nos fonctions à l'Université Queen's. Le D<sup>r</sup> Henry Averns dispense un enseignement communautaire à nos résidents. La D<sup>re</sup> Roberta Schellenburg prodigue des soins communautaires. Le D<sup>r</sup> Anasstasiades profite de sa retraite, mais se joint à nous pour les rondes. Espérons que nous pourrions nous rencontrer en personne bientôt!



Une cérémonie de remise de diplômes à distance en juin 2020, avec un panier accroché à un bâton de hockey pour remettre les diplômes et une accolade à distance.

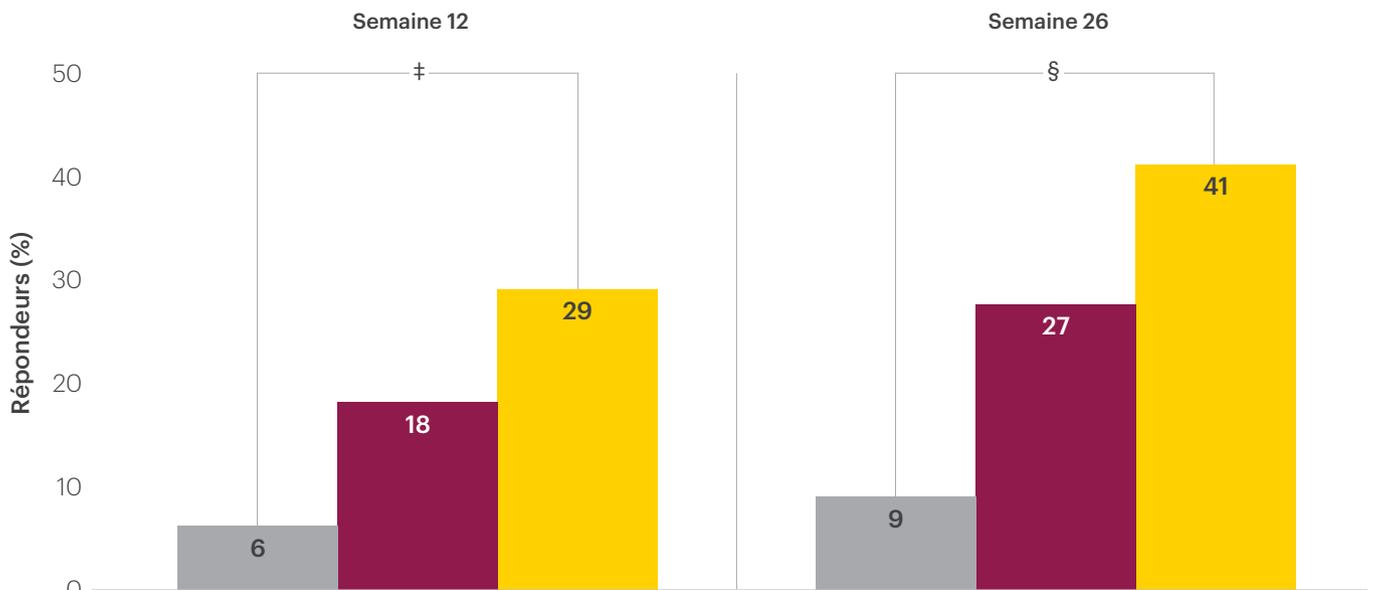
# SAISISSEZ RINVOQ

**RINVOQ** (upadacitinib) est indiqué pour le traitement des adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante ou qui présentent une intolérance au méthotrexate (MTX). RINVOQ peut être utilisé en monothérapie ou en association avec le MTX ou d'autres antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM) non biologiques.

## Rémission clinique (score DAS28-CRP < 2,6; paramètre d'évaluation secondaire) observée aux Semaines 12 et 26 dans le cadre de l'étude SELECT-COMPARE chez des patients n'ayant pas répondu de façon satisfaisante au MTX<sup>¶</sup>

À compter de la Semaine 14, les patients qui n'avaient pas répondu au traitement par RINVOQ pouvaient recevoir de l'adalimumab en traitement de secours; ceux qui n'avaient pas répondu à l'adalimumab ou au placebo pouvaient recevoir RINVOQ administré à l'insu.

### Rémission clinique (score DAS28-CRP < 2,6)



D'après la monographie du produit

- Placebo + MTX
- Adalimumab à 40 mg + MTX
- RINVOQ à 15 mg + MTX

‡  $p \leq 0,001$  pour la comparaison entre RINVOQ et le placebo; comparaison ayant fait l'objet d'un ajustement en fonction de la multiplicité pour corriger les erreurs de type I générales.

§  $p \leq 0,001$  pour la comparaison entre RINVOQ et le placebo; comparaison n'ayant pas fait l'objet d'un ajustement en fonction de la multiplicité pour corriger les erreurs de type I générales.

¶ Aucune conclusion ne peut être tirée à propos de la supériorité de l'association upadacitinib + MTX sur l'association adalimumab + MTX.



Dans le cadre d'une étude menée chez des patients n'ayant pas répondu de façon satisfaisante au MTX, les patients qui ont reçu l'association RINVOQ + MTX ont présenté une variation moyenne du score HAQ-DI\* initial de -0,6, comparativement à -0,3 chez les patients ayant reçu l'association placebo + MTX, à la Semaine 12 (paramètre d'évaluation secondaire;  $p \leq 0,001$ )†.

#### **Utilisation clinique dont il n'a pas été question dans le présent document**

Il ne faut pas utiliser RINVOQ en association avec d'autres inhibiteurs de Janus kinases (JAK) ni avec des ARMM biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

Il faut user de prudence lorsque le traitement par RINVOQ est utilisé chez des personnes âgées.

