

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Point de mire

L'ASA de la SCR : Vers l'équité – la rhumato se démocratise

Éditorial

Entendu au bureau

Des nouvelles de l'ICORA

Les croyances et les attitudes inadaptées en lien avec le sommeil sont associées à l'insomnie chez les personnes atteintes d'arthrite

Hommage boréal

Passer le flambeau

Message de la présidence

Entretiens avec les lauréats des prix de la SCR

Prix du rhumatologue émérite :

D^r John G. Hanly et D^{re} Lori Tucker

Prix du chercheur émergent :

D^{re} Jessica Widdifield

Grand débat de la SCR 2022 : il est proposé que les professionnels de la santé en rhumatologie puissent prescrire une activité physique et en assurer le suivi

Rhumato-Jeopardy 2022

Arthroscopie

La Société de l'arthrite : Nos plus récentes ressources pour les patients

De nouvelles idées brillantes pour aider les personnes atteintes d'arthrite : la Société de l'arthrite sélectionne les premiers lauréats de son prix Idéateur

Compte rendu de lecture : *The Rheumatology Handbook for Clinicians* (3^e édition)

Les héros canadiens de la rhumatologie : Mary Pack

Point de vue de patient : Kelsey Chomistek

Mise à jour de l'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice

Consultation de couloir

Peut-on individualiser la prévention de la rétinopathie induite par l'hydroxychloroquine?

Prix, nominations et distinctions

Des honneurs pour les docteurs David Cabral, Dafna Gladman, Rayfel Schneider et Rachel Shupak

Hommage aux lauréates des prix de l'ASPA : Chandra Farrer, Sue MacQueen, Julie Herrington, Susan Bartlett, Karine Toupin April et Viviane Ta



**Inhibiteur de JAK
à prise orale unique quotidienne***

INDIQUÉ DANS

**le traitement de la
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE et du
RHUMATISME PSORIASIQUE**

NOUVEAU

Saisissez RINVOQ

RINVOQ (upadacitinib) est indiqué pour le traitement :

- des adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à fortement évolutive qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante ou qui présentent une intolérance au méthotrexate (MTX). RINVOQ peut être utilisé en monothérapie ou en association avec le MTX ou d'autres antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) non biologiques;
- des adultes atteints de rhumatisme psoriasique évolutif qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante ou qui présentent une intolérance au MTX ou à d'autres ARMM. RINVOQ peut être utilisé en monothérapie ou en association avec le MTX.

Veuillez consulter la monographie du produit au rinvoq.ca/mp pour connaître les renseignements sur les contre-indications, les mises en garde et précautions, les effets secondaires, les interactions, la posologie et l'administration, ainsi que les conditions d'utilisation clinique. Vous pouvez également vous procurer la monographie du produit en composant le 1-888-704-8271.

* Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la posologie et l'administration.

JAK : Janus kinase.

Référence: Corporation AbbVie. Monographie de RINVOQ.

Entendu au bureau

par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« *Je l'ai appris par des bruits de couloir et je crois que je vais perdre la tête.* »

– extrait de *I heard it through the grapevine* de Marvin Gaye

Je dirige un petit cabinet avec ma secrétaire uniquement, et j'y reçois mes patients. Lorsque je suis dans mon bureau, entre deux patients, il n'est pas rare que j'y saisisse des bribes de conversations téléphoniques de ma secrétaire. Bien que la connaissance d'une seule des deux versions soit un inconvénient, je ne peux parfois pas m'empêcher de me poser des questions. Voici des exemples récents :

Test de laboratoire sur la PPR (pseudopolyarthrite rhizomélique)

Un patient a appelé le cabinet. Il est atteint d'une PPR¹, et je lui ai prescrit (par le biais d'un formulaire) des analyses sanguines, à réaliser toutes les huit semaines, pour surveiller sa FSC², sa VS³ et sa CRP⁴. Dans la section intitulée « Détails cliniques (p. ex. diagnostic) », j'avais utilisé mon modèle de formulaire de laboratoire et indiqué « PPR », et, sur la ligne en dessous, « À refaire toutes les huit semaines ». Cela n'a jamais été un problème, sur aucune de mes demandes d'analyses de laboratoire effectuées au cours des dix dernières années, depuis que j'ai commencé à utiliser un DME⁵. Toutefois, ma prescription semble avoir laissé le personnel du laboratoire perplexe, car d'après le patient, les employés ont passé beaucoup de temps à chercher, et en vain, un test nommé PPR! Ma secrétaire a évidemment résolu le problème, mais cela pourrait expliquer pourquoi le laboratoire en question a effectué une série de tests FR⁶ que je n'ai jamais prescrits, probablement en raison de la présence de l'abréviation « PR⁷ » dans la même section « Détails cliniques ».

L'ophtalmologiste

Une autre patiente appelle. Elle présente depuis 10 ans une forme de PR relativement légère. Elle prend un traitement à base d'hydroxychloroquine (HCQ) et bénéficie d'une surveillance ophtalmologique annuelle. En Ontario, un patient âgé de 18 à 64 ans ne peut pas bénéficier d'une prise en charge ophtalmologique gratuite. Toutefois, j'avais rempli le formulaire adéquat pour que ces examens soient pris en charge. En effet, ce formulaire comporte une section dans laquelle je dois indiquer la raison pour laquelle le patient est admissible à la gratuité de la prise en charge. Mon modèle de formulaire indique « Sous HCQ depuis ____ - nécessite une surveillance ophtalmologique annuelle ». Le diagnostic de PR ou de LED⁸ est invariablement indiqué dans l'espace vide. La patiente a indiqué que l'ophtalmologiste lui avait demandé pourquoi elle était sous HCQ! Une question de mauvais augure, et ce, pour deux raisons : le spécialiste n'avait de toute évidence pas lu le formulaire (dans ce cas, réalisait-il bien les examens appro-

priés?), et ma patiente de longue date ne semblait pas avoir assimilé son diagnostic rhumatologique.

Résultats de laboratoire

Après avoir relevé le courrier quotidien, ma secrétaire me tend les résultats de laboratoire, au format papier, de l'un de nos patients. Il s'agit d'un grand laboratoire, qui m'envoie normalement tous les résultats par voie électronique directement dans le DME. Intrigué par ce format papier, je le considère également inutile dans la mesure où il s'agit d'un doublon du document que j'ai déjà reçu au format numérique. Je constate également que la copie des résultats qui, à ma demande, devait être transmise au médecin de famille de mon patient, n'a pas pu être envoyée, car le médecin en question n'a pas pu être identifié sur la base des renseignements que j'ai fournis. Intéressant. J'ai donc retrouvé la copie électronique de la prescription d'analyses et étudié attentivement la section dans laquelle j'ai indiqué le destinataire des copies. Le document comportait les renseignements suivants concernant le médecin de famille : prénom et nom, adresse complète, numéro de télécopieur et numéro provincial de facturation! J'ajouterais que le nom de famille du médecin, nettement moins courant que Smith, Singh ou Wong dans ma communauté, ne pouvait pas porter à confusion, si bien que l'information communiquée était parfaitement claire pour permettre d'identifier un seul et unique médecin. J'ai demandé à ma secrétaire d'appeler le laboratoire, à la fois pour mettre un terme à la réception aléatoire de rapports papier indésirables, et pour déterminer les renseignements supplémentaires dont le laboratoire avait besoin pour pouvoir envoyer les copies des résultats au médecin généraliste. La réponse nous semblait insensée : le laboratoire avait récemment mis à niveau son système, et désormais le médecin généraliste était identifiable. J'espérais que c'était le cas.

Il n'y a rien d'étonnant, dès lors, à ce que la fréquence de l'épuisement professionnel chez les médecins augmente. En effet, comment trouver le temps, dans une journée, pour régler toutes ces questions fâcheuses? Néanmoins, il existe parfois des solutions préconçues à un problème récurrent, ce qui donne l'espoir d'un avenir meilleur.

La quatrième dose du vaccin contre la COVID-19

Un matin, je reçois un patient, qui bénéficie d'un traitement avancé contre la PR, dans le cadre de son suivi. Il a pour le moment reçu trois doses de vaccin contre la COVID-19. Comme je l'explique à chaque patient dans cette situation, il est admis-

suite à la page 5

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Philip A. Baer, MDCM, FRCP, 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., FRCP, 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, FRCP,
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., FRCP
Présidente sortante,
Société canadienne de rhumatologie
Ancienne cheffe de la direction,
Service de rhumatologie,
William Osler Health Centre
Brampton (Ontario)

MEMBRES

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

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

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

May Y. Choi, M.D., FRCP
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., FRCP
Professeure agrégée
de médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)



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

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

Deborah Levy, M.D., MS, FRCP
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., FRCP
Professeur de médecine,
Division de rhumatologie,
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

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

Trudy Taylor, M.D., FRCP
Professeure agrégée,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

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

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

Code d'accès : **craj**

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

ÉQUIPE DE PUBLICATION

Mark Kislingbury
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., 2022. Tous droits réservés. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : juin 2022.

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.

