

# CRAISCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



## *Point de mire :* L'effet COVID-19 sur la rhumatologie canadienne

### *Éditorial*

Sauver des vies : plus facile pour les neurologues que pour les rhumatologues?

### *Hommage boréal*

*RheumVision* : Exploiter la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins dans les régions rurales de la Colombie-Britannique

Formés à l'ombre de la pandémie de COVID-19

Comment organiser des réunions virtuelles efficaces  
FMC en petits groupes virtuels

COVID-19 : Innovations dans la diffusion de données scientifiques aux rhumatologues et aux patients

Le bien-être des médecins en pleine pandémie : du bien-être individuel à une culture de compassion

### *Consultation de couloir*

SIME et SIMP : la « soupe à l'alphabet » de l'hyperinflammation liée à la COVID chez les enfants

### *Nouvelles régionales*

Les dernières infos en provenance du Manitoba

### *Articulons nos pensées*

Résultats du sondage :  
Utilisation de la télésanté au Canada

### *Que fait la SCR pour vous?*

Mise à jour sur les initiatives de la SCR

### *Des nouvelles de l'ICORA*

Comment optimiser ses investissements!  
Les tenants et aboutissants des crédits d'impôt à l'investissement de la RS&DE

### *Arthroscopie*

Le Schroeder Arthritis Institute :  
Transformer les soins en arthrologie par la recherche et l'éducation

Un survol de l'ACR Convergence 2020

Société de l'arthrite – Enrichir nos ressources en ligne sur le cannabis médicinal

Combattre les inégalités dans le nord de l'Ontario : regard sur l'avenir

Une stratégie *treat-to-target* contre la goutte

### *In memoriam*

D<sup>r</sup> Robert « Bob » McKendry  
D<sup>re</sup> Hanna Strawczynski

# MAINTENANT INDIQUÉ POUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME PSORIASIQUE ACTIF

## DÉCOUVREZ TREMFYA<sup>®</sup>

### RÉPONSES


**ACR  
20<sup>§§</sup>**

### CHEZ LES ADULTES ATTEINTS DE RHUMATISME PSORIASIQUE ACTIF<sup>1-3\*†</sup>

#### ESSAI DISCOVER-2

64 % (159/248) des patients avaient obtenu une réponse ACR20 à la semaine 24 avec TREMFYA<sup>®</sup> à 100 mg toutes les 8 semaines vs 33 % (81/246) des patients du groupe placebo (paramètre principal,  $p < 0,0001$ )<sup>1,3†</sup>

#### ESSAI DISCOVER-1

52 % (66/127) des patients avaient obtenu une réponse ACR20 à la semaine 24 avec TREMFYA<sup>®</sup> à 100 mg toutes les 8 semaines vs 22 % (28/126) des patients du groupe placebo (paramètre principal,  $p < 0,0001$ )<sup>1,2\*\*</sup>

#### Indications et usage clinique :

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

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

#### Mises en garde et précautions pertinentes :

- Il ne faut pas instaurer de traitement par TREMFYA<sup>®</sup>/TREFMYA ONE-PRESS<sup>™</sup> chez les patients ayant une infection active cliniquement importante tant que l'infection n'est pas guérie ou adéquatement traitée.
- Si un patient contracte une infection grave ou ne répond pas au traitement classique, il faut arrêter le traitement par TREMFYA<sup>®</sup>/TREFMYA ONE-PRESS<sup>™</sup>.
- Les patients doivent faire l'objet d'un dépistage de la tuberculose avant l'instauration du traitement par TREMFYA<sup>®</sup>/TREFMYA ONE-PRESS<sup>™</sup> et d'une surveillance visant à déceler une tuberculose active pendant et après le traitement.
- Il faut envisager l'administration de tous les vaccins avant l'instauration du traitement par TREMFYA<sup>®</sup>/TREFMYA ONE-PRESS<sup>™</sup>.
- L'administration concomitante de vaccins vivants n'est pas recommandée.
- En cas de réaction grave d'hypersensibilité, dont anaphylaxie, urticaire et dyspnée, un traitement approprié doit être instauré et l'administration de TREMFYA<sup>®</sup>/TREFMYA ONE-PRESS<sup>™</sup> doit être arrêtée.
- Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une méthode de contraception adéquate.
- TREMFYA<sup>®</sup>/TREFMYA ONE-PRESS<sup>™</sup> ne doit être utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité évidente.
- Les bienfaits de l'allaitement et les besoins cliniques de la mère doivent être pris en considération.
- L'effet de TREMFYA<sup>®</sup>/TREFMYA ONE-PRESS<sup>™</sup> sur la fertilité humaine n'a pas été évalué.
- L'innocuité et l'efficacité de TREMFYA<sup>®</sup>/TREFMYA ONE-PRESS<sup>™</sup> n'ont pas été évaluées chez les enfants.
- Les données chez les patients de  $\geq 65$  ans sont limitées.

#### Pour de plus amples renseignements :

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

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

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

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

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

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

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

\*\* Les différences entre les traitements, les IC à 95 % et les valeurs  $p$  étaient basées sur le test de Cochran-Mantel-Haenszel stratifié selon le traitement initial par un ARMMc non biologique et par traitement antérieur par un anti-TNF $\alpha$ . ACR20 = amélioration de 20 % du score de l'American College of Rheumatology par rapport au départ; TNF = facteur de nécrose tumorale; IC = intervalle de confiance; TNF $\alpha$  = facteur de nécrose tumorale alpha.

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

# Sauver des vies : plus facile pour les neurologues que pour les rhumatologues?

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP

« Il n'y a pas de différence entre sauver des vies et prolonger des vies, car dans les deux cas, nous donnons aux gens la chance de vivre plus longtemps. »

– Aubrey de Grey, Ph. D., gérontologue biomédical

« Pour sauver des vies » semble être une réponse banale à la question classique posée lors de l'entretien d'admission aux écoles de médecine « pourquoi voulez-vous être médecin? », à l'image de « pour aider les gens », une réponse du même genre, mais moins dramatique. On peut pardonner aux amateurs de drames médicaux à la télévision, tels que *ER*, *Chicago Hope*, *Remedy*, *Grey's Anatomy*, *Saving Hope*, et d'innombrables autres, de penser que nous sauvons trois vies à l'heure avec panache. Nous savons que ce n'est pas le cas, en particulier dans les spécialités cognitives. La rhumatologie est une spécialité qui se consacre à réduire la morbidité, à améliorer la qualité de vie et à accroître l'espérance de vie, plutôt qu'à sauver de manière spectaculaire ceux qui sont sur le point de mourir. Bien sûr, nous pouvons le faire, en traitant les vascularites, la crise rénale sclérodermique, le lupus grave et d'autres, mais pour la plupart d'entre nous, les occasions sont rares.

Deux de mes interventions qui se rapprochent le plus d'interventions qui sauvent la vie mettent en jeu des personnes qui n'étaient même pas mes patients et dont les problèmes étaient d'ordre neurologique, et non rhumatologique. Il y a une vingtaine d'années, une personne avec qui je travaillais en dehors de mon cabinet m'a confié avoir des maux de tête d'apparition récente. Elle m'a également expliqué que sa vision était moins nette, même avec ses nouvelles lunettes. Son médecin généraliste avait demandé un examen de tomodensitométrie (TDM) du cerveau, mais le délai d'attente se comptait en mois et la personne avait du mal à fonctionner au travail. Était-il possible pour moi d'accélérer les choses?

J'ai répondu que je voulais bien demander un examen de TDM à mon hôpital, dans l'espoir que la liste d'attente y serait plus courte. Sous la rubrique « Renseignements cliniques et raison de l'examen », j'ai mentionné les nouveaux maux de tête et les troubles de la vision, suivis de la phrase « exclure une tumeur cérébrale ». Quelques jours plus tard, j'ai été complètement pris au dépourvu lorsqu'un des radiologues de notre hôpital m'a contacté à mon cabinet, m'annonçant que l'examen d'imagerie montrait une masse de six centimètres! Appeler la personne pour lui annoncer la mauvaise nouvelle a été l'un des moments les plus difficiles de ma carrière. Avec l'aide d'une collègue neurologue mariée à un neurochirurgien, nous avons fait en sorte que la personne soit évaluée rapidement dans un centre tertiaire. Heureusement, la tumeur était bénigne et entièrement résécable, et les résultats à long terme ont été excellents.

Plus récemment, une autre connaissance à mon travail semblait ne pas aller très bien. Après m'être renseigné, j'ai découvert qu'elle s'inquiétait pour son partenaire. Dix jours plus tôt, ce re-

traité pleinement fonctionnel avait pris le volant et embouti un véhicule garé dans sa rue, en plein jour, sans raison apparente. Cet incident a été attribué à un bref malaise, et personne n'avait de blessure visible. Par la suite, on a constaté que l'homme avait tendance à se cogner contre les meubles à la maison et qu'il avait de la difficulté à trouver ses mots. Le médecin généraliste a été consulté virtuellement en raison de la pandémie et a demandé des analyses sanguines et un test d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ce qui pouvait prendre plusieurs semaines ou mois.

Mon sixième sens m'a dicté qu'il s'agissait d'une situation urgente. J'ai suggéré d'emmener cet homme directement aux urgences d'un centre tertiaire, dans un hôpital disposant de capacités complètes en neurochirurgie. Le lendemain, j'ai appris qu'il avait été hospitalisé d'urgence. Les examens de TDM et d'IRM ont révélé une tumeur au cerveau. Malheureusement, il s'agissait d'une tumeur maligne qui n'était pas entièrement résécable. Le pronostic était donc mauvais.

Finalement, ai-je fait œuvre utile? Oui. Ai-je sauvé des vies? Probablement pas, bien que j'aie pu éviter à ces deux patients d'être victimes de convulsions avant d'obtenir un diagnostic précis. En fait, je n'ai traité ni l'un ni l'autre. Peut-être que ce type de problème est plus facile à traiter en neurologie (domaine où je ne suis pas un expert, mais que je connais juste assez pour reconnaître une situation à haut risque lorsqu'on me la décrit) que dans ma propre spécialité.

Je pense pouvoir dire sans me tromper que j'ai réussi à mobiliser une équipe multidisciplinaire, accéléré le début du traitement et facilité l'obtention des meilleurs résultats possible dans ces circonstances. C'est peut-être la meilleure réponse à la question « Pourquoi voulez-vous devenir médecin? » : « Pour travailler avec une équipe de professionnels de la santé dans le but d'améliorer les résultats chez les patients, de réduire la morbidité et de soulager la douleur et la souffrance, tout en faisant un travail stimulant, intéressant et bien rémunéré. » Quarante ans après avoir été accepté à l'école de médecine, bien plus en raison de mes notes et des résultats obtenus au *Medical College Admission Test* (MCAT) que de mes brillantes réponses à l'entrevue, je sais ce que j'aurais dû dire. Quoi qu'il en soit, contribuer à sauver une vie de temps en temps est un événement rare, mais très satisfaisant sur le plan personnel et professionnel.

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

# COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

## RÉDACTEUR EN CHEF

**Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP**  
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, photocopie, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : mars 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.

# 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 :

## Groupe de travail sur la télésanté

La pandémie de COVID-19 a obligé les rhumatologues à s'adapter rapidement à l'utilisation de la télésanté et, qu'on le veuille ou non, la télésanté est là pour rester. Le sondage *Articulons nos pensées* de la SCR (page 26) donne un aperçu de la façon dont les services de télésanté sont utilisés et facturés, de même que des difficultés rencontrées par nos membres et les patients.

Le groupe de travail sur la télésanté élabore actuellement un énoncé de position qui peut être utilisé pour la défense des intérêts des personnes, et envisage la mise en place de ressources et de possibilités de formation pour aider à répondre aux besoins qui ont été déterminés par le sondage de la SCR. D'autres annonces seront faites dans les mois à venir. Nous tenons à remercier sincèrement les coprésidents Vandana Ahluwalia, Deborah Levy et Brent Ohata d'avoir dirigé ces efforts.

## Groupe de travail sur la transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes en rhumatologie

Le groupe de travail sur la transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes en rhumatologie cherche à mettre en place une stratégie nationale pour garantir l'accès à des soins de transition de haute qualité dans tout le pays. Dirigé par la D<sup>re</sup> Cheryl Barnabe, ce groupe a été formé à l'automne 2019 pour déterminer les priorités urgentes grâce à une évaluation des besoins de la SCR et à une analyse de l'environnement. D'après les résultats de l'établissement des priorités, les membres du groupe de travail de la SCR et de l'Association des professionnels de la santé pour l'arthrite (APSA) ont pris des mesures pour répondre aux besoins cernés.

Cette liste de priorités comprend notamment la création d'un recueil accessible de ressources pour soutenir les soins de transition dans tout le pays et l'adaptation des lignes directrices sur les soins de transition dans la pratique au Canada, dont la publication est prévue plus tard cette année. Un plan éducatif sera élaboré pour soutenir les activités stratégiques de formation médicale de cycles supérieurs et de perfectionnement professionnel continu. Les membres du groupe de travail organisent des ateliers sur des sujets liés aux soins de transition ainsi que des séances d'orientation et des présentations virtuelles sur les soins de transition. Pour soutenir les efforts de défense des intérêts des patients, le groupe élabore une ressource que les membres de la SCR peuvent utiliser pour faire pression afin d'obtenir le financement dont ils ont besoin afin de soutenir les soins de transition dans leur territoire. Surveillez les annonces de la SCR concernant ces initiatives importantes et indispensables dans les mois à venir.

## Projet de programme national d'études de premier cycle en rhumatologie NURC (*National Undergraduate Rheumatology Curriculum*)

De nombreux étudiants diplômés en médecine manquent de confiance et de compétences dans l'évaluation et la prise en charge des maladies rhumatismales et musculosquelettiques

(MRM). Le manque de consensus entre les rhumatologues sur le volume et la nature de l'enseignement relatif aux MRM à l'école de médecine ainsi que le manque de normalisation des résultats de l'apprentissage de la rhumatologie constituent un obstacle majeur à l'amélioration de cette situation.

L'équipe du Projet de programme national d'études de premier cycle en rhumatologie NURC (*National Undergraduate Rheumatology Curriculum*) de la SCR travaille actuellement à l'élaboration de résultats d'apprentissage qui serviront de ressources pour tous les programmes canadiens d'études de premier cycle en rhumatologie. Une technique Delphi modifiée a été utilisée pour obtenir un consensus sur les résultats d'apprentissage essentiels aux programmes canadiens d'études de premier cycle en rhumatologie et présentée lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR en 2021. D'autres présentations et publications seront préparées dans le but principal de diffuser à l'échelle nationale la liste finale des résultats d'apprentissage à tous les programmes canadiens d'études de premier cycle en rhumatologie d'ici l'été 2021.

## Série de webinaires sur la réponse de la SCR à la COVID-19

La série de webinaires sur la réponse de la SCR à la COVID-19 est née de la nécessité, au début de la pandémie mondiale, de fournir aux prestataires de soins de santé en rhumatologie des ressources pédagogiques supplémentaires pour les aider dans leur travail auprès des patients.

Ces webinaires constituent une activité d'apprentissage collectif agréée (section 1), conformément à la définition du programme de Maintien du certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, et sont approuvés par la SCR. Les séances d'une heure sont élaborées en fonction des besoins déterminés par les membres de la SCR, sont présentées en direct et sont ensuite accessibles à la demande. La série 1, lancée dans les premiers jours de l'épidémie de COVID-19, s'est inspirée des enseignements tirés d'autres pays et a abordé des sujets tels que la télésanté, le dépistage du SRAS-CoV-2 et le parcours du patient en rhumatologie. Au fur et à mesure que nous en apprenons sur la COVID-19, les soins aux patients et les traitements, les besoins de nos membres évoluent, tout comme la série. La série 2, lancée au début de 2021, se concentrera sur la vaccination et l'immunité, les traitements, la télésanté et les données du registre de la COVID Global Rheumatology Alliance. Pour plus d'information, consultez le site <https://rheum.ca/fr/covid19-serie-de-webinaires/>.

## Examen NWRITE (*National Written Rheumatology In-Training Examination*)

Le 12<sup>e</sup> examen NWRITE (*National Written Rheumatology In-Training Examination*) pour les résidents en rhumatologie chez l'adulte propose des comparatifs nationaux fiables et valides entre les résidents. La SCR, en collaboration avec les équipes de programmes de formation, l'a de nouveau proposé en 2020, en anglais et en français. Cet examen formatif (pratique) a été reporté au mois d'octobre afin qu'une rétroaction puisse être fournie avant l'examen du Collège royal des stagiaires.