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

**Infections graves:** Les patients traités par RINVOQ sont exposés à un risque accru d'infections graves pouvant nécessiter une hospitalisation ou entraîner la mort. La plupart des patients ayant contracté ce type d'infections prenaient d'autres immunosuppresseurs en concomitance, comme le méthotrexate ou un corticostéroïde. En cas d'infection grave, il faut interrompre le traitement par RINVOQ jusqu'à ce que l'infection soit maîtrisée. Les infections ayant fait l'objet d'un signalement sont la tuberculose évolutive, pulmonaire ou disséminée, les infections fongiques envahissantes, dont la cryptococcose et la pneumocystose, les infections virales ou bactériennes, dont le zona, et les autres infections causées par des agents pathogènes opportunistes. Les patients doivent se prêter à un test de dépistage de la tuberculose latente avant et pendant le traitement par RINVOQ. Il faut envisager de traiter les infections latentes avant d'entreprendre le traitement par RINVOQ. Il ne faut pas amorcer un traitement par RINVOQ en présence d'une infection évolutive, y compris une infection chronique ou localisée. Les risques et les bienfaits doivent être soigneusement évalués avant d'entreprendre le traitement par RINVOQ chez les patients atteints d'une infection chronique ou récurrente. Les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite visant à déceler l'apparition des signes et symptômes d'une infection pendant et après le traitement par RINVOQ, y compris l'apparition potentielle de la tuberculose chez les patients dont le résultat à l'épreuve de dépistage de la tuberculose latente est négatif avant l'instauration du traitement.

**Cancer:** Des cas de lymphome et d'autres cancers ont été observés chez des patients traités par RINVOQ.

**Thrombose:** Des cas de thrombose, y compris des cas de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire et de thrombose artérielle,

ont été observés chez des patients traités par des inhibiteurs de JAK, dont RINVOQ, pour des maladies inflammatoires. Il faut peser les risques et les bienfaits avant de traiter les patients dont le risque de présenter ces événements pourrait être accru. Les patients qui présentent les symptômes d'une thrombose doivent être évalués rapidement et recevoir un traitement approprié.

#### **Autres mises en garde et précautions pertinentes**

- Élévation des taux de lipides, notamment une élévation du taux de cholestérol total, de cholestérol des lipoprotéines de faible densité et de cholestérol des lipoprotéines de haute densité;
- Perforations gastro-intestinales;
- Troubles touchant le système hématopoïétique;
- Élévation des taux d'enzymes hépatiques;
- Patients atteints d'une infection évolutive par le virus de l'hépatite B ou C;
- Patients atteints d'une insuffisance hépatique grave;
- Utilisation concomitante avec d'autres immunosuppresseurs puissants, des ARMM biologiques ou d'autres inhibiteurs de JAK;
- Immunisation;
- Réactivation virale, notamment du virus de l'herpès (p. ex., le zona) et du virus de l'hépatite B;
- Cancer;
- Élévation du taux de créatine phosphokinase;
- Surveillance et épreuves de laboratoire;
- Femmes enceintes;
- Femmes aptes à procréer;
- Femmes qui allaitent;
- Santé sexuelle;
- Personnes âgées ( $\geq 65$  ans).

#### **Pour de plus amples renseignements**

Veillez consulter la monographie du produit au [rinvoq.ca/mp](http://rinvoq.ca/mp) pour connaître les renseignements importants sur les effets secondaires, les interactions médicamenteuses, la posologie et l'administration qui ne sont pas présentés dans ce document. Vous pouvez également vous procurer la monographie du produit en composant le 1-888-704-8271.

\* 20 questions; 8 catégories: s'habiller et faire sa toilette, se lever, manger, marcher, maintenir une bonne hygiène, atteindre un objet, saisir un objet et accomplir des activités quotidiennes courantes. Score HAQ-DI: 0 = meilleur, 3 = pire; les données illustrées sont des moyennes des moindres carrés de la variation par rapport au début de l'étude dans le groupe.

† Les patients de l'étude SELECT-COMPARE n'avaient pas répondu de façon satisfaisante au MTX; les patients ayant déjà reçu tout au plus un ARMM biologique (sauf l'adalimumab) étaient admissibles (jusqu'à représenter 20% du nombre total de patients) si l'exposition au médicament était limitée (moins de 3 mois) ou s'ils avaient arrêté le médicament pour cause d'intolérance. Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive (N = 1 629) ont été répartis aléatoirement pour recevoir l'un des traitements suivants: RINVOQ à 15 mg + MTX (n = 651), adalimumab à 40 mg + MTX (n = 327) ou placebo + MTX (n = 651). Les patients admissibles avaient au moins 6 articulations enflées et 6 articulations douloureuses, et présentaient une inflammation systémique confirmée par une élévation du taux de protéine C réactive hautement sensible.

DAS28-CRP: Disease Activity Score 28-CRP (score d'activité de la maladie dans 28 articulations et protéine C réactive); HAQ-DI: Health Assessment Questionnaire Disability Index (indice d'invalidité du questionnaire d'évaluation de l'état de santé); MTX: méthotrexate.

**Référence:** AbbVie Canada. Monographie de RINVOQ.

**XELJANZ est  
l'inhibiteur de  
protéines JAK  
le plus délivré  
au Canada<sup>1\*</sup>**

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



## **POLYARTHRITE RHUMATOÏDE**

Pr XELJANZ<sup>MD</sup>/Pr XELJANZ<sup>MD</sup> 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 XELJANZ<sup>MD</sup> (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 XELJANZ<sup>MD</sup> (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- $\alpha$ .

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