Entendu au bureau (suite de la page 3)

sible à une quatrième dose, douze semaines après avoir reçu sa troisième dose (c'est la règle actuelle en Ontario, au moment de la rédaction de document). D'après des travaux intensifs effectués par l'ORA⁹, sous l'égide de la D^{re} Jane Purvis, nous avons déterminé que les patients n'ont pas besoin d'une lettre de leur rhumatologue pour obtenir cette quatrième dose. Il leur suffit de montrer leur boîte de médicaments ou leur ordonnance aux responsables du centre de vaccination. Ce positionnement a bénéficié de l'appui du ministère provincial de la Santé et de la direction de nos principales sociétés pharmaceutiques de détail. Le patient indique qu'il prévoit se faire vacciner à la pharmacie de sa ville, qui lui fournit également son traitement contre la PR. Je me suis dit que c'était parfait, et qu'il ne devrait pas y avoir de problèmes.

L'après-midi, j'entends ma secrétaire parler à ce patient. Sa pharmacie, une succursale d'une grande chaîne, souhaite une lettre de ma part avant de procéder à l'injection. Disposant d'un modèle pour ce type de lettre, je l'envoie par télécopie à la pharmacie afin que le patient puisse se faire vacciner. Mais je ne m'arrête pas là : je lui envoie également le document d'une page de l'ORA, qui présente le protocole en vigueur concernant l'administration de la quatrième dose. Je contacte égale-

ment la D^{re} Purvis et notre directrice générale de l'ORA afin de leur communiquer le nom de la pharmacie, son numéro, son adresse, ainsi que ses numéros de téléphone et de télécopieur. Dans l'heure qui suit, on m'assure que les personnes concernées au Ministère de la Santé et au siège social de la chaîne de pharmacies ont été avisées. J'espère que cela permettra d'éviter que d'autres patients et rhumatologues aient à faire face à ce type de situation. S'il s'agit là d'une petite victoire, nous avons besoin de ces petites avancées, de temps en temps, pour continuer à mener le bon combat au nom de nos patients.

Glossaire :

1. PPR : pseudopolyarthrite rhizomélique; 2. FSC : formule sanguine complète
3. VS : vitesse de sédimentation érythrocytaire; 4. CRP : protéine c-réactive
5. DME : dossier médical électronique; 6. FR : facteur rhumatoïde
7. PR : polyarthrite rhumatoïde; 8. LED : lupus érythémateux disséminé;
9. ORA : Ontario Rheumatology Association

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

Nos plus récentes ressources pour les patients

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

Lorsque vous vivez avec une maladie chronique, il est important d'avoir accès à de l'information et aux ressources. À la Société de l'arthrite, nous voulons être en mesure d'aider les patients en leur fournissant l'information la plus à jour.

Nous sommes heureux d'annoncer que certaines de nos ressources sont maintenant offertes dans des langues autres que l'anglais et le français, ce qui signifie que davantage de gens auront accès à de l'information précieuse qui pourra les aider dans leur parcours de patient. Nous avons adapté notre brochure sur la PR en chinois traditionnel, en arabe et d'autres langues devraient suivre.

Vivre avec une maladie chronique peut être difficile non seulement pour le corps, mais pour l'esprit aussi. Nous avons donc aussi créé de nouvelles vidéos de méditation : une d'introduction et une pour l'anxiété et le stress.

Récemment, nous avons mis à jour notre contenu sur les médicaments biologiques et les biosimilaires pour le traitement de l'arthrite inflammatoire afin d'aider les patients à rester à l'affût des derniers traitements et des dernières recherches.

Veillez présenter ces ressources à vos patients et dirigez-les vers le site arthrite.ca/ressources.



Passer le flambeau

Par Evelyn Sutton, présidente sortante, Société canadienne de rhumatologie (SCR)

Lorsque j'ai rédigé le discours présidentiel il y a deux ans, j'ai raconté mon expérience d'avoir assisté à un mariage en avril 2020, en Nouvelle-Écosse, dans le contexte des restrictions liées à la COVID. C'était au début de la pandémie, avant que les vaccins ne soient mis au point, et la santé publique faisait de son mieux pour arrêter la propagation d'un virus mortel. La cérémonie avait lieu en plein air, seulement cinq personnes au total pouvaient y prendre part (y compris la mariée, le marié et le célébrant!), et ni réception ni repas n'étaient autorisés après le mariage. Il avait été question de reporter le mariage jusqu'à ce que les restrictions soient assouplies et que les familles (établies en Ontario) et les amis puissent y assister. Mais, comme personne ne pouvait prédire quand ce serait possible, le jeune couple a décidé de procéder comme prévu et de ne pas laisser la COVID faire dérailler ses projets de vie. Depuis, ils ont acheté une maison, ont accueilli un magnifique petit garçon et ont pu rendre visite à leurs familles en Ontario, tout en respectant les protocoles d'isolement. Ils ont même contracté la COVID (heureusement, la maladie a été bénigne puisqu'ils avaient reçu tous les vaccins).

Kathleen Edwards, auteure du livre *Resilience*, écrit que « la résilience, c'est d'accepter une nouvelle réalité, même si elle est moins bonne que celle que l'on connaissait auparavant. On peut se battre, ne rien faire d'autre que de se plaindre de ce que l'on a perdu ou l'accepter et essayer de mettre en place quelque chose de bien. » La SCR a intégré cette définition de la résilience et je pense qu'ensemble, nous avons créé quelque



chose qui est mieux que bon. Individuellement et collectivement, nous avons dû changer notre façon de travailler, de jouer, de nous détendre et de planifier l'avenir. Nous avons appris les uns des autres, communiqué des lignes directrices fondées sur des données probantes, mis en commun des stratégies et élaboré de nouveaux objectifs. Comme le couple de jeunes mariés, nous nous sommes concentrés sur ce qui compte pour nous et avons travaillé ensemble pour planifier un avenir meilleur pour les membres actuels et futurs.

Je suis ravie de passer la barre au D^r Nigil Haroon, qui n'a pas besoin de présentation. Il sera bien épaulé par le personnel assidu de la SCR qui, sous la superbe direction du D^r Ahmad Zbib, m'a soutenue ainsi que toute notre organisation. J'avais l'habitude de dire à mes

enfants que nous avons gagné le gros lot à la loterie en naissant au Canada. Je le crois toujours, et être membre de la SCR fait partie de ce gros lot. Je vous souhaite à tous le meilleur et, une fois de plus (c'est la quatrième fois que je le souhaite), j'espère vous voir en personne à Québec l'année prochaine.

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

Message de la présidence

Par Nigil Haroon, président, Société canadienne de rhumatologie (SCR)

Merci, Evelyn. Votre vision et votre leadership ont permis à la SCR d'atteindre de nouveaux sommets. Malgré la pire pandémie que nous ayons vécue, vous nous avez guidés à travers deux assemblées générales annuelles virtuelles et des années incroyablement productives et captivantes. Cela n'a été possible que grâce à vos habiletés évidentes de dirigeante. Nous avons énormément bénéficié de vos solides compétences en matière de prise de décision, de votre nature collaborative et réceptive, de votre honnêteté et de votre volonté d'adaptation. Ce qui a été le plus remarqué, c'est votre intégrité en tant que dirigeante, votre souci de faire en sorte que tout le monde soit entendu, l'importance que vous accordez à la justice, à l'équité, à la diversité et à l'inclusion et l'accent que vous placez sur la durabilité. Votre influence sur la SCR est manifeste au vu de la direction qu'elle a prise sous votre leadership. J'ai gagné énormément en travaillant à vos côtés et en apprenant de vous. Merci pour tout ce que vous avez fait et continuez à faire.

J'ai terminé ma formation en rhumatologie en 2007, en Inde, et j'ai déménagé au Canada en 2008. Depuis, je suis membre de la SCR et, au fil des ans, j'ai travaillé en étroite collaboration avec bon nombre d'entre vous. Vous m'avez accueilli à bras ouverts, et en plus d'interagir avec les membres, d'apprendre de leurs compétences et connaissances incroyables, la SCR m'a fourni de nombreuses possibilités de croissance personnelle. J'en serai toujours reconnaissant.

Au cours de mon mandat de président de la SCR, je me concentrerai sur l'engagement des membres, en augmentant les possibilités de perfectionnement personnel et profes-



sionnel et en dirigeant la mission de la SCR pour vous permettre de poursuivre l'excellence en matière d'éducation, de recherche et de soins dans le domaine des maladies rhumatismales, au bénéfice de nos patients. Je n'ai aucun doute que nous poursuivrons ce chemin vers l'excellence, grâce à l'incroyable énergie de nos membres qui continuent à nous soutenir généreusement en s'engageant activement et en participant aux importants travaux de nos comités. Ma plus grande force est l'équipe du personnel de la SCR qui travaille sans relâche pour servir cette grande organisation. J'ai la chance de travailler avec les collègues les plus dévoués et les plus compétents dont on puisse rêver. Sous la direction du Dr Ahmad Zbib, le personnel de la SCR a véritablement transformé nos activités, et nous recevons des éloges de la

part de nombreux acteurs du monde des organismes à but non lucratif. Merci, Ahmad, Virginia, Claire, Mona, Sue, Madalyn et Sandra pour l'attention, l'organisation et la passion que vous apportez à la SCR. J'ai hâte de travailler avec vous pour servir au mieux les membres de la SCR.