# RheumVision : Exploiter la télémédecine pour améliorer l'accès aux soins dans les régions rurales de la Colombie-Britannique

Par Brent Ohata, M.D., CM, FRCPC

La pandémie actuelle de COVID-19 a entraîné une adoption généralisée de la télémédecine, ce qui était inconcevable avant la pandémie. Même lorsque la pandémie de COVID-19 sera chose du passé, l'acceptation et l'utilisation de la télémédecine persisteront vraisemblablement.

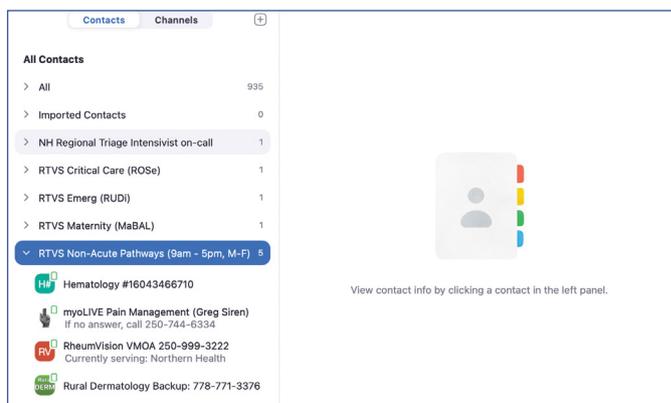
En Colombie-Britannique, nous essayons de tirer parti de ce nouvel engouement pour la télémédecine pour mettre en place une ligne d'assistance vidéo axée sur la rhumatologie destinée aux médecins des régions rurales, appelée *RheumVision*. Le médecin n'a qu'à cliquer sur le lien d'une application pour démarrer un forum de discussion vidéo entre lui, le patient et le rhumatologue de garde. Les données visuelles de la rencontre représentent une amélioration par rapport à la ligne d'assistance téléphonique qui existe actuellement dans la province. En outre, le rhumatologue de *RheumVision* a la possibilité de fournir des soins longitudinaux au patient jusqu'à ce que le rhumatologue local le plus proche puisse prendre la relève.

Cette initiative fait partie d'une série d'applications des plus intéressantes désormais offertes aux médecins des régions rurales de la Colombie-Britannique. Des lignes d'assistance vidéo similaires fournissent également des conseils sur les soins intensifs, la pédiatrie, la médecine d'urgence, la dermatologie, la maternité, l'hématologie, la thrombose et la prise en charge de la douleur, et ce, sur demande et en temps réel. D'autres domaines de surspécialités seront ajoutés éventuellement. Au-delà de l'éducation surspécialisée qu'elle procure, la technologie vidéo facilite également le soutien interventionnel. Des intensivistes ont aidé virtuellement des collègues à procéder à une sédation consciente et à la cardioversion de patients instables. Les rhumatologues de *RheumVision* ont guidé des médecins qui réalisaient leurs premières aspirations articulaires et injections intra-articulaires.

Comme dans de nombreuses régions du Canada, les habitants des zones rurales de la Colombie-Britannique éprouvent souvent des difficultés pour accéder à des surspécialistes médicaux, notamment des rhumatologues. La plupart des rhumatologues de la Colombie-Britannique n'exercent que dans un nombre très restreint de centres urbains et ne se rendent que sporadiquement dans des communautés plus petites et plus éloignées dans le cadre de cliniques itinérantes. Les routes dangereuses, les employeurs intransigeants, les moyens financiers limités et



En ligne avec un médecin de famille et un patient vivant sur une réserve éloignée, située à 14 heures de Vancouver. La patiente souffrait d'une poussée de polyarthrite rhumatoïde et nous avons pu lui prodiguer des soins sans qu'elle ait à quitter sa communauté.



Un aperçu de l'application désormais disponible pour tous les médecins de famille des régions rurales de la Colombie-Britannique.

les difficultés personnelles sont autant de facteurs qui font que les patients des zones rurales manquent leurs rendez-vous en personne. L'amélioration des résultats chez ces patients nécessite un changement dans notre mode de prestation des soins de santé. Bien que l'augmentation des effectifs en rhumatologie dans les zones mal desservies soit depuis longtemps la solution envisagée à ce problème, il y a eu peu de progrès à cet égard.

Des modèles de soins novateurs comme *RheumVision* pourraient réduire les obstacles aux soins que rencontrent de nombreux patients ruraux. Au lieu de devoir faire des heures de route pour voir leur spécialiste, les patients peuvent accéder à leur rhumatologue à leur clinique locale. Les patients sont également vus lorsque leur emploi du temps le permet, et non pas lorsque le rhumatologue est disponible.

L'histoire nous apprend qu'après la peste de 1347, vint la Renaissance. Sans les changements qui ont accompagné l'épidémie de COVID-19, un programme tel que *RheumVision* n'aurait jamais pu être mis en œuvre. Il y a un an, les patients et les prestataires de soins de santé étaient plus réfractaires à la télésanté. L'humanité tout entière a souffert des conséquences de la COVID-19. Toutefois, cette maladie a également accéléré de nombreux changements nécessaires dans la société. Nous espérons que *RheumVision* n'est que la première de nombreuses initiatives bénéfiques à venir.

*Brent Ohata, M.D., CM, FRCPC*  
Professeur adjoint de clinique,  
Division de rhumatologie, Université de la Colombie-Britannique  
Burnaby (Colombie-Britannique)

# Formés à l'ombre de la pandémie de COVID-19

Par Azin Ahrari, M.D., FRCPC; et Peter van Stolk, M.D., FRCPC

Azin Ahrari et Peter van Stolk, stagiaires en rhumatologie à l'Université de la Colombie-Britannique en 202, évoquent ici leur expérience durant la pandémie.

Après avoir terminé notre résidence en médecine interne, nous avons deux ans pour nous préparer à une carrière en rhumatologie. On nous conseille d'interagir avec autant de patients que possible, de palper au moins mille articulations et de favoriser les mentorats pour développer notre expertise. Au cours de cette dernière année, les programmes et les stagiaires ont été forcés de s'adapter à un nouveau monde physiquement éloigné et virtuellement connecté.

En tant que médecins en formation, les horaires et les attentes nous sont généralement présentés sur une feuille à code couleur. Cependant, en mars 2020, nos horaires ont été modifiés en quelques jours. On nous a retiré des cliniques et on nous a demandé de couvrir des services en milieu hospitalier, où on anticipait des besoins.

En juillet 2020, nous avons pu revenir à des rotations régulières, mais nous avons retrouvé des cliniques qui étaient pour la plupart virtuelles. Cela a réduit notre capacité à mettre en pratique des compétences critiques, soit l'examen physique et les injections intra-articulaires. Cependant, nous avons perfectionné nos compétences en matière d'évaluation en télé santé, y compris l'examen physique à distance. Nous avons appris à établir des liens avec nos patients par téléphone ou par vidéo. Nous maîtrisons l'art de savoir quand nos patients ont besoin d'être vus en personne. Il s'agit de compétences que nous ne prévoyions jamais acquérir au début de notre carrière de rhumatologue, mais qui s'avéreront utiles dans cette nouvelle ère de la médecine.

Outre les répercussions sur la formation en rhumatologie, la pandémie a entraîné l'annulation ou la réorganisation de nombreuses réunions nationales et internationales. Le réseautage et le mentorat ont été encouragés dans le cadre d'appels téléphoniques et de réunions sur la plateforme Zoom. Nous considérons comme acquise la possibilité d'entamer une conversation avec un étranger en faisant la queue pour un acheter un café, une interaction aléatoire qui peut déboucher sur une collaboration, un mentorat ou une amitié. En tant que stagiaires en rhumatologie, ces réunions ont joué un rôle essentiel en nous inspirant, en nous aidant à grandir et en nous mettant en contact avec d'autres acteurs du domaine.

La résidence en rhumatologie est également une période où nous effectuons des stages facultatifs itinérants, qui ont été considérablement limités. L'exposition à la rhumatologie dans une autre province ou un autre territoire ne fait pas qu'enrichir nos connaissances : elle peut nous donner la chance de découvrir un programme ou une ville qui nous convient.



Nous devons exprimer notre gratitude envers nos enseignants qui se sont efforcés de répondre à nos besoins de manière créative. Qu'il s'agisse d'examen cliniques objectifs structurés (ECOS) en ligne ou de séries de conférences, nous avons maintenu des liens avec nos collègues malgré l'éloignement physique. La plupart des patients ont appris à nous faire confiance malgré notre capacité limitée à être physiquement à leur côté. Nous sommes reconnaissants plus que jamais envers les travailleurs de première ligne dans la communauté et dans les hôpitaux. Curieusement, nous nous délectons de souvenirs de vols retardés, de taxis et d'hôtels, car ils nous rappellent que nous étions en route pour échanger des connaissances et quelques rires avec de bons amis. Notre formation a peut-être été différente, mais nous sommes possiblement mieux outillés pour servir nos patients atteints de maladies rhumatismales dans un paysage médical postpandémique et orienté sur le virtuel. Nous sommes prêts à relever de nouveaux défis en ce début de carrière, et nous sommes impatients de le faire grâce aux capacités d'adaptation et aux compétences que nous avons acquises au cours de la dernière année!

*Azin Ahrari, M.D., FRCPC  
Résidente en rhumatologie,  
Université de la Colombie-Britannique  
Vancouver (Colombie-Britannique)*

*Peter van Stolk, M.D., FRCPC  
Rhumatologue,  
Kelowna (Colombie-Britannique)*

# Comment organiser des réunions virtuelles efficaces : les conseils avisés reçus des quatre coins de la SCR

Compilation réalisée par Cory Baillie, M.D., FRCPC

La COVID-19 a changé de nombreux aspects de notre vie professionnelle, et la façon dont nous nous réunissons avec nos collègues et d'autres professionnels ne fait pas exception. Les réunions virtuelles peuvent être un outil efficace, mais elles exigent un effort supplémentaire de la part de tous les participants, et surtout du président de la réunion, pour optimiser le temps passé ensemble.

Voici quelques conseils de membres de la SCR, fondés sur leur expérience des réunions virtuelles.

**À faire :** Si vous êtes le président, assurez-vous de vous connecter plus tôt que les autres afin que tous les participants puissent accéder à la réunion. Pour être sûr de commencer à l'heure, demandez à tous les participants de se connecter quelques minutes avant le début de la réunion afin d'éviter toute difficulté technique, surtout si vous utilisez une plateforme moins connue.

– D<sup>r</sup> David Robinson, Winnipeg, et D<sup>r</sup> Ahmad Zbib, Toronto

**À faire :** Optimisez votre environnement en optant pour un espace calme et sans distractions; utilisez des écouteurs avec microphone intégré; placez votre ordinateur portable sur des livres, etc. de manière à ce que votre caméra soit à la hauteur des yeux; maximisez l'éclairage derrière votre caméra et non derrière vous; lorsque vous parlez, essayez de regarder votre webcam et non les images des autres participants.

– D<sup>r</sup> Cory Baillie, Winnipeg

**À faire :** Envisagez de faire un « tour de salle » au début de la réunion. Les gens sont plus enclins à s'exprimer et à participer s'ils ont la possibilité de prendre la parole au moins une fois au début.

– D<sup>re</sup> Joanne Homik, Edmonton

**À faire :** Si vous êtes le président, faites en sorte de favoriser la participation de tout le monde. Si vous remarquez qu'une personne n'est pas très active, envisagez de lui envoyer un message privé par clavardage pour vous assurer qu'elle va bien et lui demander si elle a des idées à communiquer. Certaines personnes sont naturellement plus discrètes, et les réunions en ligne peuvent être un espace trop intimidant pour qu'elles expriment leur opinion.

– D<sup>re</sup> Shahin Jamal, Vancouver

**À faire :** Utilisez librement la fonction de clavardage pour poser des questions, soit en tant que présentateur pour évaluer l'assentiment et la compréhension du groupe, soit en tant qu'auditeur pour susciter une discussion.

– D<sup>re</sup> Evelyn Sutton, Halifax, et D<sup>re</sup> Janet Pope, London

**À ne pas faire :** N'organisez pas de réunions virtuelles comptant un trop grand nombre de participants. Personne ne se sent valorisé et la plupart des participants finissent par passer en mode multitâches au lieu de se concentrer sur la réunion. Tirez profit des outils de salles de réunion virtuelles pour former de plus petits groupes.

– D<sup>re</sup> Shahin Jamal, Vancouver

**À ne pas faire :** N'oubliez pas de prévoir des pauses appropriées. Il est difficile de maintenir l'intérêt en mode virtuel. Pour les réunions plus longues, prévoyez un divertissement spécial pendant une pause prolongée.

– D<sup>re</sup> Trudy Taylor, Halifax

**À ne pas faire :** Ne manquez pas l'occasion d'avoir une interaction plus informelle avec les participants à la réunion. Dans les réunions traditionnelles en personne, ce sont les conversations en aparté avec votre voisin, dans les couloirs et à la pause café qui sont les plus significatives. Ces conversations permettent d'établir des relations qui durent toute la vie. C'est la plus grande perte attribuable aux réunions virtuelles.

– D<sup>re</sup> Vandana Ahluwalia, Brampton

# FMC en petits groupes virtuels

Par Tripti Papneja, M.D., FRCPC

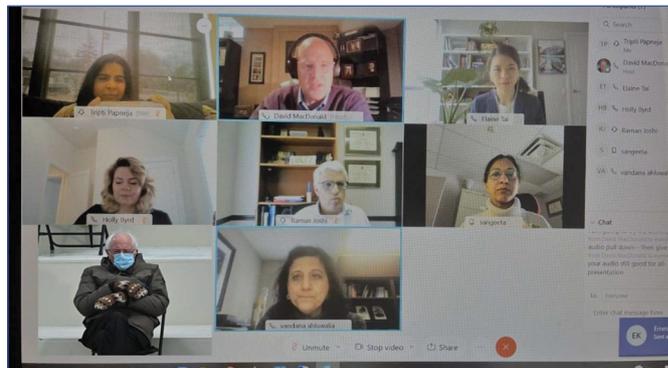
« Ton micro n'est pas activé » a été l'une des phrases les plus fréquemment utilisées en 2020. Traditionnellement, les conférences médicales, les cours de mise à niveau des connaissances et les clubs de lecture ont toujours été des occasions d'apprendre, de rencontrer des collègues en personne et de découvrir de nouvelles villes et de nouveaux restaurants. Notre réalité a changé du tout au tout avec la pandémie de COVID-19 qui se poursuit, et notre besoin de nous tenir au fait des dernières connaissances médicales et de participer à la formation médicale continue (FMC) s'est considérablement accru.

Nous sommes une équipe de quatre rhumatologues qui travaillent ensemble depuis les huit dernières années au service des patients dans la grande région de Brampton. En mars 2020, lorsque nos bureaux ont fermé durant le premier mois du confinement, nous nous sommes rencontrés tous les quatre pour voir comment faciliter la transition vers les soins virtuels aux patients. Nous avons appliqué les meilleures pratiques fondées sur des preuves afin d'offrir à nos patients des visites virtuelles et en personne sécuritaires et efficaces. Cependant, nous nous heurtons à une quantité étourdissante de nouveaux renseignements et à des niveaux de stress sans précédent. Pour répondre au besoin, nous avons repris nos rondes bimestrielles de FMC en mai 2020, en mode virtuel.

Ces dernières années, ces rondes bimestrielles sur l'heure du midi sont parrainées par des compagnies pharmaceutiques, ce qui permet à des experts d'ici et d'ailleurs de différents domaines, de la rhumatologie à la neurologie, de présenter le plus récentes données. De plus, chacun d'entre nous formule ses besoins et ses objectifs en matière d'apprentissage et profite de l'occasion pour approfondir ces apprentissages et les présenter aux autres. Les représentants pharmaceutiques, les agents de liaison des sciences médicales et les représentants des programmes de soutien aux patients ont également la chance de mettre l'équipe au courant des nouvelles avancées, notamment en ce qui concerne les produits et les services. Nous constatons que ce contexte est celui qui nous permet de tirer le maximum de nos interactions avec des représentants pharmaceutiques, tant sur le plan des relations que des présentations de produits.

La transition de nos réunions en personne dans notre la salle à manger de notre bureau à leur tenue virtuelle dans la plateforme Zoom ou Webex s'est faite sans heurts pour notre groupe. La plupart d'entre nous s'étaient déjà dotés de la bonne technologie et amélioré nos compétences techniques afin d'assurer une excellente prestation des soins aux patients par la télémédecine. Nous nous sommes familiarisés avec une variété de plateformes technologiques et avons appris à régler les problèmes à mesure qu'ils se présentaient.