*Nigil Haroon, M.D., Ph. D., D.M., FRCPC, MBA
Président, Société canadienne de rhumatologie
Codirecteur, Programme de spondylite, Réseau universitaire de santé
Scientifique clinicien, Réseau universitaire de santé
Scientifique, Krembil Research Institute
Professeur agrégé, Université de Toronto
Toronto (Ontario)*

Rhumatologue émérite de la SCR en 2022 : Dr John G. Hanly

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

J'ai décidé de devenir rhumatologue en grande partie grâce à l'influence du professeur Barry Bresnihan, avec qui j'ai travaillé pendant deux ans (1982-1984) à Dublin, en Irlande. Il a été mon modèle, et, en tant que mentor, il m'a épaulé tout au long de ma carrière. Résolument engagé et décidé à faire progresser la prise en charge des patients atteints de maladies rhumatismales grâce à la recherche, il a surmonté d'importants défis professionnels au cours de sa carrière. De plus, il a inspiré et encouragé un groupe de fellows en rhumatologie à poursuivre une carrière universitaire, et la plupart d'entre eux ont ensuite établi des programmes de recherche indépendants en Irlande ou à l'étranger. Sur une note personnelle, c'était également quelqu'un de très drôle et il m'a traité d'égal à égal malgré notre différence d'ancienneté.



Né en Irlande et après avoir obtenu votre diplôme de médecine à la National University of Ireland en 1978, vous avez commencé votre carrière médicale à Dublin où vous avez pris part à une recherche académique de deux ans en rhumatologie avec le professeur Barry Bresnihan, à Dublin également. Celle-ci était axée sur l'efficacité clinique et les effets immunomodulateurs de l'irradiation lymphoïde totale chez les patients présentant une polyarthrite rhumatoïde grave. En 1984, vous avez émigré au Canada et avez entrepris une formation clinique postdoctorale en rhumatologie et en immunologie à l'Université de Toronto et à l'Université McMaster.

a) D'où viennent votre passion et votre intérêt pour la rhumatologie?

Notre spécialité présente de nombreux attraits, tant d'un point de vue clinique que scientifique. Nous pouvons en effet être amenés à traiter une diversité de types et de formes de maladies cliniques; et nous avons également la possibilité d'établir un lien entre des observations scientifiques fondamentales et le patient, et de traduire une science fondamentale en traitements concrets, par exemple.

b) Pouvez-vous nous en dire plus sur votre parcours professionnel de l'Irlande au Canada et sur les raisons de votre installation au Canada?

Lorsque j'ai quitté l'Irlande en 1984, il était habituel de pour-

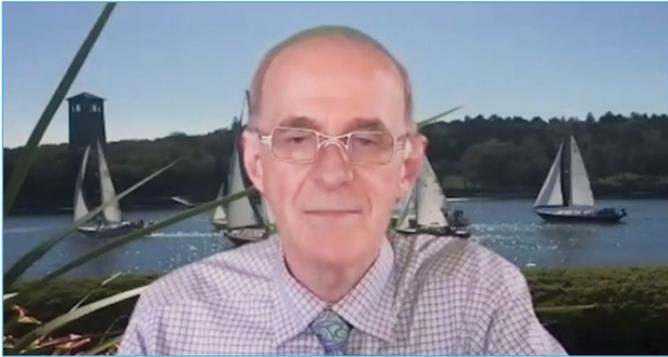
suivre une formation vers une sous-spécialité à l'étranger, soit au Royaume-Uni, soit en Amérique du Nord. Mon frère jumeau, qui est pneumologue, avait déménagé au Canada quelques années plus tôt. Voilà donc une première raison. En outre, ma femme (également médecin) et moi avons également la possibilité de travailler au Canada, à l'Université McMaster et à l'Université de Toronto, respectivement.

En plus de vos activités cliniques et d'enseignement, vous êtes également un chercheur clinique respecté. En tant que chercheur, vous bénéficiez, depuis 2002, d'un financement continu, approuvé par les pairs, des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Vous vous êtes concentré sur l'étude des mécanismes pathogènes du lupus érythémateux

disséminé (LED) et de leurs résultats cliniques. Vos travaux les plus importants portaient sur les effets du lupus sur le cerveau et d'autres parties du système nerveux. Votre dossier de publication sur le lupus neuropsychiatrique est reconnu à l'échelle internationale. Pouvez-vous nous en dire plus sur vos recherches et sur leur incidence sur notre compréhension du LED et de ses répercussions pour les patients?

Ma décision de me concentrer sur le lupus du système nerveux au début de ma carrière a été quelque peu fortuite. J'ai en outre bénéficié du soutien de mes collègues pendant ma formation et dans mon établissement d'origine à Halifax. Mes premiers travaux ont favorisé la compréhension des mécanismes pathogénétiques et de l'évolution clinique du dysfonctionnement cognitif, l'une des formes les plus courantes de lupus du système nerveux. Au cours des 20 dernières années, j'ai pu étendre ces travaux à une vaste cohorte internationale de patients atteints d'un LED. Ces efforts ont bénéficié d'un financement à long terme de la part des IRSC, ont donné lieu à plusieurs publications très médiatisées et ont favorisé de nombreuses collaborations avec des collègues du Canada et du monde entier. Pour les patients, nous avons constaté que seuls 30 % de tous les événements liés au système nerveux chez ceux atteints d'un LED sont attribuables au lupus; l'issue de ces événements est généralement très favorable, et nous progressons régulièrement dans la compréhension des effets du lupus sur le cerveau et d'autres parties du système nerveux.

Au niveau international, vous êtes l'ancien président des Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC), un réseau international de chercheurs sur le lupus dans 16 pays. Grâce à votre appartenance continue



Le Dr Hanly recevant le Prix du rhumatologue émérite de la SCR lors du gala virtuel en février 2022.

à des réseaux nationaux et internationaux menant des études cliniques sur lupus, vous êtes toujours un acteur productif dans ce domaine. Comment cette collaboration internationale a-t-elle contribué à façonner le domaine de la rhumatologie, et en particulier du LED, ici et ailleurs?

Le LED est une maladie relativement rare, d'où l'importance de la recherche collaborative pour avancer. Les centres canadiens membres des SLICC ont apporté une contribution considérable en dirigeant l'organisation, en défendant des projets de recherche individuels et en remettant en question le recrutement de patients. Au cours des trente dernières années, la réussite collective des SLICC a largement dépassé les avancées potentielles de chaque centre SLICC. Les connaissances acquises ont permis d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'un LED.

Quel est le défi organisationnel et professionnel le plus important auquel vous avez été confronté.

Et comment êtes-vous parvenu à le surmonter?

Tous les cliniciens-chercheurs sont confrontés à la difficulté de consacrer du temps à leurs travaux de recherche tout en s'acquittant de leurs autres responsabilités cliniques et universitaires. La bienveillance de leurs collègues locaux, un environnement universitaire favorable, une conviction et un engagement inébranlables envers la mission sont les clés de la réussite.

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

J'ai assisté à l'émergence de nouvelles modalités diagnostiques et thérapeutiques dans l'avancement des soins cliniques et j'ai constaté l'importance de la collaboration en matière de recherche, en tant qu'élément clé des progrès et de la réussite scientifiques.

Selon vous, à quels défis les rhumatologues canadiens seront-ils confrontés à l'avenir? Et que la SCR et ces rhumatologues peuvent-ils faire pour les relever?

Dans la pratique clinique, le fardeau administratif lié à l'accès des patients aux nouveaux médicaments ne cesse d'augmenter. Les postes de clinicien-chercheur dans les centres universitaires de rhumatologie n'ont pas suivi le rythme de l'augmentation des ressources en rhumatologie et le financement

« ferme » de ces postes diminue. La SCR prend fait et cause pour la profession sur ces deux questions.

Vous avez été distingué par de nombreux prix saluant vos avancées dans la recherche sur le lupus, notamment le prix Edmund L. Dubois Memorial Award de l'ACR, le Prix du chercheur émérite de la SCR et le prix Ira Goldstein Honoree Award de l'Université de New York. De plus, vous avez été désigné Maître/Master par la SCR et l'ACR. Quelle a été votre première pensée lorsque vous avez appris que vous alliez recevoir le Prix du rhumatologue émérite de la SCR?

J'ai été flatté, reconnaissant et honoré de recevoir ce prix. Cela a été un honneur de rejoindre la liste des rhumatologues exceptionnels déjà distingués par ce prix.

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

Cette désignation s'applique, je l'espère, à une personne ayant contribué à faire avancer la prise en charge des patients atteints d'une maladie rhumatismale.

Quelle est votre nourriture ou cuisine préférée?

Celle de ma femme!

Quelle est votre destination de vacances de rêve?

Le Kenya pour un safari et la Nouvelle-Zélande pour le tourisme.

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

Deux.

Nous savons que vous avez un jumeau identique, lui-même éminent médecin, qui vit actuellement au Canada.

Comment vos parcours professionnels respectifs se sont-ils imbriqués et comment vous êtes-vous aidés mutuellement pour réussir professionnellement?

Le lien fraternel qui unit des jumeaux identiques est spécial et probablement unique. Mon frère et moi avons tous deux poursuivi une carrière universitaire en médecine dans des spécialités différentes. Nous avons vécu des expériences communes et nous nous sommes parfois conseillés mutuellement, que ce soit dans le domaine universitaire ou sur le plan politique. Nous sommes tous deux mariés à des personnes merveilleuses et influentes, qui sont également des médecins travaillant dans le milieu universitaire et qui ont elles-mêmes connu beaucoup de réussite dans leur carrière. Mon frère et moi avons toujours une passion commune, en dehors du travail, pour le jardinage, la pêche à la mouche et le rugby (nous sommes des supporters inconditionnels et de longue date du Rugby Munster et de l'Irlande).

John G. Hanly, M.D, FRCPC

Professeur de médecine et de pathologie,

Directeur de recherche,

Division de rhumatologie et Département de médecine,

Université Dalhousie et Queen Elizabeth II Health Sciences Center,

Halifax (Nouvelle-Écosse)

Rhumatologue émérite de la SCR en 2022 : D^{re} Lori Tucker

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

Je pense que j'étais prédestinée à embrasser une carrière de rhumatologue, en fait! Avant d'entrer à l'école de médecine, j'ai passé un an dans un laboratoire d'immunologie renommé, dirigé par le D^r Matthew Scharff, à l'Albert Einstein College of Medicine, où j'ai découvert les anticorps monoclonaux et l'immunologie cellulaire, et où j'ai eu la chance de faire partie d'un modèle fantastique de recherche translationnelle. Après mes études de médecine, j'ai commencé ma formation en pédiatrie à Boston. La nouvelle cheffe du département était alors la D^{re} Jane Schaller, une véritable pionnière de la rhumatologie pédiatrique. C'est là que j'ai appris que la rhumatologie pédiatrique pouvait être un choix de carrière, et j'ai été attirée par la combinaison des divers aspects de cette discipline : diagnostics complexes, immunologie et prise en charge de maladies chroniques. J'ai aussi beaucoup apprécié le travail en équipe. J'aime en effet travailler avec les infirmiers, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, et j'apprécie également l'aspect social de ce travail. La combinaison parfaite pour moi.



nous avons eue réside dans notre capacité à mener des projets multicentriques de manière collaborative. Nous avons misé sur les extraordinaires compétences de nos membres en épidémiologie, en sciences de laboratoire et en sciences cliniques, dans un environnement où les contributions de chacun sont appréciées. Je me réjouis à l'idée de voir la nouvelle génération de rhumatologues pédiatriques canadiens se réunir dans le cadre du réseau CAPRI afin d'œuvrer dans la même optique, et je vous assure qu'avec cette nouvelle génération, nous sommes entre bonnes mains!

Vous avez codirigé les deux plus grandes études de recherche longitudinale multicentriques sur l'arthrite juvénile idiopathique (AJI) menées au Canada au cours des 15 dernières années, ReACCh-Out et LEAP (abréviation de *Linking Exercise, Physical Activity, and Pathophysiology*

***in Canadian Children with Juvenile Idiopathic Arthritis*) et vous avez joué un rôle déterminant dans l'élaboration du registre longitudinal national CAPRI JIA. Vous avez également mis sur pied un programme clinique sur les maladies auto-inflammatoires au BC Children's Hospital, qui dessert la province de la Colombie-Britannique. Ce programme intègre la recherche translationnelle dans chaque consultation clinique.**

Vous êtes professeure clinicienne en pédiatrie et cheffe de la Division de rhumatologie pédiatrique à l'Université de la Colombie-Britannique et au BC Children's Hospital, ainsi que chercheuse clinicienne au BC Children's Hospital Research Institute. De plus, vous faites partie des membres fondateurs et êtes l'ancienne présidente de la Canadian Alliance for Pediatric Rheumatology Investigators, le réseau national canadien chercheurs en rhumatologie pédiatrique.

a) D'où vient votre passion pour la rhumatologie pédiatrique?

Ma passion pour la rhumatologie pédiatrique me vient des enfants et de leurs familles. J'ai toujours apprécié l'aspect « casse-tête » des diagnostics de rhumatologie pédiatrique, ainsi que la mise à profit de mes connaissances pour aider les parents à comprendre la maladie de leur enfant et à trouver des solutions pour améliorer leur état de santé. Pour moi, c'est un privilège d'aider les enfants atteints de maladies rhumatismales à grandir et à se développer au mieux de leurs capacités, et j'aime l'objectif à long terme de notre travail. J'aime aussi travailler au sein d'une équipe. D'ailleurs, la plupart des avancées que nous avons obtenues en matière de prise en charge clinique et de recherche, nous les devons aux équipes exceptionnelles avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler.

b) Pouvez-vous nous en dire plus sur la Canadian Alliance for Pediatric Rheumatology Investigators (CAPRI)? Quelle est l'origine de sa fondation et quelle incidence a-t-elle eue sur la pratique de la rhumatologie au Canada?

Au Canada, la communauté de rhumatologie pédiatrique a toujours été un groupe soudé, convivial et animé par un réel esprit d'équipe. Lorsque j'ai emménagé au Canada, je me suis sentie très bien accueillie. En 2011, nous nous sommes tous rencontrés lors d'une réunion déterminante à Vancouver, sous l'égide de Ciaran Duffy, et nous avons convenu que nous devrions mener des recherches collaboratives sur la rhumatologie pédiatrique, en tant que groupe. De cette réunion, la Canadian Alliance of Pediatric Rheumatology Investigators, CAPRI, est née. En tant que groupe entièrement bénévole, qui réunit tous les rhumatologues pédiatriques, ainsi que ceux qui prennent part à d'importantes recherches en rhumatologie pédiatrique au Canada, nous avons réussi à obtenir de nombreuses subventions et avons mené une série de projets à l'échelle nationale. Je dirais que l'incidence majeure que

a) Pouvez-vous nous en dire plus sur vos travaux de recherche et sur la façon dont ils ont façonné le paysage de la rhumatologie pédiatrique?

J'ai eu la chance incroyable de faire partie d'un groupe national de chercheurs en rhumatologie pédiatrique qui ont extrêmement bien travaillé ensemble dans l'étude des enfants atteints d'AJI au Canada. Lorsque nous avons présenté la première demande de financement pour le projet d'équipe de recherche ReACCh-Out, notre objectif était d'établir un registre longitudinal destiné à recueillir des renseignements détaillés sur des enfants atteints d'AJI dans toutes les provinces du Canada et nous y sommes parvenus. Ce premier projet a ouvert la voie à d'autres travaux, et notre groupe a mis au point des méthodes de collecte de données multicentriques et de collecte d'échantillons qui ont par la suite été utilisées dans des projets importants. Les résultats de notre étude ReACCh-Out ont démontré qu'avec les traitements actuels, au Canada, chez la majorité des enfants auxquels une AJI a été récemment diagnostiquée, la maladie est bien maîtrisée dans les six mois. En outre, nous avons réussi à comprendre les facteurs prédictifs de la forme grave de la maladie, les trajectoires de la douleur et de la qualité de vie, ainsi que les facteurs associés aux risques de poussées. Grâce au travail mené auprès d'enfants atteints d'AJI et de leurs parents, nous avons mis au jour des résultats particulièrement intéressants pour eux. Nous avons utilisé nos données pour élaborer des méthodes de prédiction de ces résultats et nous nous lançons maintenant dans un essai ambitieux portant sur l'application de ces méthodes de prédiction dans la prise de décisions cliniques partagée à travers le Canada. Il est formidable de constater que les compétences, la passion et le travail acharné de tous ces rhumatologues pédiatriques à travers le pays ont contribué à faire avancer ces recherches en faveur d'un véritable changement sur le plan clinique.

Je tiens également à souligner que les travaux menés dans le cadre de l'étude ReACCh-Out, avec Ciaran Duffy, Kiem Oen et Rae Yeung, ont débouché sur d'autres projets très importants, rendus possible grâce aux financements obtenus, à savoir *Biologically Based Predictors of JIA* (BBOP) avec Alan Rosenberg et *Understanding Childhood Arthritis Network* (UCAN-CAN DU) avec Rae Yeung et Susa Benseler. Ces projets s'inscrivent dans la poursuite de la recherche collaborative en rhumatologie pédiatrique, à l'initiative de chercheurs Canadiens.



La Dre Tucker recevant le Prix du rhumatologue émérite de la SCR lors du gala virtuel en février 2022.

En plus de vos activités cliniques et de recherche, vous n'avez eu de cesse de vous engager en faveur de la défense des intérêts des patients et du renforcement des partenariats entre l'équipe clinique, les parents et les patients, en tant que conseillère médicale et membre du conseil d'administration de l'organisation caritative Cassie and Friends: A Society for Children with Arthritis and Rheumatic Diseases. Cet organisme national dirigé par des parents et des patients s'est fait le porte-parole de la rhumatologie pédiatrique au Canada, recueillant des fonds pour les besoins directs des patients et la recherche, proposant des séances d'information et de formation en ligne, et élaborant des programmes de soutien aux parents et aux jeunes. Pourquoi cet engagement en faveur de la défense des intérêts des patients était-il important pour vous? Pouvez-vous nous donner un exemple concret de la façon dont l'association Cassie and Friends a contribué à améliorer la prise en charge des patients en rhumatologie pédiatrique?