Au cours des derniers mois, nous avons dû composer avec de nombreuses priorités concurrentielles dans le cadre du télétravail, dont la garde des enfants, les tâches ménagères et d'autres distractions inévitables. Une mine d'occasions de FMC en ligne s'offre à nous, mais il est très difficile de nous discipliner à participer à de grandes conférences virtuelles comme les réunions de la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR) et de l'Ame-



Nos tournées de FMC en petits groupes ont eu lieu virtuellement pendant la pandémie. La dernière fois, un visiteur inattendu s'est joint à nous!

rican College of Rheumatology (ACR) ou à des cours de mise à niveau des connaissances depuis notre domicile. Il est donc utile de prévoir du temps expressément pour l'apprentissage avec nos collègues pour satisfaire aux exigences de FMC. Nous avons été en mesure d'examiner en profondeur la plupart des résumés de l'EULAR et de l'ACR durant nos rondes sur l'heure du midi et de présenter des articles de revue d'intérêt et des programmes d'apprentissage agréés. Le fait d'être en petit groupe nous permet amplement d'avoir des dialogues et des discussions auxquels chacun d'entre nous participe pleinement, livrant et analysant nos expériences cliniques. Ces discussions collaboratives régulières sont la clé qui nous permet d'améliorer notre apprentissage et notre rétention des connaissances, ainsi que de comparer nos idées, nos approches et nos attitudes à celles des autres dans un climat collégial.

D'après notre expérience, l'utilité de ces rondes ne se limite pas à la rhumatologie ou aux apprentissages médicaux. Ils nous donnent l'occasion de lancer des idées pour trouver des solutions aux cas cliniques difficiles auxquels nous nous heurtons souvent et de fournir un mentorat au personnel plus jeune de l'équipe, mais aussi de vérifier rapidement si tout le monde se porte bien. Notre niveau de stress diminue du fait que nous nous sentons respectés, estimés et liés les uns aux autres. Nous sommes en mesure de bâtir dans notre bureau une culture d'apprentissage où tous les membres du personnel sont encouragés à prendre part aux pratiques de partage des savoirs.

Les rondes de FMC en petits groupes virtuels sont faciles à mettre en œuvre et constituent un moyen très efficace d'acquérir de nouvelles connaissances et d'apporter des changements aux pratiques. Nous poursuivrons probablement avec une combinaison de FMC virtuelle et en personne dans notre bureau une fois la crise de la COVID-19 résorbée. En cette période sans précédent, il est prudent de continuer d'adapter notre travail et nos pratiques d'apprentissage de façon à offrir des soins optimaux et à accroître notre bien-être.

*Tripti Papneja, M.D., FRCPC  
Professeur clinicien, Université de Toronto  
Hôpital William Osler  
Brampton (Ontario)*

# COVID-19 : Innovations dans la diffusion de données scientifiques aux rhumatologues et aux patients

Par Sindhu R. Johnson, M.D., Ph. D.

**A**fin de répondre efficacement aux besoins de nos patients pendant la pandémie de COVID-19, nous avons procédé à des innovations dans la tenue de nos activités scientifiques et la diffusion des nouvelles connaissances. En ma qualité de présidente du Comité sur la qualité des soins de l'American College of Rheumatology (ACR), j'ai eu la possibilité de participer à quelques initiatives en lien avec la COVID-19 ou d'en superviser.



## Global Rheumatology Alliance

La Global Rheumatology Alliance (GRA) est une organisation de base dont les origines remontent aux médias sociaux et dont la vision consiste à « rassembler la communauté mondiale de rhumatologie pour l'organisation et la diffusion de connaissances précises et complètes afin de faire progresser les soins rhumatologiques dans le cadre de la pandémie de COVID-19 ». De nombreux rhumatologues canadiens ont participé à cet effort, en collaboration avec la Société canadienne de rhumatologie (SCR), notamment les D<sup>rs</sup> Diane Lacaille, Marie Hudson, Carter Thorne, Evelyn Sutton et Louis Bessette. Pour concrétiser cette vision, la GRA dispose de quatre instruments de recherche :

- Registres des fournisseurs
- Enquête sur l'expérience des patients
- Examens systématiques
- Enquête sur la télémédecine auprès des patients

En un an, cette collaboration s'est avérée extrêmement fructueuse. Cette capacité à exploiter les médias sociaux pour rassembler les personnes, recueillir des données, écrire de façon collaborative et publier l'information nécessaire dans un court laps de temps est remarquable. La GRA est un nouveau modèle qui permet non seulement de faire des affaires, mais aussi de mener des activités scientifiques. Pour obtenir une liste des publications de la GRA et de l'ACR en lien avec la COVID-19, visitez les sites [rheum-covid.org/publications/](http://rheum-covid.org/publications/) et [rheumatology.org/Practice-Quality/Clinical-Support/COVID-19-Guidance](http://rheumatology.org/Practice-Quality/Clinical-Support/COVID-19-Guidance).

## Groupe de travail de l'ACR sur l'orientation clinique concernant la vaccination contre la COVID-19

En 2019, le conseil d'administration de l'ACR a approuvé la création du sous-comité d'orientation, chargé de superviser l'élaboration de documents d'orientation pour les domaines cliniques sur lesquels les membres souhaitaient obtenir des conseils ainsi que les domaines pour lesquels les données probantes

sont insuffisantes ou ceux pour lesquels les délais étaient trop courts pour rédiger des lignes directrices plus formelles, axées sur le processus GRADE. Le sous-comité d'orientation de l'ACR compte des rhumatologues canadiens, soit les D<sup>rs</sup> Shahin Jamal et Alex Legge.

L'ACR a réuni deux groupes de travail pour répondre aux besoins des prestataires de services de rhumatologie pendant la pandémie de COVID-19, et j'y ai occupé des postes de direction. Tout d'abord, le groupe de travail clinique sur la COVID-19 a été chargé par la direction de l'ACR de proposer rapidement une orientation aux prestataires de services de rhumatologie concernant la prise en charge des maladies rhumatismales chez les patients adultes pendant la pandémie. L'orientation clinique obtenue, fruit de cet effort, était destinée à faciliter la prise en charge de chaque patient, mais n'était pas censée se substituer à la prise de décision clinique. Au début de la pandémie, ce document a proposé une orientation sur l'utilisation des traitements des maladies rhumatismales, notamment les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA), les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les glucocorticoïdes (GC) et les immunosuppresseurs, après une exposition connue au SRAS-CoV-2 (coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère) et dans le contexte d'une infection active ou présumée par le virus.

Ensuite, le groupe de travail de l'ACR sur l'orientation clinique concernant la vaccination contre la COVID-19 a été créé. Il est composé de rhumatologues, d'infectiologues et d'experts de la santé publique nord-américains travaillant ou ayant travaillé aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Grâce à un équilibre de méthodes consensuelles et de données probantes principalement indirectes tirées de la littérature, une orientation sur l'utilisation du vaccin contre la COVID-19 chez les personnes atteintes de maladies rhumatismales et musculosquelettiques (MRM), et en particulier chez les personnes atteintes de maladies rhumatismales auto-immunes et inflammatoires (MRAII), a été élaborée. Parmi les sujets abordés, citons le risque de contracter la COVID-19, les conséquences de la maladie chez les patients atteints de MRM, l'immunogénicité du vaccin dans le contexte d'une maladie active ou d'un traitement immunosuppresseur, et l'innocuité du vaccin. Nous n'avons obtenu aucune donnée probante justifiant les préoccupations concernant l'utilisation ou le calendrier des traitements immunomodulateurs en rapport avec l'innocuité des vaccins à ARN messenger (ARNm). Par conséquent, une orientation concernant le calendrier d'administration des médicaments immunomodulateurs et des vaccins a été formulée, avec l'intention d'optimiser la réponse vaccinale. Les points forts de l'orientation clinique de l'ACR concernant la vaccination contre la COVID-19 sont résumés dans les tableaux 1 et 2. Le projet de résumé a été approuvé par le conseil d'administration de l'ACR le 8 février 2021; un article complet est en attente d'examen par des pairs pour publication dans une revue scientifique.

## Diffusion de renseignements qui changent rapidement

Au vu de l'apparition rapide de nouveaux renseignements concernant l'association entre les MRM, le risque de contracter la COVID-19, les conséquences de la maladie et l'immunogénicité/l'innocuité du vaccin contre la COVID-19, il est nécessaire d'élaborer des mécanismes pour mettre à jour et diffuser ces nouveaux renseignements. En sa qualité de rédacteur en chef adjoint de la revue *Arthritis and Rheumatology*, le Dr Brian Feldman a joué un rôle essentiel dans l'examen et la diffusion rapides des articles liés

Tableau 1. Sélection de déclarations d'orientation extraites du résumé de l'orientation de l'ACR concernant la vaccination contre la COVID-19 pour les patients atteints de maladies rhumatismales et musculosquelettiques

Déclaration d'orientation	Niveau de consensus
Le fournisseur de soins de santé en rhumatologie est tenu de s'entretenir avec le patient atteint d'une MRM afin d'évaluer son statut vaccinal contre la COVID-19 et d'amorcer un processus de prise de décision commun pour discuter de la vaccination éventuelle du patient contre la maladie.	Fort-moderé
Compte tenu de l'hétérogénéité due aux facteurs liés à la maladie et au traitement, et après prise en compte de l'influence de l'âge et du sexe, les patients atteints de MRAII présentent un risque plus élevé d'être hospitalisés après avoir contracté la COVID-19 et de connaître une issue moins favorable que la population générale.	Moderé
En fonction de leur risque de contracter la COVID-19, les patients atteints de MRAII devraient être vaccinés en priorité, avant la population générale non prioritaire d'âge et de sexe similaires.	Moderé
Chez de nombreux patients atteints de MRAII sous traitement immunomodulateur à action générale, on s'attend à ce que la réponse au vaccin contre la COVID-19 soit plus faible, sur les plans de l'ampleur et la durée, que celle de la population générale.	Moderé
Les membres de la famille et les autres personnes en contact étroit et fréquent avec des patients atteints de MRAII doivent se faire vacciner contre la COVID-19 lorsqu'ils en ont la possibilité afin de favoriser un « effet cocooning » et de protéger ainsi ces patients. La vaccination précoce n'est pas recommandée en priorité pour les membres de la famille.	Moderé

D'après le document <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/COVID-19-Vaccine-Clinical-Guidance-Rheumatic-Diseases-Summary.pdf>

Tableau 2. Orientation concernant le calendrier des traitements immunosuppresseurs et de la vaccination contre la COVID-19

Médicaments	Calendrier du traitement et de la vaccination contre la COVID-19	Niveau de consensus
Hydroxychloroquine; immunoglobulines par voie intraveineuse (IgIV); glucocorticoïdes, < 20 mg/jour d'équivalent prednisone	Aucune modification	Fort-moderé
Sulfasalazine; léflunomide; mycophénolate; azathioprine; cyclophosphamide (oral); inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale; inhibiteurs de l'IL-6R, de l'IL-1, de l'IL-17, de l'IL-12/23 et de l'IL-23; bélimumab; inhibiteurs de la calcineurine oraux; glucocorticoïdes, ≥ 20 mg/jour d'équivalent prednisone	Aucune modification	Moderé
Méthotrexate (MTX)	Suspendre le MTX pendant 1 semaine après chaque dose de vaccin chez les personnes dont la maladie est bien maîtrisée	Moderé
Inhibiteurs de JAK	Suspendre les inhibiteurs de JAK pendant 1 semaine après chaque dose de vaccin	Moderé
Abatacept SC	Suspendre l'abatacept SC 1 semaine avant et 1 semaine après la 1 <sup>re</sup> dose de vaccin contre la COVID-19 (uniquement); pas d'interruption lors de la 2 <sup>e</sup> dose du vaccin	Moderé
Abatacept IV	Planifier la vaccination de sorte que la 1 <sup>re</sup> dose du vaccin soit administrée 4 semaines après la perfusion d'abatacept (soit l'intégralité de l'intervalle posologique), et reporter la perfusion suivante d'abatacept de 1 semaine (soit un intervalle de 5 semaines au total); aucun ajustement nécessaire lors de la 2 <sup>e</sup> dose du vaccin	Moderé
Cyclophosphamide IV	Prévoir l'administration du cyclophosphamide environ 1 semaine après chaque dose de vaccin, si possible	Moderé
Rituximab (RTX)	En supposant que le risque que le patient contracte la COVID-19 est faible ou peut être atténué par des mesures de santé préventives (p. ex. par l'auto-isolement), prévoir l'administration de la 1 <sup>re</sup> dose du vaccin environ 4 semaines avant le prochain cycle de traitement prévu par le RTX; retarder l'administration de RTX de 2 à 4 semaines après la 2 <sup>e</sup> dose du vaccin, si l'activité de la maladie le permet	Moderé

D'après le document <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/COVID-19-Vaccine-Clinical-Guidance-Rheumatic-Diseases-Summary.pdf>

à la COVID du Comité sur la qualité des soins de l'ACR. Les documents d'orientation de l'ACR concernant la COVID-19, qui se présentent sous un nouveau modèle, sont considérés comme des « documents vivants ». Les documents d'orientation sont mis à jour au fur et à mesure de la publication de nouveaux renseignements.

En bref, les rhumatologues canadiens ont participé activement à divers aspects de la réalisation d'activités scientifiques et de la diffusion de données pendant la pandémie de COVID-19. Nous continuerons à travailler ensemble dans l'intérêt des patients que nous servons.

*Sindhu R. Johnson, M.D., Ph. D.*  
*Professeure agrégée de médecine,*  
*Université de Toronto*  
*Scientifique clinicienne, Toronto Western Hospital,*  
*Mount Sinai Hospital*  
*Directrice associée, Programme de recherche sur l'épidémiologie*  
*clinique et les soins de santé*  
*Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation dans*  
*le domaine des soins de santé*  
*Toronto (Ontario)*

# Le bien-être des médecins en pleine pandémie : du bien-être individuel à une culture de compassion

Par Allison Crawford, M.D., Ph. D., FRCPC

Il existe une corrélation entre notre propre bien-être en tant que prestataires de soins de santé et notre capacité à prodiguer des soins de qualité aux patients et aux familles<sup>1</sup>. De plus, au vu de notre investissement considérable dans la prise en charge d'autrui, nous devons également veiller à nous épanouir sur le plan personnel ainsi qu'au sein de nos familles et de nos communautés. Et pourtant, même avant la pandémie, le bien-être des médecins était au cœur des préoccupations.



Une étude récente résume des statistiques alarmantes selon lesquelles jusqu'à 42 % des médecins aux États-Unis déclarent avoir vécu des expériences correspondant à un épuisement professionnel, 14 % d'entre eux ayant même eu des pensées suicidaires<sup>1,2</sup>. De plus, même dans les cas les plus graves, seul un tiers d'entre eux cherchent à se faire soigner<sup>1</sup>. Dans le cadre d'un sondage national réalisé en 2018 par l'Association médicale canadienne, des résultats similaires ont montré que 30 % des médecins canadiens ont fait état de niveaux élevés d'épuisement professionnel, 34 % présentaient des symptômes compatibles avec une dépression et 8 % avaient eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédents<sup>3</sup>.

La pandémie de COVID-19 a alourdi le fardeau de tous, et le bien-être et la résilience des prestataires de soins de santé déjà en difficulté pourraient encore être mis à rude épreuve. Au cours de la pandémie, les prestataires de soins de santé ont présenté des taux supérieurs de détresse, d'insomnie, d'anxiété et de dépression, en particulier les prestataires directement impliqués dans la prise en charge des patients atteints de COVID-19<sup>4</sup>. Parmi les autres facteurs de stress engendrés par la pandémie, citons : l'incertitude et l'anxiété relatives à leur propre bien-être et à celui de leurs proches; l'augmentation des flux de travail et des exigences au travail; l'accroissement de l'isolement et la diminution des possibilités d'activités protectrices, telles que les activités favorisant les liens sociaux; et, pour beaucoup, la perte, y compris la perte de patients<sup>5</sup>. Outre l'incidence directe des exigences accrues et de l'épuisement, beaucoup ont également mentionné

les effets psychologiques néfastes de la détresse morale, ou la détresse qui s'installe lorsque les circonstances existantes sont en contradiction avec les valeurs et les croyances d'une personne<sup>6</sup>.

## Quels sont les signes avant-coureurs de l'épuisement professionnel?

- Sentiment de déprime, de tristesse, de dépression
- Sentiments de colère, d'impatience, d'irritabilité
- Envie de mourir ou pensées suicidaires
- Sentiments moindres de satisfaction au travail et difficulté à y trouver un sens
- Augmentation de l'absentéisme au travail; ou à l'inverse, déploiement d'efforts pour travailler plus/plus dur
- Sentiments moindres de compassion pour les patients
- Augmentation des erreurs médicales

Des mesures d'autoévaluation des symptômes de l'épuisement professionnel peuvent également être employées. La plus couramment utilisée est l'échelle *Maslach Burnout Inventory*<sup>5</sup>. Les travaux récents de Trockel et ses collègues portent également sur un éventail d'expériences allant de l'épuisement à la satisfaction<sup>7</sup>.