J'ai toujours pensé qu'il était de notre devoir de parler au nom de nos patients, et de les accompagner afin de leur permettre d'accéder de façon équitable aux soins nécessaires pour obtenir les meilleurs résultats possible. C'est l'une de nos responsabilités en tant que spécialistes pédiatriques. Je m'intéresse à la façon dont nous, en tant que médecins et experts médicaux, pouvons travailler avec le gouvernement et l'administration, entre autres, pour améliorer la prise en charge des patients. Et lorsque vous travaillez avec des enfants atteints de maladies rhumatismales, vous découvrez très rapidement que ces maladies et leurs difficultés sont très peu connues, d'où le manque d'intérêt pour ce domaine.

Les enfants atteints d'arthrite (et d'autres maladies rhumatismales) et leurs familles n'ont jamais vraiment eu de porte-parole influent au Canada, ni de groupe uniquement dédié aux questions importantes pour eux. Cassie and Friends se fait désormais l'interprète de nos petits patients. Après ses débuts dans la province de Colombie-Britannique, l'association évolue désormais à l'échelle nationale. Le travail de Cassie and Friends, considérée comme la porte-parole des maladies rhumatismales pédiatriques au Canada et dont la crédibilité n'est plus à démontrer auprès des équipes cliniques, des organismes de financement, du gouvernement et des médias, est absolument époustoufflant. Les rhumatologues pédiatriques de tout le pays travaillent avec leurs propres équipes et Cassie and Friends sur des projets locaux et nationaux. Nous disposons désormais d'un programme dynamique destiné aux jeunes atteints de maladies rhumatismales, leur permettant de rencontrer d'autres personnes et de mettre en place des programmes de soutien, ainsi que de participer à la recherche et à son avancement. Les formations virtuelles mises en place par Cassie and Friends depuis le début de la pandémie sont incroyables, et nombre de nos familles utilisent la « bibliothèque » pédagogique en cas de besoin. J'adore travailler avec Cassie and Friends parce que j'observe les bénéfices de notre travail tous les jours à la clinique lorsque je m'entretiens avec les familles.

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

Il y en a eu plusieurs, mais le plus percutant a été l'autorisation du méthotrexate et, par la suite, des produits biologiques dans le traitement de l'AJI. Les changements apportés dans le traitement des enfants atteints d'AJI, motivés par les connaissances scientifiques, ont complètement transformé

l'évolution de la plupart des enfants atteints de cette maladie. Pour preuve : nos photos du *Arthritis Camp*, organisé en Colombie-Britannique il y a 25 ans, qui montrent des enfants utilisant des béquilles ou en fauteuil roulant, et présentant une croissance limitée par l'utilisation des stéroïdes; tandis qu'aujourd'hui, sur les mêmes photos, apparaissent des enfants en forme et en bonne santé.

Un autre changement fascinant réside dans l'évolution et l'amélioration de notre compréhension des maladies auto-inflammatoires, grâce à la recherche fondamentale et translationnelle. Les rhumatologues pédiatriques diagnostiquent et traitent désormais un tout nouvel ensemble de maladies et ont encore beaucoup à apprendre au jour le jour.

Selon vous, à quels défis les rhumatologues canadiens seront-ils confrontés à l'avenir? Et que la SCR et ces rhumatologues peuvent-ils faire pour les relever?

Les défis en rhumatologie pédiatrique concernent l'amélioration des soins pour les enfants et les jeunes atteints de maladies rhumatismales au Canada, l'augmentation de notre capacité et de nos résultats de recherche, et l'application de ces nouvelles connaissances en vue d'améliorer la prise en charge. Les enfants sont encore orientés vers les services de rhumatologie à des fins de diagnostic et de traitement trop tardivement après l'apparition de la maladie. En outre, de graves problèmes d'accès aux soins et aux traitements persistent pour de nombreux enfants atteints de maladies rhumatismales.

Quelle a été votre première pensée lorsque vous avez appris que vous alliez recevoir le Prix du rhumatologue émérite de la SCR?

Pour être honnête, j'ai été stupéfaite, surprise et très honorée. Je considère mes collègues et collaborateurs du secteur de la pédiatrie comme des partenaires de travail et des amis, et cela signifie beaucoup pour moi d'être reconnue par la communauté des rhumatologues pour le travail que j'ai accompli au fil des ans. J'ai également beaucoup de respect pour le travail que la SCR accomplit, avec des rhumatologues bénévoles, au nom de notre profession et de nos patients. Voilà pourquoi cet honneur m'est d'autant plus cher puisqu'il m'est décerné par cette organisation qui occupe une place particulière dans mon cœur.

Vous êtes coincée sur une île déserte.

Quel livre aimeriez-vous avoir avec vous?

Pour la lecture :

J'aimerais avoir un carnet de croquis, des crayons et des stylos à dessin.

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

Par une journée ensoleillée, je ferais une balade à vélo à Vancouver. Par temps pluvieux (il faut toujours s'y préparer à « Raincouver »), je tricoterai ou je ferais des gâteaux.

Quelle est votre nourriture ou cuisine préférée?

Je ne refuse jamais de la crème glacée, et j'aime les desserts élaborés et intéressants.

Quelle est votre destination de vacances de rêve?

La Patagonie pour y faire de la randonnée.

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

Au risque de passer pour quelqu'un de snob, ce n'est pas seulement le nombre de tasses qui compte, mais la qualité.

Je dirais deux tasses (et le café Starbucks n'a pas ma préférence) de ma production ou une tasse dans l'un des nombreux cafés situés près de chez moi.

Lori Tucker, M.D., FRCPC,

Professeure de clinique, pédiatrie,

Directrice de la division de rhumatologie,

Département de pédiatrie

Chercheuse clinicienne,

BC Children's Hospital Research Institute,

BC Children's Hospital et Université de la Colombie-Britannique

Vancouver (Colombie-Britannique)

Chercheur émergent de la SCR en 2022 : D^{re} Jessica Widdifield

Vous êtes scientifique au Sunnybrook Research Institute dans le cadre du *Holland Bone and Joint Research Program* et à l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), ainsi que professeure adjointe à l'Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation dans le domaine des soins de santé, où vous dispensez également des cours sur les méthodes de recherche de base et de perfectionnement sur les services de santé dans le cadre des programmes de recherche sur l'épidémiologie clinique et les services de santé. Vous dirigez un programme de recherche novateur et performant, axé sur les résultats et la recherche sur les services de santé dans les maladies rhumatismales et musculosquelettiques (MRM). De plus, vous êtes l'auteure de plus de 60 publications présentant des données probantes en situation réelle visant à améliorer les soins aux patients, les résultats des patients, ainsi que l'efficacité et la durabilité du système de santé pour les MRM dans l'ensemble du continuum de soins. Pouvez-vous nous en dire plus sur vos recherches?

L'objectif global de mon programme de recherche est de contribuer à l'avancement des connaissances afin d'éclairer les stratégies d'optimisation des soins et des résultats pour les patients atteints de MRM, et de renforcer la capacité du système de santé à prendre en charge ces affections de manière optimale. J'adopte, dans mes recherches, une approche axée sur la santé de la population tirant profit de sources de données secondaires riches et diversifiées (dossiers médicaux), et mes travaux se sont concentrés sur quatre principaux domaines d'activités : un domaine se concentre sur la quantification des changements survenus, au fil du temps, dans le fardeau des MRM dans la population et sur la capacité du système de santé à répondre aux demandes croissantes de ces patients. Dans ce domaine de recherche, j'ai également quantifié les changements survenus au fil du temps dans les effectifs en rhumatologie, les changements dans les consultations médicales au niveau de la population et au niveau des cabinets de rhumatologues au fil du temps (c.-à-d. les volumes de patients), ainsi que la variation géographique de l'offre et de l'accès aux rhumatologues. J'ai également évalué les différences entre les rhumatologues masculins et féminins pour ce qui est de l'activité clinique et de la rémunération. Mon deuxième domaine de recherche se concentre sur l'évaluation des résultats des patients, notamment sur les résultats pathologiques (comme la mortalité), les résultats des interventions (comme les évaluations pharmaco-épidémiologiques) et les résultats des prises en charge, avec un intérêt particulier pour ce dernier, pour lequel j'ai eu à cœur de démontrer l'importance d'un accès précoce aux soins rhumatologiques et de leur maintien sur l'amélioration des résultats. Mon troisième domaine de recherche se concentre sur la mesure de la qualité. En effet, il est primordial de veiller à l'innocuité, à l'efficacité, au caractère opportun et à l'efficacité de la prise en charge des patients atteints de MRM (en tirant profit des ressources pour obtenir la meilleure qualité possible). Il convient également de veiller à ce que cette prise en charge soit équitable et centrée sur le patient. Parmi ces six critères de qualité des soins, je donne la priorité aux évaluations concernant la vérification



du caractère opportun de la prise en charge et du traitement de l'arthrite inflammatoire. En effet, les longs délais en rhumatologie constituent l'un des principaux signes trahissant le manque de capacité du système de santé à répondre aux demandes des patients. Mon quatrième domaine de recherche, qui fonctionne en synergie avec les efforts déployés dans les trois autres domaines d'activités, consiste à contribuer à améliorer les capacités de recherche et à faire progresser la science en faveur de l'utilisation des données secondaires (données administratives sur la santé et DME) pour les activités de recherche et de mesure de la qualité. Si ces sources de données secondaires peuvent jouer un rôle important dans l'orientation de la prise en charge médicale de la population et de l'évaluation des soins et des résultats, il persiste cependant des incertitudes quant à la qualité des données (validité et fiabilité), celles-ci n'ayant pas, à l'origine, été recueillies à des fins de recherche. Par conséquent,

l'utilisation de ces données nécessite une évaluation minutieuse et continue.

Vos recherches ont sensiblement contribué à faire avancer la compréhension des changements survenus dans les effectifs en rhumatologie et du fardeau de la maladie à l'échelle de la population, des déterminants de la santé, des résultats des prises en charge, de la prestation des soins de santé et de la qualité des soins pour les patients atteints d'une MRM. D'après vous, quels sont changements susceptibles de survenir dans le contexte de la rhumatologie au Canada au cours des dix prochaines années? Pensez-vous que la pénurie de personnel en rhumatologie sera résolue? Dans l'affirmative, de quelle façon?

Du point de vue de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé, je crains que les problèmes touchant actuellement les effectifs en rhumatologie ne s'amplifient avec le temps. Sachant que nous faisons déjà face à une pénurie de rhumatologues et à la croissance démographique rapide et continue du Canada en raison de l'immigration et du vieillissement de la population, et compte tenu de la durée de la formation d'un rhumatologue, à savoir au moins neuf ans (avec l'école de médecine), à moins que des investissements ne permettent dès AUJOURD'HUI d'augmenter la capacité des programmes de formation en rhumatologie, dans dix ans, nous connaissons toujours une pénurie. Toutefois, vis-à-vis de la résilience de la communauté rhumatologique, je ne veux pas paraître trop pessimiste. Si nous accordons collectivement la priorité aux efforts axés sur des stratégies visant à renforcer la capacité des effectifs en rhumatologie, peut-être la situation s'améliorera-t-elle. Ces efforts devront se concentrer sur les points suivants : 1) accroître le recrutement de rhumatologues cliniciens en équivalent temps plein (p. ex. en augmentant les occasions, pour les étudiants en médecine, de découvrir le domaine de la rhumatologie, en augmentant le nombre de postes de résidence en rhumatologie, en recrutant de façon éthique des diplômés internationaux en médecine), 2) améliorer la répartition régionale des rhumatologues au Canada,



La Dre Widdifield recevant le Prix du chercheur émergent de la SCR lors du gala virtuel en février 2022.

3) améliorer le maintien en poste des rhumatologues au sein des effectifs, 4) promouvoir et améliorer la capacité des effectifs avec des professionnels de la santé interdisciplinaires (p. ex. soutien financier au niveau gouvernemental, régional et local pour élargir les modèles interdisciplinaires de soins afin d'appuyer les pratiques de rhumatologie), 5) financer la recherche pour obtenir des données sur la façon de mettre en place plus efficacement les effectifs en rhumatologie et d'améliorer la planification des besoins à venir de la population canadienne en matière de santé, et 6) soutenir l'équité, la diversité et l'inclusion en rhumatologie (p. ex. en élaborant et en mettant en œuvre des programmes visant à permettre à chacun de s'épanouir; en remédiant aux inégalités fondées sur le sexe dans les échelles de rémunération).

Du point de vue de la recherche et de la pratique en rhumatologie, je pense que la durabilité environnementale pourrait jouer un rôle plus important dans le paysage de la rhumatologie au cours des dix prochaines années. Le secteur de la santé consomme une énergie considérable, de grandes quantités de plastiques, de papier et d'autres ressources, et produit des quantités importantes de déchets. La nécessité de réduire les impacts environnementaux du secteur de la santé est de plus en plus évidente aujourd'hui. En effet, nous ne devons pas compromettre notre capacité à répondre aux besoins des générations futures. Je pense qu'au cours des prochaines années, l'application d'une perspective de durabilité environnementale dans la pratique quotidienne sera plus courante. Par exemple, les chercheurs intégreront de plus en plus les avantages et les coûts environnementaux dans les critères de mesure des résultats ou comme dimension de la qualité. Nous assisterons à la mise en place de mesures normalisées et de méthodes de recherche pour évaluer les effets environnementaux des activités du système de santé. Les lignes directrices cliniques et les cabinets médicaux commenceront à intégrer la notion de durabilité environnementale dans la prise de décisions cliniques, par exemple en encourageant le recours à la télémédecine pour les patients stables afin de réduire l'empreinte carbone du transport, en adoptant la « pharmÉcovigilance » et l'utilisation durable des produits pharmaceutiques pour réduire la contamination environnementale, comme l'élimination appropriée des médicaments restants et l'utilisation d'emballages durables pour les produits pharmaceutiques. Nous pourrions même voir des organismes subventionnaires et des organismes spécialisés dans l'examen de financements (peut-être même des comités d'éthique) analyser minutieusement les protocoles d'étude pour déterminer les pratiques éthiquement responsables (p. ex. toutes les visites d'étude sont-elles nécessaires ou les résultats déclarés par les patients pourraient-ils être recueillis par voie électronique?). La détermination et la réduction des déchets administratifs et des déchets d'exploitation (comme la répétition de tests/d'exams d'imagerie inutiles et d'autres redondances/inefficacités) revêtiront une importance croissante au cours de la prochaine décennie.

Comme le dit le dicton, la réussite est la somme de petits efforts, répétés jour après jour. Quels que soient les défis qui se profilent, je suis convaincue que la communauté rhumatologique se penchera collectivement sur les problèmes nuisant à la durabilité des effectifs, et œuvrera également en faveur du mouvement de durabilité environnementale, par lequel les patients, les soignants et les chercheurs considéreront le monde qui les entoure comme un tout indissociable.

Lors du discours des chercheurs émergents à la réunion scientifique de la SCR de cette année, vous avez présenté des résultats de recherche sur l'incidence de la pandémie sur les patients et les rhumatologues. Sur quels autres domaines de recherche travaillez-vous actuellement?

Mon attention se concentre maintenant sur la base de données de DME en rhumatologie à l'ICES. Ces dernières années, nous avons regroupé les données sur les DME transmises par des rhumatologues de l'Ontario dans une base de données centralisée. Le lancement de ce projet a nécessité un travail administratif considérable, avec des questions de confidentialité et des points juridiques à traiter, la préparation de l'infrastructure pour héberger les données en toute sécurité, l'achèvement du processus, et l'extraction et l'acquisition des données de DME rhumatologiques dans un référentiel de données central. Une fois les données des DME obtenues, elles doivent être traitées, anonymisées et les variables de données cartographiées entre les pratiques individuelles dans un modèle ou un schéma de données commun, avec un dictionnaire de données pour refléter le contenu et la structure des données. Ensuite, des évaluations détaillées de la qualité des données sont entreprises pour déterminer quelles questions de recherche peuvent être traitées de manière réalisable et précise à l'aide des données. Le recrutement de rhumatologues (invités à transmettre une copie des données concernant leur pratique) se fait par phases et l'augmentation du nombre de participants est en cours. Cette nouvelle source de données offrira d'énormes possibilités en matière d'activités de recherche collaboratives avec la communauté rhumatologique au sens large. L'objectif : tirer pleinement profit de l'utilisation des données de DME pour la recherche et les activités de mesure et d'amélioration de la qualité.

Sur le plan professionnel, quelle est la réussite dont vous êtes le plus fière à ce jour?

Il est difficile de déterminer l'accomplissement dont je me sens le plus fière, car plusieurs réalisations m'ont beaucoup touchée, à divers égards. L'obtention d'une bourse *Banting Postdoc Award* m'a émue aux larmes. Cela a sûrement été la réussite la plus émouvante pour moi, car cela signifiait qu'un comité d'évaluation par des pairs des IRSC estimait que je méritais de poursuivre ma formation en vue d'une carrière de chercheuse indépendante. Cet événement a contribué à me redonner confiance, à un moment où j'en avais le plus besoin. L'obtention d'une Bourse des étoiles pour le développement de carrière de la Société de l'arthrite a également été une étape importante. Débuter en tant que nouveau chercheur s'avère parfois déroutant, car on est constamment entraîné dans des directions différentes du fait d'autres forces internes et externes susceptibles d'influencer directement ou indirectement les activités de recherche que nous entreprenons. La Bourse des étoiles m'a aidée à définir les priorités de mon programme de recherche. Et bien sûr, je suis profondément honorée d'être la lauréate du Prix du chercheur émergent de 2022 de la SCR. La reconnaissance, par mes pairs, de mes travaux de recherche sur les maladies rhumatismales au Canada est très précieuse.

*Jessica Widdifield, Ph. D.
Scientifique, Sunnybrook Research Institut
(Holland Bone & Joint Research Program), ICES
Professeure adjointe, Université de Toronto,
Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé
Toronto (Ontario)*

Grand débat de la SCR 2022 : il est proposé que les professionnels de la santé en rhumatologie puissent prescrire une activité physique et en assurer le suivi

Par Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC, au nom d'Arthur Bookman, M.D., FRCPC; Marie Clements-Baker, M.D., FRCPC; Claire LeBlanc, M.D., FRCPC; et Laura Passalent, PT, BScPT, MHSc, ACPAC

La perspective d'organiser de nouveau le Grand débat de la SCR devant un public en direct suscitait un grand enthousiasme et de vives attentes. Les débatteurs avaient tous accepté d'y participer avec cet espoir. Nous étions en train de nous faire vacciner et entrevoyions l'espoir d'une vie meilleure... Mais le destin en a voulu autrement. Un variant nommé Omicron a tout remis en cause, venant perturber nos projets de réunion. L'événement prévu « en direct » a une nouvelle fois laissé place à un format « virtuel ».