## Comment pouvons-nous assurer notre propre bien-être?

Polizzi, Lynn et Perry (2020) offrent un cadre utile pour envisager des interventions utiles, en se concentrant sur le contrôle, la cohérence et la connexion<sup>8</sup>.

Le contrôle comprend des activités qui renforcent nos ressources personnelles par l'adoption de pratiques protectrices, telles que la mise en place de routines, l'hygiène du sommeil et l'exercice. Nous pouvons nous appuyer sur notre connaissance des pratiques d'adaptation qui se sont avérées utiles dans les périodes d'adversité antérieures, et nous pouvons utiliser des outils de suivi, comme les journaux de suivi de l'humeur, du sommeil et des activités, afin de cerner les domaines qui nécessitent une attention particulière.

La cohérence souligne l'importance du sens que nous donnons à l'adversité. En nous interrogeant sur le récit que nous faisons de la pandémie actuelle et sur nous-mêmes, et en réfléchissant à nos propres valeurs, nous pouvons obtenir une nouvelle perspective des événements actuels et de notre propre rôle dans ces événements. Des questions de réflexion sont proposées, notamment : « Qu'est-ce qui est important pour vous? Qu'est-ce qui contribue à votre bien-être, même dans une situation dont vous n'avez pas une maîtrise totale? » La réflexion peut être complétée par des pratiques telles que la pleine conscience, qui peuvent également favoriser une meilleure acceptation de nos réactions émotionnelles ainsi que des situations sur lesquelles nous n'avons que peu de contrôle.

La connexion met l'accent sur notre besoin de soutien et de contacts avec autrui, et sur les avantages connus des liens sociaux pour affronter l'adversité. Les personnes sont encouragées à trouver des moyens de maintenir une connexion significative, même au cœur de mesures de santé publique susceptibles d'intensifier l'isolement.

Toutefois, l'efficacité des interventions visant à réduire l'épuisement professionnel et à renforcer la résilience nécessite davantage de recherches. Une récente revue Cochrane démontre le peu de données probantes concernant les interventions visant à soutenir les prestataires de soins de santé pendant une pandémie<sup>9</sup>. Les facteurs associés à une mise en œuvre efficace des interventions comprennent l'adaptation des interventions aux besoins locaux, une communication efficace au sein des organisations et la garantie d'environnements d'apprentissage sûrs et favorables. Parmi les obstacles corollaires au soutien des prestataires de soins de santé pendant une pandémie, on peut citer le fait que les individus et les organisations ne sont pas conscients des soutiens requis, ainsi que le manque d'équipement, de temps et de compétences du personnel nécessaires pour soutenir les interventions.

Les conclusions de cet article évoquent l'importance d'un quatrième élément, qui pourrait s'appeler Culture, ou peut-être Culture de compassion. La culture et le soutien organisationnels sont essentiels au bien-être des prestataires de soins de santé. Un sondage de l'Association médicale canadienne a notamment conclu que même les médecins personnellement résilients ne sont pas à l'abri d'un épuisement professionnel<sup>3</sup>. En mettant trop l'accent sur l'adaptation et la résilience individuelles, on ne fera probablement qu'aggraver l'épuisement professionnel. Il appartient aux organisations de donner la priorité au bien-être de tous les prestataires et de créer une culture de compassion dans laquelle le bien-être est valorisé et soutenu à tous les niveaux de

l'organisation, et où du temps et des ressources sont consacrés non seulement à assurer la résilience des individus, mais aussi celle des équipes.

#### Références :

1. Yates SW. Physician Stress and Burnout. *Am J Med.* 2020; 133(2):160-164. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.08.034. Epub 2019 Sep 11.
2. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et coll. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA.* 2018; 320(11):1131-1150.
3. Vogel, L. Even resilient doctors report high levels of burnout, finds CMAA survey. *CMAA.* 2018; 190 (43): E1293.
4. Lai J, Ma S, Wang Y, et coll. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020; 3(3):e203976.
5. Norful AA, Rosenfeld A, Schroeder K, et coll. Primary drivers and psychological manifestations of stress in frontline healthcare workforce during the initial COVID-19 outbreak in the United States. *Gen Hosp Psychiatry.* 2021; 69:20-26. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2021.01.001. Publication en ligne avant impression.
6. Anderson-Shaw LK, Zar FA. COVID-19, Moral Conflict, Distress, and Dying Alone. *J Bioeth Inq.* 2020; 17(4):777-782. doi: 10.1007/s11673-020-10040-9. Epub 2020 Nov 9. PMID: 33169271; PMCID: PMC7652046.
7. Trockel M, Bohman B, Lesure E, et coll. A Brief Instrument to Assess Both Burnout and Professional Fulfillment in Physicians: Reliability and Validity, Including Correlation with Self-Reported Medical Errors, in a Sample of Resident and Practicing Physicians. *Acad Psychiatry.* 2018; 42(1):11-24.
8. Polizzi C, Lynn SJ, Perry, A. Stress and Coping in the Time of COVID-19: Pathways to Resilience and Recovery. *Clinical Neuropsychiatry.* 2020; 17(2): 59-62.
9. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, et coll. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;11:CD013779.

Allison Crawford, M.D., Ph. D., FRCPC  
Psychiatre, Centre for Addiction and Mental Health  
Chef associée, Santé mentale virtuelle  
Professeure agrégée, Département de psychiatrie,  
Université de Toronto  
Médecin en chef, Service canadien de prévention du suicide  
Toronto (Ontario)

#### Ressources

**Si vous présentez l'un des signes d'épuisement énumérés ci-dessus, veuillez contacter un collègue de confiance. La plupart des organisations disposent d'un programme de bien-être des employés ou de santé au travail.**

- Carrefour du bien-être des médecins de l'Association médicale canadienne : [www.cma.ca/fr/carrefour-bien-etre-medecins](http://www.cma.ca/fr/carrefour-bien-etre-medecins)
- Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), La santé mentale et la COVID-19 – Ressources destinées aux travailleurs de la santé : [www.camh.ca/fr/info-sante/mental-health-and-covid-19/information-for-professionals](http://www.camh.ca/fr/info-sante/mental-health-and-covid-19/information-for-professionals)
- Numéro de téléphone du Service canadien de prévention du suicide (accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, toute l'année) : 1-833-456-4566

# SIME et SIMP : la « soupe à l'alphabet » de l'hyperinflammation liée à la COVID chez les enfants

Par Tala El Tal, M.D.; et Rae S. M. Yeung, M.D., FRCPC, Ph. D.

## Cas du patient :

Un garçon de huit ans, originaire du sud de l'Asie, auparavant en bonne santé, est emmené au service des urgences après quatre jours de fièvre persistante, de douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée, accompagnés d'une conjonctivite bilatérale non purulente, d'une éruption cutanée sur la poitrine, les membres inférieurs et la paume des mains, ainsi que de rougeur, d'enflure et de gerçures des lèvres. Quatre semaines auparavant, son père a reçu un résultat positif au coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) sur prélèvement nasopharyngé. À l'époque, le garçon était asymptomatique et n'a pas subi de test de dépistage. À son arrivée au service des urgences, il présentait une hypotension artérielle (78/47 mm Hg) et sa fréquence cardiaque était de 150 battements/min malgré l'administration de 40 ml/kg de liquide. Il était froid au toucher et présentait un allongement du temps de remplissage capillaire.

À son admission, les résultats de laboratoire étaient significatifs : taux de protéine C-réactive (CRP) nettement élevé, thrombocytopénie, lymphopénie, hyperferritinémie, hypoalbuminémie, hypertriglycéridémie, taux d'enzymes hépatiques élevé, coagulopathie et taux de troponine I et de peptides natriurétiques NT-proBNP (*N-terminal-pro-Brain Natriuretic Peptide*) nettement élevés. Un échocardiogramme a mis en évidence une réduction de la fonction systolique du ventricule gauche et une dilatation de l'artère descendante antérieure gauche. Un électrocardiogramme (ECG) a montré des anomalies non spécifiques de l'onde T. Les résultats des tests de détection répétés du SRAS-CoV-2 par PCR sur des prélèvements nasopharyngés étaient indéterminés, mais les tests sérologiques ont révélé la présence d'anticorps IgG anti-COVID-19. Un syndrome inflammatoire multisystémique chez l'enfant (SIME), également connu sous le nom de syndrome inflammatoire multisystémique pédiatrique (SIMP), temporellement associé au SRAS-CoV-2, a été diagnostiqué chez l'enfant. Il a été admis à l'unité de soins intensifs (USI) où il a nécessité un traitement inotrope pour sa dysfonction cardiaque. Il a aussi reçu des immunoglobulines par voie intraveineuse (IgIV) et des stéroïdes comme agents immunosuppresseurs afin de lutter contre l'hyperinflammation, ainsi que des doses antiplaquettaires d'AAS. Son état de santé s'est amélioré de façon spectaculaire, puisqu'il n'a été hospitalisé que quatre jours, dont les deux premiers à l'USI. À sa sortie de l'hôpital, on lui a prescrit un sevrage des stéroïdes sur une période de trois semaines. Il s'est complètement rétabli et n'a pas présenté de séquelles cardiovasculaires à long terme.

Àu début de la pandémie de COVID-19, on pensait que la plupart des enfants étaient asymptomatiques ou qu'ils présentaient des manifestations bénignes de la maladie. À partir d'avril 2020, les cliniciens travaillant dans les epicentres de la COVID-19 ont observé l'émergence de grappes de cas d'enfants d'âge scolaire présentant de la fièvre et des caractéristiques de la maladie de Kawasaki (MK) et du syndrome du choc toxique (SCT) à la suite des éclosions de COVID-19 dans leurs communautés. Des alertes ont été lancées auprès de la communauté médicale, et différents noms et différentes définitions de cas ont été proposés (rendez-vous sur [www.cps.ca/fr/documents/position/SIME](http://www.cps.ca/fr/documents/position/SIME) pour plus d'information)<sup>1</sup>. Pour les besoins de cet article, le terme SIME sera utilisé. Cette brève mise à jour portera principalement sur trois questions pratiques :

1. Quand soupçonner le SIME?
2. Comment aborder l'évaluation diagnostique du SIME?
3. Comment traiter le SIME?

## Quand soupçonner le SIME?

Les signes et les symptômes du SIME coïncident largement avec ceux de la maladie de Kawasaki (MK) et du syndrome du choc toxique (SCT). La MK est un syndrome hyperinflammatoire qui se présente sous la forme d'une vascularite multisystémique aiguë

touchant les jeunes enfants. Les principales caractéristiques sont les suivantes : (1) infection conjonctivale bilatérale; (2) éruption cutanée polymorphe; (3) érythème et œdème des mains et/ou des pieds, (4) lymphadénopathie cervicale, et (5) modifications touchant la muqueuse buccale, en présence d'au moins 5 jours de fièvre. On sait que la MK a une prédilection pour les artères coronaires, où un anévrisme se forme dans 25 % des cas non traités<sup>2</sup>.

De même, les enfants atteints de SIME présentent une fièvre persistante et une atteinte multiorganique (cardiaque, hématologique, gastro-intestinale, neurologique, rénale et/ou dermatologique) survenant généralement de 3 à 6 semaines après une exposition au SRAS-CoV-2<sup>3,4</sup>, ce qui évoque une hyperinflammation postinfectieuse sous-jacente à la biopathologie<sup>5</sup>. Comme la MK, le SIME est un syndrome présentant un large éventail de phénotypes cliniques. Divers syndromes d'hyperinflammation associés à la COVID-19 a été proposé<sup>6,7</sup> avec trois schémas cliniques parallèlement au spectre d'hyperinflammation dans le SIME : choc, MK et fièvre avec inflammation, reflétant le continuum de la gravité de la maladie. Les premiers rapports faisaient état des principales caractéristiques cliniques suivantes : myocardite, dysfonction myocardique et choc manifeste nécessitant un traitement inotrope. Certains patients ont présenté un anévrisme coronarien, ainsi qu'un syndrome d'activation macrophagique

Tableau 1.

## Caractéristiques de laboratoire et caractéristiques cliniques types du SIME

	Atteinte organique	Résultats signalés dans les cas de SIME
Caractéristiques	Gastro-intestinale	Douleurs abdominales Nausées/vomissements Diarrhée
	Cardiovasculaire	Choc/hypotension Myocardite Épanchement péricardique Dysfonction valvulaire
	Neurologique	Céphalées Altération de l'état mental/ confusion
	Dermatologique	Éruption cutanée Modifications touchant la muqueuse buccale (érythème et langue de couleur rouge fraise) Conjonctivite Rougeur et enflure des mains et des pieds
	Rénale	Atteinte rénale aiguë
	Respiratoire (rare)	Maux de gorge, congestion, toux, essoufflement, douleur thoracique, épanchement pleural
Mesures de laboratoire	Protéine C-réactive	↑↑↑
	Globules blancs	↑↑
	Lymphocytes	↓↓
	Neutrophiles	↑↑
	Plaquettes	↓
	Ferritine	↑↑
	Albumine	↓
	Alanine aminotransférase (ALT)	↑
	Aspartate aminotransférase (AST)	↑
	Sodium	↓
	INR	↑
	TPT	↑
	Fibrinogène	↑
	D-dimères	↑↑
	Triglycérides	↑
	Troponine	↑
	NT-pro-BNP	↑
Examens cardiaques	Échocardiographie	Dysfonction cardiaque et lésions aux artères coronaires
	Électrocardiogramme	Anomalies de la conduction cardiaque

(SAM). Il a également été observé que le SIME touche généralement les enfants en bonne santé et, de manière disproportionnée, les enfants de type non caucasien, les enfants d'origine africaine,

hispanique et sud-asiatique étant davantage touchés. La contribution de facteurs environnementaux et/ou génétiques n'a pas été élucidée, des taux plus élevés de COVID-19 ayant été constatés dans les communautés touchées.

### Comment aborder l'évaluation diagnostique du SIME?

Le degré de suspicion du SIME doit être élevé chez les enfants vivant dans les zones où la prévalence de la COVID-19 est élevée et qui présentent une fièvre prolongée de même que des caractéristiques d'inflammation à l'observation clinique et aux résultats de laboratoire. Le SIME est généralement précédé d'une infection connue par le SRAS-CoV-2 chez l'enfant ou un membre de la famille plusieurs semaines avant l'apparition du syndrome. Les enfants peuvent présenter des caractéristiques de la MK et/ou du SCT et, souvent, les douleurs abdominales et autres signes gastro-intestinaux sont importants. Il convient de noter que le SIME est un diagnostic d'élimination et que d'autres causes de maladie fébrile chez les enfants, y compris d'autres étiologies infectieuses et non infectieuses, doivent être considérées. Le tableau 1 résume les résultats de laboratoire et les observations cliniques généralement signalés dans les cas de SIME. Les patients présentent des signes d'un état hyperinflammatoire, qui se manifeste par des résultats de laboratoire indiquant un taux de protéine C-réactive (CRP) nettement élevé et des mesures compatibles avec une infection virale (lymphopénie) et un SAM, y compris une thrombocytopenie et un taux de ferritine sérique élevé<sup>6</sup> qui, avec l'hyponatrémie, et des taux de troponine et de NT-pro-BNP élevés, constituent des résultats de laboratoire préoccupants qui évoquent un phénotype de maladie plus grave<sup>8</sup>.