Les débatteurs avaient un intérêt commun pour l'exercice et la forme physiques. Comme l'on pouvait s'y attendre, chacun d'entre eux souhaitait débattre en faveur de la proposition. Toutefois, à force de flatteries et de menaces à peine voilées, le président du débat a réussi à faire transparaître la bonne nature générale des débatteurs et à composer deux équipes mutuellement satisfaisantes. L'équipe favorable à la proposition comptait Laura Passalent et la D^{re} Claire LeBlanc, tandis que l'équipe défavorable à la proposition réunissait les D^{rs} Art Bookman et Marie Clements-Baker. Avant la réunion, d'après les bookmakers de Las Vegas, l'équipe favorable à la proposition l'emportait à 3 contre 1.

Laura Passalent, physiothérapeute agréée dans le cadre du programme *Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care* (ACPAC), a lancé le débat en faveur de la proposition. Elle a décrit les recommandations de 2018 de l'European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) concernant l'importance de l'activité physique pour les personnes atteintes d'arthrite et a ensuite présenté plusieurs revues systématiques démontrant l'effet bénéfique de l'activité physique sur de nombreux symptômes dont souffrent les patients atteints d'une maladie rhumatismale. Elle a conclu en précisant que la plupart des praticiens en rhumatologie évaluent et recommandent déjà la pratique d'une activité physique à leurs patients. Elle a également souligné que les patients sont plus susceptibles d'adhérer à ces recommandations lorsque leur praticien en rhumatologie prescrit une activité physique et en effectue le suivi.

La parole a ensuite été donnée au professeur émérite Art Bookman. Il avait minutieusement compilé le temps total d'une résidence en rhumatologie alloué à l'enseignement des exercices de réadaptation. Et le résultat de l'analyse computationnelle était sans appel : aucun ! Il a en outre souligné que, si des « leaders d'opinion » en rhumatologie tels que Phil « Darth Vader » Baer et Janet « Cat Woman » Pope possèdent de nombreux talents, le domaine de la rééducation par l'exercice n'en fait cependant pas partie. Bien que certains professionnels de la santé en rhumatologie, tels que les thérapeutes agréés dans le cadre de l'ACPAC, possèdent en effet l'expertise nécessaire



en la matière, il sont trop peu nombreux pour répondre à la demande, ce qui risquerait d'entraîner des lacunes en matière de soins, qui ne peuvent pas être comblées par les rhumatologues.

La deuxième intervenante de l'équipe favorable à la proposition était Claire LeBlanc. Elle a d'abord passé en revue les bienfaits de l'exercice physique dans le traitement des maladies rhumatismales pédiatriques. Elle a ensuite battu en brèche le nihilisme des opposants à la proposition, arguant que les obstacles ne sont pas insurmontables, et qu'un « changement de comportement est plus probable avec notre soutien ! » Elle a terminé sa thèse en mettant un casque de hockey et un protège-dents, ce qui, je pense, n'est pas passé inaperçu.

C'est à « New Granny » Marie Clements-Baker qu'est revenue la conclusion du débat. Elle a indiqué que la moitié des rhumatologues ont fait état, dans une enquête récente, d'un épuisement professionnel. En outre, le principal facteur invoqué dans l'épuisement professionnel était « la quantité excessive de tâches bureaucratiques ». Reconnaissant la nécessité que les programmes régionaux appuient la pratique d'une activité physique, elle a cependant allégué que ce n'était pas du ressort des rhumatologues!

Une fois les argumentaires terminés, il était temps de passer au vote. À la grande surprise du président du débat et des bookmakers de Las Vegas, la proposition a été rejetée à l'unanimité. La bonne ambiance et l'esprit de collaboration des débatteurs, cependant, ont été assurés des deux côtés.

Claire a résumé à merveille l'esprit de ce débat : « Ces deux dernières années ont été si difficiles pour tout le monde que je souhaitais que ce moment apporte de la joie aux participants et les fasse rire. » Je pense qu'à cet égard, « l'exercice » a été un succès!

*Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC
Directeur et chef de division intérimaire, professeur agrégé
Division de rhumatologie, Département de médecine
Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)*

Rhumato-Jeopardy 2022

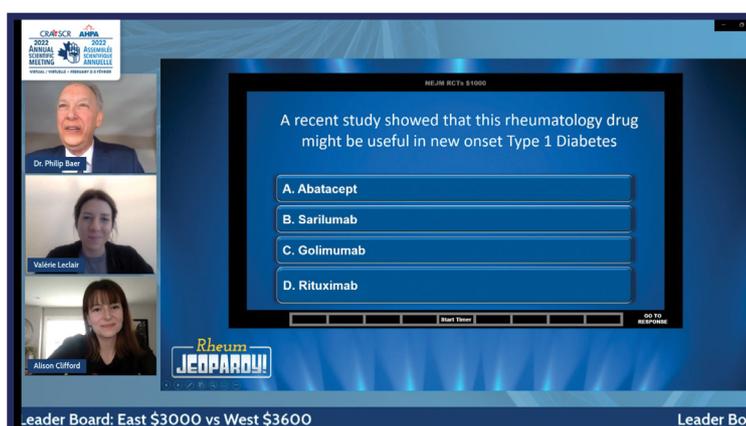
Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Pour la septième année consécutive, *Rhumato-Jeopardy* était de retour en tant que séance plénière dans le cadre de l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) 2022 de la SCR. Il a fallu en modifier encore un peu le format pour pouvoir présenter le jeu sur la plateforme de réunion virtuelle HOPIN, mais l'essence de l'expérience de jeu a été préservée. J'ai assuré l'animation depuis mon bureau à domicile avec l'assistance technique experte de l'équipe de MKEM. Après une partie nulle 0-0 lors de l'édition 2021, la D^{re} Alexandra Legge est revenue en tant que présidente et marqueuse. Nous avons maintenu le format Est contre Ouest, Toronto étant la ligne de démarcation cette année. Nos capitaines d'équipe étaient la D^{re} Valérie Leclair de Montréal et la D^{re} Alison Clifford d'Edmonton. Comme en 2021, seuls les membres de l'équipe dont la capitaine avait choisi une question votaient pour la réponse, ce qui a diminué les scores potentiels. Les capitaines d'équipe ont choisi les mises de la question finale du jeu et y ont répondu seules.

La séance a attiré un large public de participants enthousiastes, 299 délégués y assistant en direct. Après une question d'échauffement liée au pire score de *Jeopardy* de tous les temps (-7 400 \$), 14 questions ont été sélectionnées dans le jeu principal. Elles étaient difficiles, mais nos équipes ont été plus qu'à la hauteur de la tâche. Pot-pourri/COVID et Diagnostics visuels ont été les catégories les plus populaires. Le Comité de formation de la SCR a proposé trois questions sur les compétences par conception (CPC), et deux ont été sélectionnées. L'une des questions épineuses portait sur la fréquence des infections articulaires après des injections de stéroïdes. La réponse choisie était 1 sur 10 000, alors que l'étude danoise citée a déterminé une incidence de 1 sur 1 250.

En l'honneur du D^r Simon Carette, qui a présenté la conférence Dunlop-Dottridge (La vascularite : Qu'avons-nous appris ces 50 dernières années?), quatre questions de *Rhumato-Jeopardy* portaient sur différents types de vascularite : l'artérite à cellules géantes (ACG), la granulomatose (GM), la vascularite du lupus érythémateux systémique (LES) et la vascularite associée aux anticorps cytoplasmiques anti-neutrophiles (ANCA).

À l'issue de la ronde principale, le score penchait en faveur de l'équipe de l'Ouest, avec 5 200 contre 3 700 pour celle de l'Est. Les deux capitaines ont rompu avec la tradition, peut-être en raison du score, et n'ont pas choisi de tout miser sur la question finale *Jeopardy*. La catégorie était « Lauréats des prix de l'OMS », plutôt que la traditionnelle « Rhumatologues canadiens célèbres ». Conformément au thème de la réunion, (Vers l'équité : La rhumatologie pour tous), la question portait sur les femmes dont on n'a pas suffisamment parlé dans l'histoire scientifique. Rosalind Franklin, qui a joué un rôle clé



dans la découverte de la structure de l'ADN5, et Lise Meitner, pionnière de la fission nucléaire, faisaient partie des choix de réponses. Cependant, la bonne réponse était Henrietta Lacks, dont les cellules cancéreuses du col de l'utérus ont été utilisées sans sa permission pour développer la lignée HeLa de cellules immortelles qui sont utilisées depuis 70 ans dans la recherche scientifique; leur utilisation non autorisée fait toujours l'objet de poursuites judiciaires.

Cette question a mystifié les deux capitaines d'équipe. L'équipe de l'Est avait misé 66 % de son score, tandis que celle de l'Ouest, qui menait, n'avait misé que 33 %. C'est donc l'équipe de l'Ouest qui a remporté la partie avec 3 467 points, contre 1 267 pour celle de l'Est. Cela signifie que la D^{re} Alison Clifford présidera probablement *Rhumato-Jeopardy* en 2023 à Québec si le comité scientifique de l'ASA nous accorde une place dans le programme. Espérons-le!