### Comment traiter le SIME?

Bien que la littérature sur le SIME s'enrichisse rapidement, la prise en charge s'est principalement appuyée sur les connaissances extrapolées du traitement de la MK. Plusieurs groupes ont réuni des experts afin d'élaborer des lignes directrices, notamment l'American College of Rheumatology (ACR), qui a rédigé des lignes directrices pour l'évaluation et le traitement du SIME<sup>8</sup>. Les enfants atteints de SIME admis à l'hôpital doivent être pris en charge par une équipe multidisciplinaire (rhumatologie, cardiologie et autres spécialités, selon les besoins). La pierre angulaire du traitement est l'immunomodulation. Le traitement recommandé pour tous les enfants devant être hospitalisés en raison d'un SIME consiste en une immunosuppression progressive, en commençant par une forte dose d'IgIV (2 g par kg par dose) comme traitement de première intention. Un traitement d'appoint par glucocorticoïdes à dose faible ou modérée (prednisone 1-2 mg/kg/j) est recommandé chez les patients gravement atteints présentant un risque élevé de graves complications coronariennes, ou comme traitement en cas d'échec des IgIV. Chez les patients qui présentent une atteinte d'un organe critique nécessitant un traitement inotrope, ou chez ceux qui présentent une résistance aux IgIV et aux stéroïdes à dose faible ou modérée, il est recommandé d'administrer des glucocorticoïdes à forte dose (de 10 à 30 mg/kg/j). L'administration d'antagonistes de l'IL-1, comme l'anakinra (> 4 mg/kg/j), peut être envisagée chez les patients dont la maladie est réfractaire aux IgIV et à la corticothérapie, ainsi que chez ceux qui présentent des caractéristiques du SAM. Un suivi rigoureux, au moyen d'analyses de laboratoire et d'examen cardiaques en série, permettra de déterminer la durée de l'immunosuppression et la diminution de la dose, avec un sevrage général des stéroïdes sur une période de 2 à 3 semaines, voire plus, étant donné le taux élevé de rebond de l'inflammation constaté en cas de diminution

# 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.



## SIME et SIMP (suite de la page 15)

plus rapide<sup>8</sup>. D'autres traitements immunomodulateurs ont été utilisés et décrits dans la littérature, notamment le tocilizumab (inhibiteur de l'IL-6) et l'infliximab (inhibiteur du TNF)<sup>9,10</sup>, mais les données disponibles sont insuffisantes pour que l'on puisse formuler des recommandations claires. Comme dans les cas de MK, les patients atteints de SIME sont traités avec de l'AAS à faible dose (de 3 à 5 mg par kg par jour) comme thromboprophylaxie antiplaquettaire. Une anticoagulothérapie par l'énoxaparine doit être envisagée chez les patients atteints d'un SIME et présentant des anévrismes des artères coronaires, conformément aux directives de prise en charge de la MK, et chez ceux qui présentent un dysfonctionnement modéré ou grave du ventricule gauche (fraction d'éjection < 35 %)<sup>8</sup>.

Il est recommandé de procéder à des mesures en série des paramètres cliniques et de laboratoire, y compris par ECG et échographie, dans le cadre du suivi complet suivant la sortie de l'hôpital.

En résumé, le SIME est un syndrome hyperinflammatoire post-infectieux temporellement associé aux infections par le SRAS-CoV-2 chez les enfants. Il existe un vaste éventail de maladies dont beaucoup partagent des caractéristiques avec la MK, et les enfants les plus gravement touchés présentant un choc cardiogénique et un SAM. L'immunomodulation est le fondement de la prise en charge thérapeutique, la plupart des enfants répondant rapidement au traitement. Le SIM reste une complication rare de l'infection par le SRAS-CoV-2.

## Références et lectures suggérées :

- Berard RA, Scuccimarrì R, Haddad EM, et coll. Paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with COVID-19. Ottawa : Société canadienne de pédiatrie; 6 juillet 2020. Accessible sur le site : <https://www.cps.ca/fr/documents/position/SIME> (consulté en février 2021). Google Scholar
- McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, et coll. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2017;135(17):e927-e999.

- Soma VL, Shust GF, Ratner AJ. Multisystem inflammatory syndrome in children. *Curr Opin Pediatr*. 1<sup>er</sup> février 2021; 33(1):152-158. doi: 10.1097/MOP.0000000000000974. PMID : 33278107.
- Kabeerdoss, J., Pilania, R.K., Karkhele, R. et coll. Severe COVID-19, multisystem inflammatory syndrome in children, and Kawasaki disease: immunological mechanisms, clinical manifestations and management. *Rheumatol Int* 41, 19–32 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00296-020-04749-4>
- Henderson, L.A., Yeung, R.S.M. MIS-C: early lessons from immune profiling. *Nat Rev Rheumatol* 17, 75–76 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41584-020-00566-y>
- Ahmed M, Advani S, Moreira A, et coll. Multisystem inflammatory syndrome in children: A systematic review. *EClinicalMedicine*. 26 sept. 2020; 26:100527. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100527. Publication en ligne le 4 sept. 2020. PMID : 32923992; PMCID : PMC7473262.9
- Yeung RS, Ferguson PJ. Is multisystem inflammatory syndrome in children on the Kawasaki syndrome spectrum? *J Clin Invest*. 2 nov. 2020; 130(11):5681-5684. doi: 10.1172/JCI141718. PMID : 32730226; PMCID : PMC7598074.
- Henderson LA, Canna SW, Friedman KG, et coll. American College of Rheumatology Clinical Guidance for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated With SARS-CoV-2 and Hyperinflammation in Pediatric COVID-19: Version 1. *Arthritis Rheumatol*. Nov. 2020; 72(11):1791-1805. doi: 10.1002/art.41454. Publication en ligne le 3 octobre 2020. PMID : 32705809; PMCID : PMC7405113.
- Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, et coll. Overcoming COVID-19 Investigators; CDC COVID-19 Response Team. Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents. *N Engl J Med*. 23 juillet 2020; 383(4):334-346. doi: 10.1056/NEJMoa2021680. Publication en ligne le 29 juin 2020. PMID : 32598831; PMCID : PMC7346765.
- Whittaker E, Bamford A, Kenny J, et coll. Clinical Characteristics of 58 Children With a Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally Associated With SARS-CoV-2. *JAMA*. 2020;324(3):259–269. doi:10.1001/jama.2020.10369

Rae S. M. Yeung, M.D., FRCPC, Ph. D.

Chaire Hak-Ming et Deborah Chiu de recherche en pédiatrie translationnelle

Professeure de pédiatrie, d'immunologie et de sciences médicales, Université de Toronto

Chercheuse principale et rhumatologue, The Hospital for Sick Children Toronto (Ontario)

Tala El Tal, M.D.

Division de rhumatologie, The Hospital for Sick Children Toronto (Ontario)

## ARTHROSCOPE

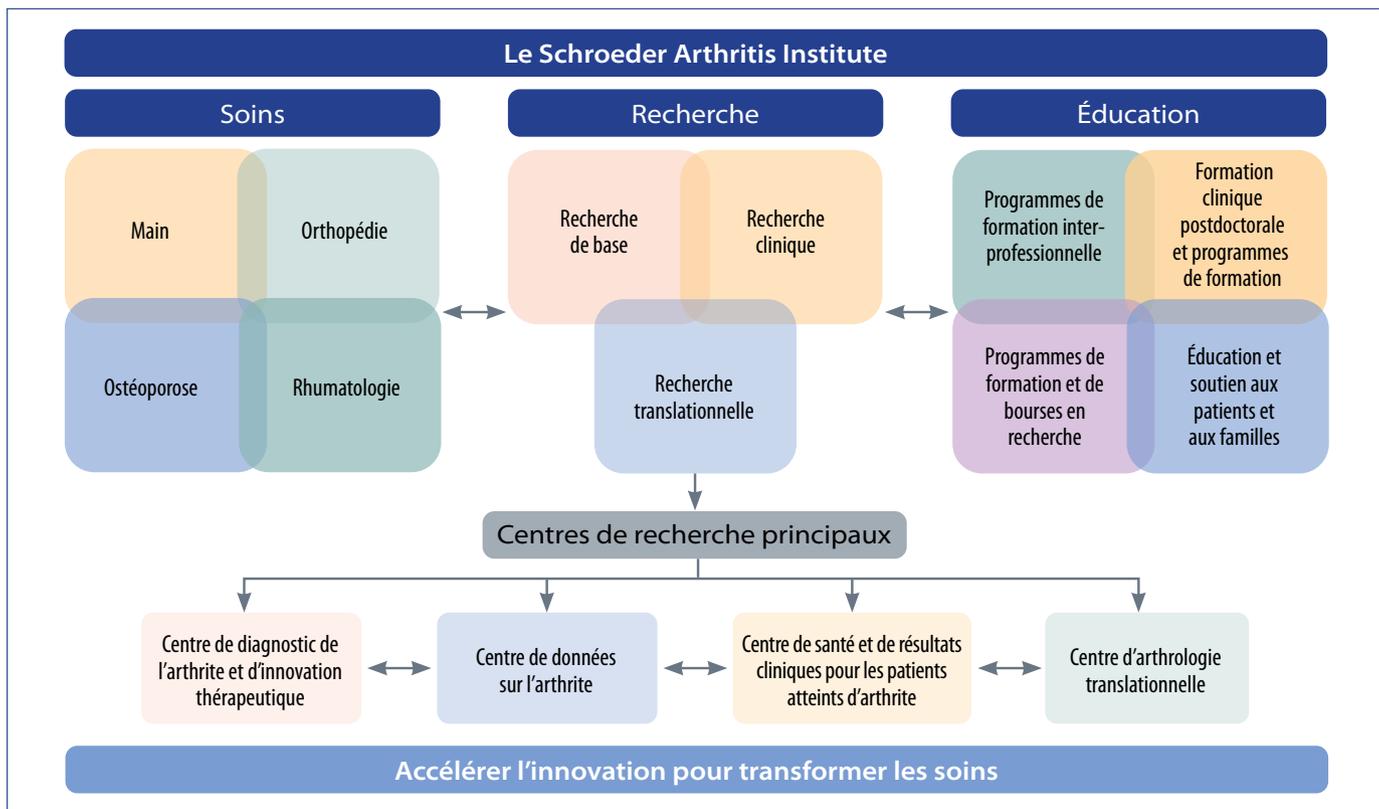
# Le Schroeder Arthritis Institute : Transformer les soins en arthrologie par la recherche et l'éducation

Par Robert Inman, M.D., FRCPC, FACP, FRCP Édin.; et Mohit Kapoor, Ph. D.

Un don de 25 millions de dollars des philanthropes Walter et Maria Schroeder a permis de fonder le Schroeder Arthritis Institute du Réseau universitaire de santé à Toronto le 9 octobre 2020. Cet Institut est le plus grand centre d'arthrologie multidisciplinaire au Canada et propose une approche globale de la prise en charge des maladies des os, des articulations, de la colonne vertébrale et des tissus conjonctifs. L'objectif principal de l'Institut est d'offrir les meilleurs soins aux patients tout en poursuivant la recherche d'une cure, en étendant ces soins de la

clinique à la communauté dans l'ensemble du spectre des maladies arthritiques.

Le Schroeder Arthritis Institute intègre les aspects médicaux, chirurgicaux et des sciences fondamentales de quatre grands programmes cliniques : main, orthopédie, ostéoporose et rhumatologie. L'institut compte 46 chercheurs et cliniciens-chercheurs, 113 stagiaires et 200 membres du personnel. Au cours des 18 derniers mois, les chercheurs de l'Institut ont reçu un financement de plus de 12 millions de dollars en soutien à la recherche exami-



née par des pairs et publié plus de 400 articles examinés par des pairs dans des revues scientifiques.

Créé selon une vision intégrée, un plan stratégique élaboré sur la base de vastes consultations et un modèle d'affaires durable, le Schroeder Arthritis Institute cible des axes de recherche définis et a adopté des technologies de recherche hautement novatrices et interfonctionnelles en vue d'aider à décoder les origines des maladies musculosquelettiques et auto-immunes. Le lancement de l'Institut s'inscrit dans la suite des progrès réalisés ces dernières années par notre équipe spécialisée dans l'arthrite, y compris des innovations au chapitre des approches chirurgicales utilisées pour les maladies des os et des articulations, de nouveaux outils diagnostiques et pronostiques, particulièrement pour le lupus, la spondylarthrite, l'ostéoporose et l'arthrose, ainsi que la mise au point d'outils prédictifs pour les résultats des chirurgies orthopédiques. Cela place l'Institut en position de produire un impact mondial grâce à des diagnostics rapides, à des traitements novateurs et à la prévention de l'arthrite et des maladies connexes.

L'Arthritis Institute comprend quatre grands axes de recherche :

- i. Centre de diagnostic de l'arthrite et d'innovation thérapeutique
- ii. Centre de données sur l'arthrite
- iii. Centre de santé et de résultats cliniques pour les patients atteints d'arthrite
- iv. Centre d'arthrologie translationnelle

Ces centres interfonctionnels et multidisciplinaires ont été créés dans le but d'améliorer la compréhension de base des maladies, de créer de nouveaux tests diagnostiques et de favoriser

des thérapies novatrices, le tout dans l'optique d'une meilleure qualité de vie pour les Canadiens vivant avec l'arthrite (figure 1).

Le Schroeder Arthritis Institute est également un important centre de formation et d'éducation, offrant des programmes de formation tant médicale qu'en recherche ainsi que des bourses destinées aux étudiants de premier cycle, de cycle supérieur et aux chercheurs et chercheurs-cliniciens. Les vastes possibilités de formation offertes à l'Institut découlent de l'étendue des ressources cliniques, qui comprennent 1) 80 000 patients traités annuellement, 2) 1 200 remplacements d'articulations effectués chaque année, 3) l'une des plus grandes cohortes cliniques d'arthrite et biobanques de tissus du monde et 4) des plateformes de recherche à haut rendement dotées de technologies de pointe telles que le séquençage génétique et la métabolomique.

*Robert Inman, M.D., FRCPC, FACP, FRCP Édin.*  
*Directeur adjoint du Schroeder Arthritis Institute*  
*Médecin en chef adjoint de la recherche,*  
*Réseau universitaire de santé*  
*Professeur de médecine et d'immunologie, Université de Toronto*  
*Toronto (Ontario)*

*Mohit Kapoor, Ph. D.*  
*Directeur adjoint du Schroeder Arthritis Institute*  
*Chaire platine Tony et Shari Fell de recherche sur l'arthrite*  
*Chaire de recherche du Canada (niveau 1)*  
*Professeur, Université de Toronto*  
*Scientifique principal, Institut de recherche Krembil*  
*Réseau universitaire de santé, Toronto (Canada)*

# Un survol de l'ACR Convergence 2020

Par Philip A. Baer, M.D., FRCPC

L'ACR a judicieusement adopté un mode entièrement virtuel pour son assemblée de 2020 au printemps, renommée « ACR Convergence ». À l'arrivée du mois de novembre, nous étions tous des habitués des réunions virtuelles, entre autres sur des plateformes telles que Zoom, GotoMeeting, MS Teams et Webex. J'ai « participé » à l'EULAR 2020 durant la première vague de la pandémie. Il était facile de naviguer entre les affiches, mais la plateforme avait du mal à gérer le grand nombre de participants aux séances en direct.

Étant donné l'impossibilité de prendre de vraies vacances, le fait de m'absenter de mon travail du jeudi au lundi pour la conférence de l'ACR s'apparentait au genre de vacances qui n'en sont pas vraiment, mais c'était tout de même une pause. L'inscription et l'introduction à la plateforme ACR Convergence se sont bien passées. Comme pour toutes les réunions de ce genre, on retire des avantages proportionnels au temps investi. J'ai passé du temps à parcourir le programme, à trouver des affiches intéressantes et des résumés des séances plénières. Il était facile de télécharger les fichiers PDF et les diapositives PowerPoint pertinents ainsi que d'écouter les courts résumés audio de la plupart des affiches. Voici un renseignement précieux pour ceux qui consultent toujours les ressources de la réunion, qui seront disponibles en ligne jusqu'à la mi-mars 2021 : dans les séances individuelles sous l'onglet FICHIER, aucun fichier ne peut être répertorié, mais vous trouverez les fichiers PDF pertinents en cliquant sur le nom d'un conférencier particulier et en regardant sous l'onglet FICHIER.

Une fois que la conférence lancée, plus de 16 000 participants de 111 pays différents se sont joints à la plateforme. Un triomphe pour l'ACR, mais une immense perte pour les hôtels et les restaurants de Washington, D.C., où la réunion de 2020 devait avoir lieu à l'origine immédiatement après les élections américaines. La plupart d'entre nous étaient contents de ne pas se trouver là en plein milieu de la pandémie. Même avec tous ces gens en ligne, le serveur n'a jamais planté et mon accès à la réunion de l'ACR n'a jamais échoué, mais la qualité vidéo était très variable. Le flux gelait parfois, mais la fonction de clavardage m'a confirmé que je n'étais pas le seul dans cette situation. La sagesse du choix de préenregistrer bon nombre des conférences et de faire participer ensuite les présentateurs à une séance de questions et réponses en direct s'est imposée à l'évidence. Pour une expérience optimale, il valait mieux télécharger les diapositives à l'avance et lire les fichiers PDF tout en écoutant les conférenciers.

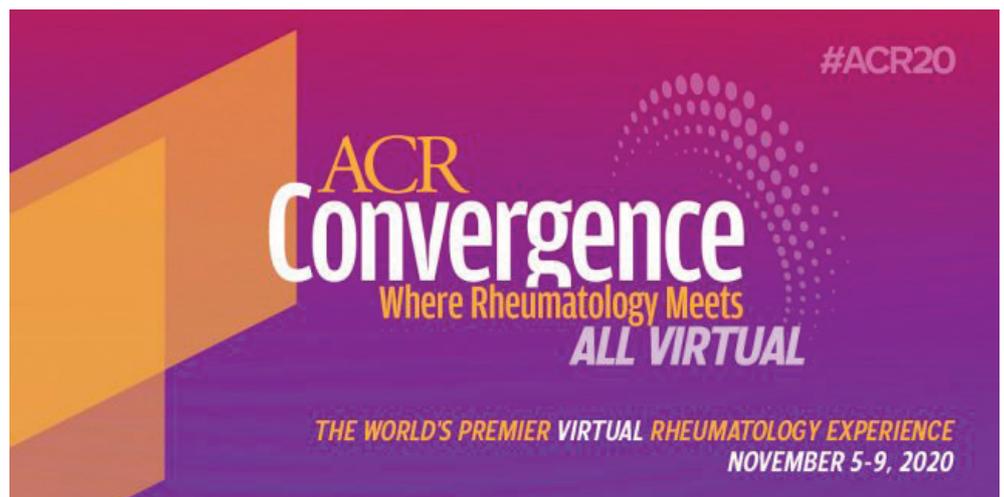
La séance d'ouverture a été assurée par le Dr Eric Rubin, l'ac-

tuel rédacteur en chef de la revue *NEJM*, qui a fait une excellente présentation sur la COVID-19, traitant des médicaments et des vaccins potentiels. Une bonne partie de cette information avait été publiée peu avant dans la revue *NEJM*. A suivi une brève rétrospective de l'année avec les Drs Yazdany et Bucala.

Parmi les prix décernés par l'ACR figure la médaille d'or présidentielle, attribuée au Dr James O'Dell, reconnu pour RAIN et RACAT. Il s'agit de la plus haute distinction que l'ACR puisse octroyer, en reconnaissance des réalisations exceptionnelles en rhumatologie d'une personne au cours de l'ensemble de sa carrière. De plus, l'un des nôtres, Ciarán Duffy, a été reconnu en tant que maître de l'American College of Rheumatology.

Le grand débat mettait en vedette Vibeke Strand, M.D., du côté pour et Michael Weinblatt, M.D., du côté contre de la proposition selon laquelle « les inhibiteurs de la Janus kinase devraient/ne devraient pas être utilisés avant les produits biologiques à la suite d'un échec du méthotrexate dans le traitement de la PR ». Le Dr Weinblatt l'a clairement emporté à mon avis. Ses 22 années d'expérience avec les agents anti-TNF sont un atout important, de même que le déclin des possibilités pour les patients en FAM ou en rémission, bien que les inhibiteurs de JAK présentent les avantages d'une administration par voie orale, d'une efficacité rapide, de meilleures données sur l'usage en monothérapie et l'obtention de résultats supérieurs à ceux offerts par les agents anti-TNF. Dans le sondage officiel, le côté contre l'a emporté par une marge de 2:1.

L'un des avantages du mode virtuel est que si on s'intéresse à deux séances qui ont lieu en même temps, pas de problème : on peut passer de l'une à l'autre ou en écouter une en direct et l'autre plus tard. Plus besoin de courir entre des salles de conférence diamétralement opposées dans un immense centre de congrès, bien que l'on perde aussi les bienfaits de cette activité physique. Rester assis pendant des heures devant un ordinateur est plus pénible et nuisible pour la santé physique que beaucoup de gens auraient pu l'imaginer à l'ère pré-pandémique. Les inconvénients habituels des réunions en ligne étaient aussi tan-



# Enrichir nos ressources en ligne sur le cannabis médicinal

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



Comme vous, il est important pour nous, à la Société de l'arthrite, que les personnes qui se posent des questions sur le cannabis médicinal obtiennent leurs informations d'une source crédible.

C'est la raison pour laquelle nous continuons à développer et à élargir nos ressources sur le cannabis médicinal pour le traitement des symptômes de l'arthrite. Nous nous efforçons de répondre à toutes les questions qu'à notre connaissance les personnes atteintes d'arthrite se posent sur ce traitement potentiel, qu'il s'agisse de la différence entre le cannabis médicinal et les produits récréatifs ou des différentes formes de cannabis médicinal. Nous avons récemment enrichi nos ressources, en lançant nos programmes « Parcours du patient et du cannabis médicinal » et « Parler de cannabis médicinal avec votre médecin ».

La Société de l'arthrite s'est engagée à répondre aux besoins urgents d'informations des personnes atteintes d'arthrite dans de nombreux domaines. Par exemple, nous mettons continuellement à jour nos informations en ligne sur la COVID-19 et l'arthrite, y compris des renseignements plus récents sur les vaccins, et nous élargissons les moyens de partager ces renseignements avec notre public.

Nous proposons désormais des webinaires mensuels « Conversations sur l'arthrite » avec des conférenciers experts sur une multitude de sujets, et nous avons lancé une série d'entrevues avec des gens de la communauté sous forme de balado, « Rayonnez – Le Balado! », disponible sur toutes les plateformes habituelles.

Nous vous remercions de faire partie des Canadiens qui contribuent à réduire la douleur causée par l'arthrite. Nous vous encourageons à partager nos ressources avec vos patients sur notre site Web à [arthrite.ca](http://arthrite.ca).

*Trish Barbato*  
Présidente et chef de la direction,  
La Société de l'arthrite



## Un survol de l'ACR Convergence 2020 (suite de la page 20)

gibles : pas de discussions individuelles avec les présentateurs d'affiches, impossibilité de tomber sur une affiche accrocheuse en déambulant dans le hall et pas de rencontres fortuites avec des collègues.

Un autre moment fort pour moi a été l'impressionnante conférence Phillip Hench, présentée par le Dr Gerd Burmeister et portant sur l'histoire des thérapies biologiques en rhumatologie. Elle nous a rappelé le chemin parcouru au cours des 20 dernières années.

Lors de réunions en personne, il y a toujours une dichotomie entre le programme officiel des conférences, des affiches et des symposiums et le programme non officiel que sont le réseautage, le partage de repas et de boissons avec des collègues et la visite des attraits touristiques de la ville hôte. Les deux apportent de la valeur et rehaussent l'expérience globale de la réunion. Une voie parallèle similaire existe aussi dans les réunions virtuelles. J'appellerais cela l'ACR par rapport au « MÉTA-ACR ». Le méta-ACR comportait le programme quotidien de l'ACR offert des mises à jour, des gazouillis, des jeux-questionnaires et d'éléments

changeant la donne parmi lesquels choisir. Dans la même veine, l'excellent événement *RheumNow*, dirigé par le Dr Jack Crush, comprenait deux programmes en soirée durant la réunion, avec le Dr Artie Kavanaugh et une équipe tournante d'experts invités qui se sont penchés sur les principaux points saillants. Parmi les autres méta-aspects informels, citons les causeries et les séances de questions et réponses accompagnant chaque présentation. Deux collègues et moi avons maintenu une discussion textuelle de groupe tout au long de la réunion, nous motivant l'un l'autre et soulignant les séances auxquelles il serait intéressant de participer.

Dans l'ensemble, *ACR Convergence 2020* a offert une expérience satisfaisante. La réunion de 2021 en prévue pour novembre à San Francisco, mais je m'attends à ce qu'il y ait toujours un volet virtuel.

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

# Combattre les inégalités dans le nord de l'Ontario : regard sur l'avenir

Par Sahil Koppikar, M.D., FRCPC

En 2020, les inégalités et la discrimination systémique sont à la une des journaux et font partie des conversations à l'heure du dîner. Dans le domaine de la santé, nous discutons des mêmes sujets. Bien que la rhumatologie ait fait de grands progrès au cours des dernières décennies, améliorant les résultats sur le plan de la santé chez nos patients, des inégalités subsistent entre certains groupes. Si nous voulons remédier aux inégalités en rhumatologie, nous devons examiner en profondeur les populations qui obtiennent des résultats sous-optimaux, cerner les obstacles au sein de ces populations et appliquer des solutions qui ciblent directement ces obstacles.

En Ontario, cet examen nous amène à nous tourner vers le nord de la province.

Le nord de l'Ontario est une région où des inégalités en matière de santé sont souvent présentes et doivent faire l'objet de mesures urgentes. Du point de vue de la rhumatologie, les patients du nord de la province ont un accès réduit aux soins rhumatologiques<sup>1,2</sup>, sont moins susceptibles d'obtenir de bons résultats<sup>3</sup>, présentent des effets indésirables<sup>4,5</sup> et courent un risque plus élevé de décès<sup>6</sup> par rapport aux moyennes provinciales.

Les causes de ces écarts, qui trouvent leur origine dans les déterminants sociaux de la santé au sens large, sont nombreuses et ont des répercussions importantes sur les résultats en matière de santé. Au cours des cinq dernières années, le gouvernement et les organisations de la province ont déployé des efforts importants pour étudier et planifier systématiquement des initia-

tives visant à éliminer certains de ces obstacles à court et à long terme<sup>7</sup>.

Ces approches dégressives auront des répercussions sur le système dans son ensemble, mais en tant que rhumatologues, nous pouvons atténuer l'écart sur le plan sanitaire grâce à des solutions ascendantes, axées sur la prestation des soins de santé.

Dans le numéro de l'hiver 2020 du *JSCR*, le Dr Laurence Rubin a décrit avec éloquence une de ces solutions. La Timmins Arthritis Clinic, dans sa forme actuelle, fonctionne depuis la fin des années 80. Le succès de cette clinique repose sur des décennies d'engagement de la part du Dr Rubin, du Dr Carette et de l'ACPAC (*Arthritis Society Advanced Clinical Practitioners in Arthritis Care*) (Mary Ellen Marcon et Lynn Richards). Ils ont surtout créé un modèle de soins durable qui ne dépend pas d'un seul médecin. Au cours de la dernière année, nous avons ajouté des visites virtuelles hebdomadaires « directement à domicile » qui ont contribué à raccourcir la liste d'attente, à procéder à des consultations urgentes et à augmenter le nombre de patients qui peuvent être évalués. Malgré le succès de ce modèle à Timmins, il sera de plus en plus difficile de créer et de maintenir des programmes similaires en silo. Nous avons plutôt besoin d'une approche globale et collaborative pour combler les lacunes et faire entendre notre voix en vue d'apporter une amélioration systémique durable.

À cette fin, à l'été 2020, l'Ontario Rheumatology Association (ORA) a créé un comité responsable du nord de l'Ontario, formé

## Telemedicine model of care: ins and outs

Communities served?	Patient population?	How many patients?	Frequency?
Sturgeon Falls	Inflammatory arthritis, Francophone	Typically 30 minutes per follow-up- 6-8 patients per clinic	Every 2 months for ½-full day
Elliot Lake	Inflammatory arthritis, Over 65 years	Typically 20-30 minutes per follow-up= 6-12 patients per clinic	Every 2 months for ½-full day
Espanola	Inflammatory arthritis, Indigenous	30 minute follow-ups, 6-8 patients per clinic	Every month for ½ day
Mindemoya	Inflammatory arthritis, Indigenous	30 minute follow-ups, 6-8 patients per clinic	Every 2 months for ½-full day

Chat

Hi, I can do a quick one and that by using some educational sessions and sending out an info sheet on our program. I recognize its easier for us because we have a program in place there. Harder when you do multiple northern towns. I am trying to get separate EMR (Accuro) to be able to ease some of this for us...prescriptions, sending bw forms

La Dr<sup>me</sup> Medha Soowamber (à gauche) et Lynn Richards (à droite) lors de notre voyage à Timmins, en décembre 2020, dans le style masqué classique de 2020!

de rhumatologues, de représentants de l'ACPAC et de dirigeants de la Société d'arthrite qui participent aux soins dans le Nord. Cette initiative a permis de rassembler des personnes ayant des objectifs et une vision comparables pour générer des idées innovantes.

En janvier 2021, le comité a organisé deux ateliers pour renseigner les membres de l'OAR sur « la situation actuelle dans le Nord » et pour recruter des membres intéressés par la prestation de soins virtuels aux patients de cette région dans un modèle ACPAC-médecin. Ce modèle de soins durable existe déjà, avec l'ACPAC basée à Sudbury et à Thunder Bay. Cependant, avec l'augmentation des besoins des patients et les prochains départs à la retraite, il est important que nous préservions les soins déjà fournis. Nous espérons tirer parti des nouvelles compétences en matière de soins virtuels qui ont été mises en point au cours de la pandémie et trouver des membres qui seront prêts à offrir des soins aux patients du nord de l'Ontario.

En reconnaissance de la plus grande présence de populations autochtones dans le nord de l'Ontario, nous demandons à toutes les nouvelles « recrues » de suivre une formation sur la sécurité culturelle autochtone<sup>8</sup>. Les populations autochtones ont été victimes de diverses politiques discriminatoires à l'origine des inégalités qui continuent à compromettre leur santé. C'est le moins que nous puissions faire pour reconnaître ce fait, amener une prise de conscience et renforcer les compétences de ceux qui travaillent avec les populations autochtones.

Au cours des dernières années, nous avons également constaté un intérêt accru chez les nouveaux diplômés qui installent leur cabinet ou se rendent périodiquement dans le Nord. Deux rhumatologues en début de carrière, les D<sup>rs</sup> Saara Rawn et Matthew Piche, ont établi des cabinets permanents à Sault Ste. Marie. Le D<sup>r</sup> Maysam Khalfan a mis en place des cliniques régionales à Kapuskasing et Hearst et prévoit se rendre quatre fois par an dans ces régions pour y dispenser des soins. Les D<sup>res</sup> Elishka Pek et Lauren King cherchent à mettre en place un modèle de visite similaire à Thunder Bay. À Timmins, nous avons recruté la D<sup>re</sup> Medha Soowamber, qui parle couramment le français, une exigence essentielle dans une région où 20 % des gens sont francophones. Cet intérêt et cette action de la part des rhumatologues en début de carrière sont encourageants et j'espère qu'ils se maintiendront et s'étendront au cours des années à venir.

La vision à long terme est d'établir un modèle multidisciplinaire qui repose sur la formation de praticiens locaux de l'ACPAC et de praticiens au rôle élargi (PRÉ) dans chaque grand centre du Nord, qui peuvent travailler aux côtés des rhumatologues locaux ou en visite ou encore au moyen de la télémedecine. Ce modèle pourrait éventuellement permettre un triage central dans le Nord afin d'optimiser les temps d'attente et de fournir une ressource locale experte aux communautés. Cela nécessitera des solutions créatives et de nouveaux modèles de soins durables qui n'existent pas encore. Au début de l'année 2020, M<sup>mes</sup> Stephanie Tom (ancienne présidente) et Rachel Shupak ont rencontré des représentants du ministère de la Santé pour discuter de ces questions. Le ministère s'est montré intéressé et réceptif et a demandé une proposition d'analyse de rentabilité décrivant notre vision d'un modèle de soins durables idéal. Le comité de l'ORA responsable du nord de l'Ontario a travaillé sur le plan d'affaires et espère le présenter au ministère au printemps ou à l'été 2021. Tout en restant



L'atelier du comité de l'ORA responsable du nord de l'Ontario sur les soins virtuels dans le Nord. Les nouveaux rhumatologues et les rhumatologues d'expérience ont manifesté un grand intérêt.

pragmatiques, nous allons viser les étoiles et voir où cela nous mène!

En fin de compte, une stratégie visant à assurer l'équité en matière de santé nécessitera l'engagement et la participation des intervenants et des dirigeants du Nord. Comme le dit la D<sup>re</sup> Jennifer Walker (titulaire de la Chaire de recherche du Canada en santé autochtone à l'Université Laurentienne), « les solutions ne peuvent pas être simplement importées du sud de la province. Le paysage, social et culturel aussi bien que géographique, est totalement différent ». Toutefois, nous pouvons tous contribuer de différentes manières à réduire les inégalités en matière de santé et à garantir que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin, quels que soient l'endroit où ils vivent, leur identité ou leurs ressources.

*Sahil Koppikar, M.D., FRCPC*

*Rhumatologue, Women's College Hospital, Toronto*

*Directeur du Timmins Arthritis Program*

*Président, comité responsable du nord de l'Ontario (ORA)*

Références :

1. Widdifield J, Paterson JM, Bernatsky S, et coll. Access to rheumatologists among patients with newly diagnosed rheumatoid arthritis in a Canadian universal public health-care system. *BMJ Open*. 2014; 4(1):e003888.
2. Badley E, Veinot P, Ansari H, et coll. 2007 Survey of Rheumatologists in Ontario. University Health Network; 2008.
3. Nagaraj S, Barnabe C, Schieir O, et coll. Early Rheumatoid Arthritis Presentation, Treatment, and Outcomes in Aboriginal Patients in Canada: A Canadian Early Arthritis Cohort Study Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018; 70(8):1245-50.
4. Widdifield J, Bernatsky S, Paterson JM, et coll. Serious infections in a population-based cohort of 86,039 seniors with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013; 65(3):353-61.
5. Ravi B, Croxford R, Hollands S, et coll. Increased risk of complications following total joint arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2014; 66(2):254-63.
6. Widdifield J, Bernatsky S, Paterson JM, et coll. Trends in Excess Mortality Among Patients With Rheumatoid Arthritis in Ontario, Canada. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015; 67(8):1047-53.
7. Health Quality Ontario. Northern Ontario Health Equity Strategy 2020 [Disponible sur : [www.hqontario.ca/What-is-Health-Quality/Health-Equity-and-Quality/Our-Work/Northern-Ontario-Health-Equity-Strategy](http://www.hqontario.ca/What-is-Health-Quality/Health-Equity-and-Quality/Our-Work/Northern-Ontario-Health-Equity-Strategy)].
8. Provincial Health Services Authority Indigenous Health Program. San'yas Indigenous Cultural Safety Training 2020 [Disponible sur : [www.sanyas.ca/about-us](http://www.sanyas.ca/about-us)].

# Comment optimiser ses investissements!

## Les tenants et aboutissants des crédits d'impôt à l'investissement de la RS&DE

Par Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC; et Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP, MACR, MCRA

### Que signifie RS&DE?

Recherche scientifique et développement expérimental.

### Que sont les crédits d'impôt à l'investissement de la RS&DE?

Il s'agit d'un programme de crédit d'impôt canadien (également complété par certaines provinces) qui propose des crédits d'impôt dans les cas suivants :

1. le développement expérimental permettant de réaliser des progrès technologiques pour créer de nouveaux matériaux, dispositifs, produits ou procédés, ou d'améliorer ceux qui existent déjà;
2. la recherche appliquée permettant de faire progresser les connaissances scientifiques, avec une application pratique spécifique;
3. la recherche fondamentale permettant de faire progresser les connaissances scientifiques, sans application pratique spécifique.

### Puis-je bénéficier des crédits d'impôt à l'investissement de la RS&DE?

Peut-être. Si vous faites de la recherche et que vous êtes constitué en société (notez qu'une société professionnelle médicale n'est PAS admissible), vous pourriez être admissible et prétendre à des crédits d'impôt à l'investissement de la RS&DE. Votre entreprise doit effectuer des dépenses et des travaux scientifiques. Par exemple, si vous êtes en activité et que vous voulez vous inscrire à un registre (parmi les nombreux disponibles au Canada), vous pouvez être admissible et prétendre à une déduction d'une partie des frais administratifs relatifs à l'inscription des patients, la saisie des données, etc. Vous devez tenir un registre très précis des dépenses et de leur nature ou motif. Vous pouvez également vous rémunérer pour le travail accompli, dont le montant est supérieur aux facturations provinciales habituelles, pour le temps passé à remplir des formulaires et autres travaux scientifiques. Vous aurez besoin d'un comptable connaissant bien ces crédits car la procédure est très importante.

### À quoi d'autre puis-je prétendre dans le cadre des crédits d'impôt à l'investissement de la RS&DE?

Vous pouvez peut-être prétendre à des crédits d'impôt à l'investissement de la RS&DE si vous engagez un étudiant pour vous aider à vérifier les dossiers ou pour rémunérer le temps que votre personnel de bureau consacre à la recherche ou pour rémunérer votre temps. Vous ne pouvez PAS demander de crédit d'impôt pour vos dépenses en capital, telles que le loyer, l'équipement, les déplacements, etc.

### Où puis-je trouver de l'argent à placer dans ma société pour pouvoir payer ces dépenses?

Certains registres offrent les coûts de préexploitation ou une certaine somme d'argent par patient. Toutefois, d'autres fonds peuvent être utilisés. Par exemple, vos honoraires de consultation, de comités consultatifs, etc. peuvent être versés et utilisés pour rémunérer votre travail scientifique. Si vous bénéficiez d'une subvention de l'ICORA et que vous travaillez en milieu communautaire, cette subvention peut être versée à une société pour aider à compenser d'autres coûts. Par exemple, vous ne pouvez pas prétendre à un remboursement pour le temps consacré à une subvention de l'ICORA, mais cela est tout à fait possible dans le cas d'une demande de RS&DE. Votre société n'est pas tenue de gagner de l'argent, et elle peut même en perdre, mais vous devez avoir des dépenses admissibles pour faire une demande.

### Quels sont les groupes/projets de recherche canadiens qui peuvent être admissibles à la RS&DE?

- Études de phase IV : coûts supérieurs au remboursement prévu dans le contrat
- Dépenses effectuées, notamment le temps consacré à une subvention de l'ICORA, si vous travaillez en milieu communautaire
- Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC)
- International Psoriasis & Arthritis Research Team (IPART)
- Canadian Early Arthritis Cohort (CATCH)
- Ontario Best Practices Research Initiative (OBRI) et autres registres provinciaux
- Canadian Research Group of Rheumatology in Immuno-Oncology (CanRIO)
- Groupe de recherche canadien sur la sclérodémie (GRCS)
- Groupe de l'Étude canadienne sur la myopathie inflammatoire (ECMI)
- Réseau canadien de recherche sur les vascularites (CanVasc)
- Réseau canadien pour l'amélioration du pronostic du lupus érythémateux disséminé (RCAPLE)

Nous vous invitons à participer à des recherches afin de remettre en question vos hypothèses, d'opérer un changement dans votre pratique clinique et de satisfaire votre curiosité. Nous sommes devenus de meilleurs rhumatologues grâce à notre participation à la recherche. Et, si vous participez, la demande de crédits de RS&DE constitue une promesse de pérennité.

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

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

# Une stratégie « *treat-to-target* » contre la goutte

Par Abhijeet Danve, M.D., FACP; et Tuhina Neogi, M.D., Ph. D.

La goutte est la forme d'arthrite inflammatoire la plus courante, touchant 42 millions d'adultes dans le monde<sup>1</sup>. Malgré une physiopathologie bien comprise et l'accès à des médicaments efficaces, le traitement de la goutte reste sous-optimal et l'observance du traitement est médiocre. La stratégie centrale dans la prise en charge de la goutte consiste à réduire le taux d'urate sérique sous le seuil de saturation (6,8 mg/dL = 408 µmol/L) pour empêcher la cristallisation de l'urate monosodique, réduisant ainsi le risque de poussées de goutte et de formation de tophi. En se fondant sur cette compréhension de la biologie de la goutte, une stratégie « *treat-to-target* », c'est-à-dire un traitement axé sur les objectifs, a été préconisée par les sociétés de rhumatologie, bien que cette recommandation n'ait pas été acceptée par toutes les organisations<sup>2</sup>. Un traitement axé sur les objectifs consiste à assurer une prise en charge de l'affection de référence par une surveillance fréquente de l'activité de la maladie tout en intensifiant le traitement pour atteindre une cible thérapeutique quantifiable prédéfinie, par opposition à l'utilisation des seuls symptômes comme indicateurs. Les stratégies de traitement axé sur les objectifs sont utilisées pour un certain nombre de maladies chroniques, notamment l'hypertension, le diabète et la polyarthrite rhumatoïde<sup>3-5</sup>.

Un des aspects critiqués du traitement axé sur les objectifs dans les cas de goutte est la question de savoir si le taux d'urate sérique est un marqueur adéquat des manifestations cliniques des poussées et des tophi. Toutefois, à ce jour, au moins trois essais contrôlés à répartition aléatoire (ECRA) ont fourni des indications sur les effets de l'abaissement du taux d'urate sérique à < 6 mg/dL (360 µmol/L) sur les résultats cliniquement pertinents<sup>6-8</sup>. Dans un essai britannique comparant les soins dirigés par des infirmières ayant recours à une stratégie de traitement axé sur les objectifs avec ajustements de la dose par rapport aux soins habituels prodigués par des médecins généralistes, on a démontré une baisse du taux d'urate sérique, accompagnée d'une diminution de la gravité et de la fréquence des poussées, d'une réduction des tophi et d'une meilleure observance du traitement<sup>8</sup>. Dans un ECRA réalisé auprès de participants atteints de goutte précoce, une plus grande proportion de patients sous fébuxostat ont obtenu un taux d'urate sérique < 6 mg/dL (360 µmol/L) et présenté une diminution plus marquée de l'incidence globale des poussées par rapport aux patients sous placebo<sup>7</sup>. De même, Sundy et al. ont démontré que l'utilisation de la pégloticase a permis à un nombre significativement plus élevé de participants d'obtenir un taux d'urate sérique < 6 mg/dL (360 µmol/L) et à une plus grande proportion de participants d'obtenir une réduction des tophi et des poussées par rapport au placebo<sup>6</sup>. Il est assez préoccupant que le seuil particulier de < 6 mg/dL (360 µmol/L) n'ait jamais été directement évalué dans le cadre d'une ECRA pour déterminer s'il est supérieur aux seuils de < 6,8 mg/dL (408 µmol/L) ou de < 5 mg/dL (300 µmol/L), par exemple. Néanmoins, ces essais permettent de confirmer que la réduction du taux d'urate sérique à un niveau suffisamment

inférieur au seuil de saturation améliore les résultats cliniques en ce qui concerne les poussées et les tophi.

À la lumière de ces résultats et d'autres données figurant dans le rapport exhaustif sur les données probantes, les lignes directrices de 2020 sur la goutte de l'American College of Rheumatology (ACR) recommandent fortement une stratégie de traitement axé sur les objectifs par hypo-uricémiant avec ajustement de la dose, guidée par des taux d'urate sérique en série et visant l'atteinte d'une valeur cible de < 6 mg/dL (360 µmol/L). L'ACR a également recommandé que l'ajustement du traitement hypo-uricémiant se fasse dans un délai raisonnable pour éviter l'inertie thérapeutique<sup>9</sup>. Les recommandations de 2016 de la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR) pour la prise en charge de la goutte soutiennent également le recours à une stratégie de traitement axé sur les objectifs visant un taux d'urate sérique cible de < 6 mg/dL (360 µmol/L)<sup>10</sup>.

En résumé, il existe maintenant des données de grande qualité qui, combinées à une bonne compréhension de la physiopathologie de la goutte et à des lignes directrices de traitement, appuient l'utilisation d'un traitement axé sur les objectifs chez les patients atteints de cette maladie. Ainsi, plutôt que de prodiguer des soins de santé « réactifs », une approche de traitement axé sur les objectifs proactive peut atténuer et prévenir les séquelles à long terme en cas de prise en charge inadéquate de la goutte.

*Abhijeet Danve, M.D., FACP*

*Professeur adjoint de médecine, Yale School of Medicine  
New Haven (Connecticut)*

*Tuhina Neogi, M.D., Ph. D.*

*Professeure de médecine, Boston University School of Medicine  
Boston (Massachusetts)*

## Références :

1. Safiri S, Kolahi AA, Cross M, et coll. Prevalence, incidence, and years lived with disability due to gout and its attributable risk factors for 195 countries and territories 1990-2017: A systematic analysis of the global burden of disease study 2017. *Arthritis Rheumatol.* 2020; 72(11):1916-27.
2. Qaseem A, Harris RP, Forciea MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of Acute and Recurrent Gout: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017; 166(1):58-68.
3. James PA, Oparil S, Carter BL, et coll. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 2014; 311(5):507-20.
4. Yki-Jarvinen H, Kauppi M, Kujansuu E, et coll. Comparison of insulin regimens in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 1992; 327(20):1426-33.
5. Grigor C, Capell H, Stirling A, et coll. Effect of a treatment strategy of tight control for rheumatoid arthritis (the TICORA study): a single-blind randomised controlled trial. *Lancet.* 2004; 364(9430):263-9.
6. Sundy JS, Baraf HS, Yood RA, et coll. Efficacy and tolerability of pegloticase for the treatment of chronic gout in patients refractory to conventional treatment: two randomized controlled trials. *JAMA.* 2011; 306(7):711-20.
7. Dalbeth N, Saag KG, Palmer WE, et coll. Effects of febusostat in early gout: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheumatol.* 2017; 69(12):2386-95.
8. Doherty M, Jenkins W, Richardson H, et coll. Efficacy and cost-effectiveness of nurse-led care involving education and engagement of patients and a treat-to-target urate-lowering strategy versus usual care for gout: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2018; 392(10156):1403-12.
9. FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls, et coll. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Arthritis Rheumatol.* 2020; 72(6):879-95.
10. Richette P, Doherty M, Pascual E, et coll. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis.* 2017; 76(1):29-42.

# Résultats du sondage : Utilisation de la télésanté au Canada

Au nom du comité sur la télésanté de la Société canadienne de rhumatologie (SCR)

La pandémie de COVID-19 a nécessité de nombreux changements sur le plan des soins de santé; pour les patients en rhumatologie, les changements se sont principalement opérés au niveau de la manière dont les patients consultent leurs prestataires de soins de santé. Si la télésanté et la médecine en ligne existaient auparavant, la pandémie a cependant entraîné un changement radical dans l'utilisation de ces formats. Pour le sondage *Articulons nos pensées* présenté dans ce numéro, mené en décembre 2020, nous avons contacté les membres de la SCR pour connaître leur point de vue sur l'utilisation de la télésanté au Canada. Pour les besoins du sondage, le terme « télésanté » englobait les consultations téléphoniques et par vidéo.

La première question du sondage visait à comparer le tarif des consultations téléphoniques et par vidéo à celui des visites en personne dans la province des répondants. Près de 70 % des personnes interrogées ont répondu que le tarif des consultations téléphoniques et par vidéo était identique à celui des visites en personne. En outre, 73 % des personnes interrogées ont indiqué qu'à l'avenir (après l'épidémie de COVID), les consultations de télésanté devraient être payées au même tarif que les visites en personne.

Concernant le pourcentage de consultations actuelles de télésanté (p. ex. par téléphone ou vidéo) par rapport aux visites en personne, en prenant la moyenne collective, on estime qu'il est de l'ordre de 36 % pour les visites en personne, de 45 % pour les consultations téléphoniques et de 19 % pour les consultations par vidéo (voir le diagramme 1).

La question suivante a ensuite été posée : « Quel pourcentage de nouveaux patients vous consultent en ayant recours à la télésanté? » Environ un tiers (30 %) des personnes interrogées ont répondu qu'elles voyaient la majorité de leurs nouveaux patients (> 75 %) par le biais de la télésanté. De plus, 28 % des personnes

interrogées ont indiqué qu'elles voyaient moins d'un quart de leurs nouveaux patients par le biais de la télésanté, 20 % déclarant n'avoir pas rencontré de nouveaux patients par le biais de la télésanté.

Seules 8 % des personnes interrogées se sont dites très à l'aise d'utiliser la télésanté pour rencontrer de nouveaux patients; 16 % ont indiqué qu'elles étaient à l'aise; 27 % un peu mal à l'aise; 13 % étaient neutres; et enfin, 35 % se sont dites pas du tout à l'aise.

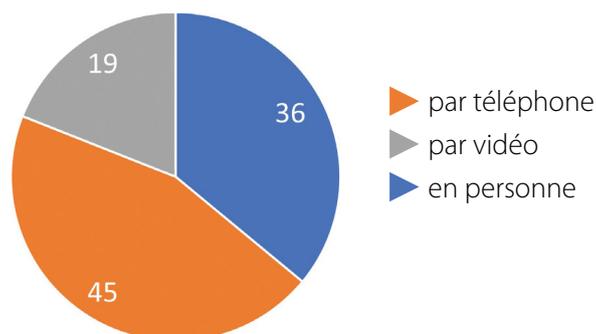
À la question « Quelles parties de l'examen physique intégrez-vous dans votre consultation de télésanté, lorsque cela est indiqué sur le plan clinique? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.) », les réponses les plus courantes ont été les suivantes : examen visuel des articulations tuméfiées (66 %); autoexamen des articulations sensibles (60 %); examen dermatologique – soit en temps réel, soit avec photos après coup (57 %); et évaluation virtuelle de la démarche, des bras, des jambes et de la colonne vertébrale (*Gait, Arms, Legs and Spine* [GALS] adulte ou pédiatrique [pGALS]) ou autre examen de l'amplitude de mouvement (48 %).

Comme l'on peut s'y attendre, la télémedecine présente à la fois des avantages et des inconvénients. En effet, une personne interrogée a souligné qu'« en l'absence de relation préexistante, il est probablement plus difficile pour les patients de faire confiance au professionnel de la santé lorsque la consultation se fait uniquement par téléphone. De nombreux aspects peuvent échapper au médecin sans contact visuel d'aucune sorte ». De même, un autre médecin a mentionné qu'« il est également difficile d'évaluer les patients dont la langue maternelle n'est pas l'anglais, car je ne suis jamais sûr qu'ils comprennent mes questions même en présence d'un membre de la famille jouant le rôle de traducteur ». Un autre répondant a déclaré que « s'il est facile de poser des questions et de s'informer des antécédents de la personne grâce aux services de télésanté, ce n'est cependant pas le cas avec l'examen physique, essentiel pour compléter la consultation initiale en rhumatologie ».

D'autre part, il convient également de faire la distinction entre une consultation par vidéo et un appel téléphonique. Un médecin a écrit : « Je vois tous mes nouveaux patients par vidéo si possible (plus de 90 %). J'estime les consultations téléphoniques beaucoup moins fiables. » D'autres médecins ont indiqué que les difficultés techniques liées à l'organisation des appels vidéo avec les patients qui connaissent mal la technologie constituent un obstacle important. En effet, l'aptitude des patients à utiliser la technologie constitue une limite, en particulier dans le cas des appels vidéo. Des obstacles techniques peuvent aussi s'ajouter, comme une mauvaise connexion Internet. Enfin, une installation inappropriée, voire l'absence d'intimité ou le bruit en raison de la présence d'autres personnes

## DIAGRAMME 1

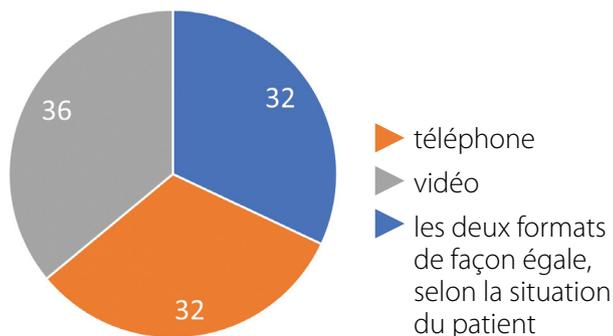
Format des consultations actuelles des patients (%)  
N = 130 (décembre 2020)



## DIAGRAMME 2

## Plateforme de télésanté préférée en l'absence d'obstacle (%)

N = 130 (décembre 2020)



dans la maison au moment de la consultation, peuvent poser problème, tant pour les patients que pour les médecins.

Parmi les autres obstacles mentionnés par les personnes interrogées, on peut citer le manque de soutien administratif. Par exemple, l'ajout de nouveaux modes de prise de rendez-vous par

les patients ajoute des variables supplémentaires à un système déjà éprouvé.

Néanmoins, il convient de souligner l'aspect pratique de la télémédecine, en particulier pour les patients des zones rurales pendant les mois d'hiver. Bon nombre de médecins ont indiqué que leurs patients en suivi étaient très satisfaits des consultations virtuelles. La grande diversité des réponses et des commentaires recueillis dans le cadre de ce sondage confirme que la télémédecine jouera un rôle important dans l'avenir des soins de santé, bien que son utilisation dépende en fin de compte de chaque patient, de son état et de sa situation particulière.

Le comité sur la télésanté de la SCR travaille actuellement à l'élaboration de recommandations concernant les meilleures pratiques et attend avec impatience de constater les résultats des multiples efforts d'amélioration de la qualité et de recherche dans l'évaluation des modèles de soins de télésanté effectués par les membres de la SCR.

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

\* Le taux de réponse au sondage a été de 130 sur une possibilité de 599, ce qui équivaut à 22 %. Environ 44 % des personnes interrogées étaient des rhumatologues travaillant en milieu universitaire et 43 %, des rhumatologues travaillant en milieu communautaire, dont 24 % entrant dans ces deux catégories; 14 % des personnes interrogées étaient des rhumatologues pédiatriques.

## Nouvelles régionales : Les dernières infos en provenance du Manitoba

Par Liam O'Neil, M.D., FRCPC

Le Manitoba a annoncé une grande nouvelle : les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont financé un projet d'équipe sur l'immunologie (chercheur principal désigné : D<sup>r</sup> Hani El-Gabalawy, récemment nommé *Master* de l'ACR) qui visera à comprendre et à prévenir l'auto-immunité de la polyarthrite rhumatoïde chez les membres des Premières nations. Le D<sup>r</sup> Liam O'Neil a été engagé au début de l'année 2020 en tant que clinicien-chercheur et cochercheur dans le cadre de cette subvention d'équipe. Par ailleurs, nous attendons avec impatience l'ouverture d'une nouvelle clinique de consultation externe dans la surspécialité de la médecine interne, sous l'égide d'une équipe dirigée par notre très cher D<sup>r</sup> David Robinson. Des cliniques itinérantes desservent également le Nunavut (D<sup>r</sup> Robinson) et Hodgson, au Manitoba (D<sup>r</sup> Konstantin Jilkine), offrant des soins rhumatologiques destinés aux adultes. Malheureusement, nous devons également annoncer le départ de la D<sup>re</sup> Kerstin Gerhold du service de rhumatologie pédia-



Plusieurs statues d'ours, connues sous le nom de *Bears on Broadway*, décorent le terrain du Parlement du Manitoba à Winnipeg.

trique, la D<sup>re</sup> Lilly Lim lui succédant en tant que chef de section. La D<sup>re</sup> Lim bénéficie également d'un financement des IRSC pour étudier l'expérience vécue et l'emploi longitudinal chez les patients atteints de lupus.

Liam O'Neil, M.D., FRCPC  
Professeur adjoint de médecine,  
Université du Manitoba,  
Winnipeg (Manitoba)

# D<sup>r</sup> Robert « Bob » McKendry

Par Gunnar Kraag, M.D., FRCPC

Le D<sup>r</sup> Bob McKendry est décédé le 26 décembre 2020. Il a été la force motrice de l'établissement de la rhumatologie en milieu universitaire à l'Université d'Ottawa et a aussi contribué à l'établissement de l'École de médecine du Nord de l'Ontario dans le cadre de son rôle de vice-doyen à l'enseignement supérieur à la faculté de médecine.

Bob a obtenu son diplôme de l'Université Queen's en 1968. Il a reçu sa formation en médecine interne à Toronto et a été le résident en chef à l'Hôpital Wellesley. Il a suivi sa formation en rhumatologie à la Scripps Clinic and Research Foundation à La Jolla en Californie.

En 1974, il est retourné à Ottawa et est rapidement devenu le directeur de l'unité des maladies rhumatismales de l'Université d'Ottawa. Il a réussi à accroître considérablement le rayonnement de la rhumatologie à Ottawa et a mis sur pied un programme de formation en rhumatologie offert par le Collège royal. Il a été en mesure d'attirer d'excellents stagiaires, dont bon nombre se sont par la suite joints à la division.

Bob incarnait l'excellence d'un universitaire en tant que clinicien, éducateur et chercheur. Comme clinicien, il était excellent pour poser des diagnostics et il savait superbement établir une belle relation avec ses patients, gagnant leur gratitude et leur respect.

Bob était un enseignant et un mentor hors pair pour les stagiaires de premier cycle et de cycle supérieur.

À titre de chercheur, il a écrit quelque 60 articles examinés par des pairs. En 2002, il a créé une clinique de recherche privée. Il est devenu président-directeur général de l'organisation *Rheumatology Research Associates* au sein de laquelle il a été le chercheur principal de plus de 50 essais cliniques parrainés par l'industrie.

Ses nombreuses réalisations professionnelles comprennent son rôle de président de la division de rhumatologie de l'Université d'Ottawa, de vice-président et de président par intérim du département de médecine et de vice-doyen à l'enseignement supérieur, en plus de faire partie d'un grand nombre d'associations professionnelles et de comités internationaux.

Il a reçu de nombreux prix tout au long de sa carrière, et c'est avec une fierté particulière qu'il a reçu la médaille du Commonwealth pour le 125<sup>e</sup> anniversaire de la Confédération du Canada, qui lui a été décernée par le gouverneur général en décembre 1992, « en reconnaissance de son importante contribution significative au bien-être de ses compatriotes, sa communauté et au Canada ». Il a également reçu un prix d'excellence du département de médecine de l'Université d'Ottawa. Il s'est vu remettre plusieurs prix soulignant son service bénévole dans le cadre de programmes de la Société d'arthrite de l'Ontario.



1943–2020

Bob ne se contentait pas de ses activités universitaires et professionnelles. Il avait des intérêts très variés, dont la course, le jardinage et le ski et adorait voyager. Il se passionnait particulièrement pour les fleurs, allant jusqu'à aménager une serre derrière sa maison afin de pouvoir s'adonner au jardinage à longueur d'année.

Son passe-temps favori était sans aucun doute de bricoler à son chalet sur l'île Calumet. Il construisait plus qu'il ne bricolait, à vrai dire. Son chalet était une véritable passion pour lui.

Bob aimait la bonne compagnie et il était doté d'un esprit et d'un sens de l'humour empreint d'ironie légendaires. Cela a été un privilège pour nous tous que de le connaître.

*Gunnar Kraag, M.D., FRCPC  
Professeur de médecine (retraité)  
Université d'Ottawa*



# D<sup>re</sup> Hanna Strawczynski

Par Ciarán Duffy, M.B., B. Ch., M. Sc., FRCPC, FRCPI; Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC; et Ronald Laxer, MDCM, FRCPC

Lorsque Ciarán Duffy a commencé sa carrière à l'Hôpital de Montréal pour enfants et à l'Université McGill (HME/McGill), en 1990, il a eu l'insigne privilège de travailler avec une incroyable pédiatre du nom d'Hanna Strawczynski. Pédiatre généraliste, la D<sup>re</sup> Strawczynski possédait des compétences extraordinaires dans la prise en charge d'enfants atteints de nombreux problèmes complexes, notamment l'arthrite juvénile idiopathique (AJI). C'est Ron Laxer qui lui avait fait connaître Hannah, l'ayant lui-même rencontrée alors qu'il était résident à l'HME/McGill.

Ron se souvient : « En 1977, j'ai fait un stage obligatoire au département des soins à domicile de l'HME en tant que résident de première année. Hanna avait créé ce service en 1969 pour prendre en charge les enfants atteints de deux maladies chroniques, l'hémophilie et la thalassémie. Comme l'arthropathie hémophilique était très courante à cette époque, Hanna voyait aussi des patients atteints d'AJI et d'autres maladies rhumatismales. C'est lors de ce stage que j'ai goûté pour la première fois à la rhumatologie pédiatrique. Et, plus important encore, j'ai vu l'engagement d'Hanna envers chaque patient (et leur famille) et constaté la compassion qu'elle leur démontrait. À l'époque, notre spécialité était plutôt un art qu'une science, et elle y excellait. C'est cette expérience qui m'a inspiré et incité à poursuivre une carrière en rhumatologie pédiatrique. »

Rosie Scuccimarri a également été fortement influencée. « J'ai travaillé avec la D<sup>re</sup> Strawczynski en tant que résidente en pédiatrie, lors d'un stage en rhumatologie pédiatrique, juste avant sa retraite en 1997. C'était une femme incroyable. Malgré son physique frêle, elle dégagait une puissante aura, et il était clair qu'elle avait surmonté de grandes épreuves tout au long de sa vie et de sa carrière. Elle était un extraordinaire modèle à suivre, surtout pour les jeunes femmes qui commençaient leur carrière médicale. J'ai eu la chance de pouvoir travailler avec elle et d'apprendre d'elle. »

L'influence d'Hanna s'est également étendue à sa famille. Sa nièce, Ilona Szer, qui était chef du Service de rhumatologie pédiatrique au Rady Children's Hospital de San Diego avant sa récente retraite, déclare : « C'est grâce à ma tante Hanna que j'ai



1927–2020

choisi une carrière en pédiatrie, et finalement en rhumatologie pédiatrique. Elle a eu une énorme influence sur moi, tant sur le plan personnel que professionnel. »

Il en va de même pour Ciarán, qui a travaillé avec Hanna pendant sept ans. « Elle m'a tellement appris pendant cette période. Elle a été un modèle et une mentore formidable. Son engagement envers les enfants et les familles était tout simplement extraordinaire. Elle était très attentionnée même à l'endroit des jeunes collègues. Elle était une présence influente, mais non menaçante. Pour moi, sa plus grande influence a peut-être été de me guider vers une carrière en leadership.

Elle a elle-même donné l'exemple et a toujours eu cette capacité innée de comprendre les situations, ce qui en faisait une personne si appréciée. J'ai également eu l'occasion de participer à de nombreux événements sociaux avec elle, y compris chez elle, où j'ai pu déguster sa vodka polonaise, une boisson exquise et très spéciale. Elle était une hôte charmante. »

La D<sup>re</sup> Hanna Strawczynski (née Richter) a vu le jour en Pologne en 1927. Elle n'avait que 12 ans au début de la Seconde Guerre mondiale. Elle a survécu à l'Holocauste, ayant vécu dans le ghetto de Varsovie et un camp de travail. Après la guerre, elle a terminé ses études en médecine, a suivi une formation de pédiatre et a travaillé pendant de nombreuses années à Varsovie. Elle est finalement venue au Canada avec son mari, feu Oskar Strawczynski, et s'est installée à Montréal, où elle a élevé ses enfants, Eva et David. Elle a travaillé à l'HME/McGill pendant plus de 30 ans, accédant au rang de professeure agrégée. Elle a non seulement survécu à la guerre, mais également au cancer des ovaires.

Malheureusement, comme beaucoup d'autres résidents des établissements de soins de longue durée à Montréal et ailleurs au Canada, elle n'a pas survécu à la COVID-19, ayant succombé à la maladie le 26 novembre 2020.

Hanna a laissé une marque indélébile dans nos cœurs et nous ne l'oublierons jamais. Nous adressons nos sincères condoléances à Eva et David, ainsi qu'à toute sa famille. Qu'elle repose à jamais en paix.

*Ciarán Duffy*  
Chef du Département de pédiatrie  
Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario  
Professeur et président  
Département de pédiatrie  
Faculté de médecine  
Université d'Ottawa  
Ottawa (Ontario)

*Ronald M. Laxer, MDCM, FRCPC*  
Président, Comité de pédiatrie de la SCR  
Professeur  
Départements de pédiatrie et de médecine  
Université de Toronto  
Rhumatologue  
The Hospital for Sick Children  
Toronto (Ontario)

*Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC*  
Présidente,  
Comité des thérapeutiques de la SCR  
Professeure agrégée, Département de pédiatrie  
Université McGill  
Rhumatologue pédiatrique,  
Hôpital de Montréal pour enfants  
Montréal (Québec)

# SIMPONI®

## Efficacité démontrée. Profil d'innocuité démontré.

DEPUIS 2009



DEPUIS 2009



DEPUIS 2009



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

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

### Réactions indésirables les plus fréquentes

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

#### USAGE CLINIQUE :

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

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

#### CONTRE-INDICATIONS :

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

#### MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS

##### LES PLUS IMPORTANTES :

##### Infections:

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

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

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

de la tuberculose.

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

##### Affections malignes :

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

##### AUTRES MISES EN GARDE ET

##### PRÉCAUTIONS PERTINENTES :

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

EFFICACITÉ  
DÉMONTRÉE

une fois par mois  
**Simponi**<sup>®</sup>  
golimumab

PLUS  
DE **10** ANS  
D'EXPÉRIENCE

DEPUIS 2016

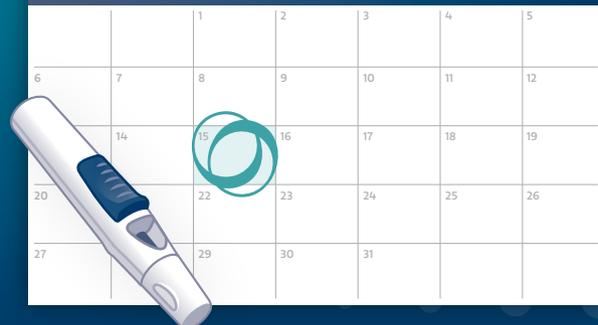


**Plus de 10 ans**  
d'expérience au Canada\*.

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

**UN SCHÉMA POSOLOGIQUE**  
**mensuel SIMPLE**

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



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

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

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

**POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :**

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

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

\* Toutes indications confondues.

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

**Référence :**

1. Monographie de SIMPONI<sup>®</sup>, Janssen Inc., 20 juin 2019.

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

MEMBRE DE  
MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA



janssen

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF  
Johnson & Johnson

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

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



## **POLYARTHRITE RHUMATOÏDE**

Pr<sup>r</sup>XELJANZ<sup>MD</sup>/Pr<sup>r</sup>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<sup>r</sup>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<sup>r</sup>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