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

N°1
XELJANZ EST
L'INHIBITEUR DE
PROTÉINES JAK
LE PLUS DÉLIVRÉ
AU CANADA*
UN CHEF DE FILE PARMI LES
INHIBITEURS DE PROTÉINES JAK

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

XELJANZ : Faites confiance en notre expérience combinée dans les trois indications

Polyarthrite
rhumatoïde :
2014

Arthrite
psoriasique :
2018

Colite
ulcéreuse :
2018



**PLUS DE 18 000
CANADIENS**
sont inscrits au programme
de soutien pour les patients
recevant XELJANZ^{††}

**PLUS DE 1200
MÉDECINS CANADIENS**
ont prescrit XELJANZ par
l'intermédiaire du programme
de soutien pour les patients
(80 % ont renouvelé l'ordonnance)^{††}

XELJANZ A ÉTÉ
PRESCRIT À **PLUS
DE 362 000 PATIENTS**
dans plus de 90 pays
du monde entier¹

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

PrXELJANZ^{MD}/PrXELJANZ^{MD} XR (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou sévère qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX et à un traitement par au moins un antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM). En cas d'intolérance au MTX ou à d'autres ARMM, 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 ARMM biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

ARTHRITE PSORIASIQUE

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

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

COLITE ULCÉREUSE

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

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

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

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

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

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

Références :

1. Pfizer. Données internes, 2022.
2. Pfizer. Données internes. Listes de médicaments des régimes publics.
3. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR.

Inscrit sur les listes de médicaments
des régimes publics dans toutes
les provinces canadiennes
(autorisation spéciale)²

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

POSOLOGIE SIMPLE
UNE FOIS PAR JOUR
POUR LA POLYARTHRITE
RHUMATOÏDE

11 mg 1 f.p.j.³

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

Veuillez consulter la monographie de XELJANZ/XELJANZ XR à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> et un avis sur des renseignements importants en matière d'innocuité à l'adresse <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/xeljanzxeljanz-xr-tofacitinib-risque-evenements-cardiovasculaires-majeurs-cancer> 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, de thrombose, de mortalité de toutes causes et de manifestations cardiovasculaires graves (y compris l'infarctus du myocarde non fatal);
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes concernant le risque d'infection et d'immunosuppression lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, les femmes en âge de procréer et la fertilité, les réactions d'hypersensibilité au médicament, le risque de réactivation virale, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés (conformément aux directives d'immunisation en vigueur sur la vaccination), le vaccin vivant contre le zona, le risque de cancers, de trouble lymphoprolifératif et de cancer de la peau non mélanique, les patients qui sont des fumeurs ou d'anciens fumeurs et les patients qui présentent d'autres facteurs de risque de cancer, 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, les patients qui présentent d'autres facteurs de risque CV 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.

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

Les croyances et les attitudes inadaptées en lien avec le sommeil sont associées à l'insomnie chez les personnes atteintes d'arthrite

Par Deborah Da Costa, MA, Ph. D.; et Emilie McGuire

Les troubles du sommeil, les difficultés d'endormissement et de maintien du sommeil et/ou les réveils matinaux prématurés sont tous des types d'insomnie, dont font état jusqu'à 70 % des personnes atteintes d'arthrite¹. Les croyances rigides et les attentes irréalistes au sujet du sommeil sont considérées comme des facteurs contribuant à entretenir l'insomnie^{2,3}. Dans la population générale et dans d'autres populations cliniques, les personnes souffrant d'insomnie ont un plus grand nombre de croyances inutiles en matière de sommeil que les bons dormeurs^{4,5}. Il a été démontré que la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) réduit les croyances dysfonctionnelles sur le sommeil et améliore les symptômes de l'insomnie⁶.

Il existe peu de données au sujet de la présence et des types de croyances inadaptées relatives au sommeil chez les personnes atteintes d'arthrite. Pour orienter l'adaptation d'une intervention de TCC-I proposée sur Internet, nous avons examiné des croyances inutiles relatives au sommeil et leur lien avec la gravité de l'insomnie chez des personnes atteintes d'arthrite. Au total, 254 personnes atteintes d'arthrite recrutées par l'intermédiaire des médias sociaux et d'associations de patients atteints d'arthrite (âgées en moyenne de 61,6 ans, écart-type de 13,2, 84,3 % de femmes) ont répondu à une enquête en ligne évaluant les données sociodémographiques, les facteurs liés à la maladie, la dépression et le stress. L'Index de sévérité de l'insomnie (ISI)⁷ et l'Échelle de Croyances Dysfonctionnelles concernant le Sommeil en 10 points (CDS-10)⁸ ont également été utilisés. Les scores de l'échelle CDS étaient sensiblement plus élevés chez les personnes atteintes d'une arthrite inflammatoire (AI) et présentant une insomnie clinique et une insomnie sub-clinique par rapport aux personnes ne présentant pas de symptômes d'insomnie. Les trois principales croyances dysfonctionnelles sur le sommeil les plus couramment évaluées chez les personnes atteintes d'arthrite et présentant une insomnie clinique étaient les suivantes :

1) Je crains que mon trouble d'insomnie chronique ait de graves conséquences sur ma santé physique; 2) Après une mauvaise nuit de sommeil, je sais que le manque de sommeil perturbera mes activités quotidiennes le lendemain; 3) Quand je me sens fatigué(e), que je n'ai pas d'énergie ou que j'ai tout simplement l'impression de ne pas bien fonctionner pendant la journée, c'est généralement parce que je n'ai pas bien dormi la nuit précédente.

CIORA ICORA

CANADIAN INITIATIVE FOR
OUTCOMES IN
RHEUMATOLOGY CARE

INITIATIVE CANADIENNE POUR
DES RESULTATS EN
SOINS RHUMATOLOGIQUES

Après prise en compte de facteurs sociodémographiques, liés à la maladie et psychosociaux pertinents, les scores plus élevés sur l'échelle CDS sont restés indépendamment associés à des scores plus élevés de l'ISI, expliquant l'écart supplémentaire de 15 %. Les croyances dysfonctionnelles concernant le sommeil sont associées à la gravité de l'insomnie chez les personnes atteintes d'arthrite. Les personnes atteintes d'arthrite et présentant une insomnie clinique font état de croyances inutiles concernant les conséquences négatives à la fois immédiates et à long terme de l'insomnie. Les changements apportés aux croyances inutiles concernant le sommeil à la suite de la TCC-I sont associés à une amélioration du sommeil. Il est donc impératif de s'attaquer à ces croyances rigides concernant le sommeil afin d'améliorer l'efficacité des interventions comportementales chez les personnes atteintes d'arthrite.

Références :

1. Luyster FS. Sleep Disturbance in Rheumatic Disease. Psychosocial Factors in Arthritis: Springer; 2016:151-64
2. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. Behav Res Ther. 2002; 40:869-93.
3. Morin CM. Insomnia: psychological assessment and management. New York: Guilford Press. 1993.
4. Da Costa D, Allman AA, Libman E, et coll. Prevalence and determinants of insomnia after a myocardial infarction. Psychosomatics. 2017; 58(2):132-40.
5. Carney CE, Edinger JD, Morin CM, et coll. Examining maladaptive beliefs about sleep across insomnia patient groups. Journal of psychosomatic research. 2010; 68(1):57-65.
6. Morin CM, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes related to sleep improvements in the treatment of insomnia? Behav Res Ther. 2002; 40.
7. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med. 2001; 2(4):297-307.
8. Espie CA, Inglis SJ, Harvey L, Tessler S. Insomniacs' attributions: psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. J Psychosom Res. 2000; 48:141-8.

Deborah Da Costa, MA, Ph. D.

Professeure agrégée, Département de médecine
Scientifique,

Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill
Montréal (Québec)

Emilie McGuire

Étudiante au baccalauréat, Département de psychologie
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Vous êtes invités à soumettre les résumés que vous souhaitez présenter dans le cadre de l'Assemblée scientifique annuelle 2023 de la SCR et de l'APSA! L'échéance pour les soumissions est le 3 octobre 2022. De plus amples détails sont disponibles sur le site asm.rheum.ca/fr/resumes/.

Compte rendu de lecture

The Rheumatology Handbook for Clinicians (3^e édition)

Lori Albert, éd. Brush Education Inc., 2022, 480 pages

Compte rendu de Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Bien qu'il soit possible de trouver tout et n'importe quoi en ligne, un guide fiable sur le diagnostic et le traitement des maladies rhumatologiques d'un point de vue canadien demeure un outil nécessaire et précieux pour tous les professionnels de la santé, quel que soit leur domaine d'exercice ou leur niveau d'expérience. S'appuyant sur le succès des deux éditions précédentes, la dernière édition du manuel est approuvée par la SCR et reste un guide de poche incontournable de notre domaine fascinant. Sept sections couvrent les tableaux cliniques courants des maladies rhumatismales, les manifestations rhumatologiques d'autres maladies, les tests d'investigation en rhumatologie, la thérapeutique, les urgences rhumatologiques, l'examen physique et les techniques d'injection et d'aspiration articulaires. Cette dernière section, avec ses photos claires et l'accent mis sur les repères articulaires, plaira à tous ceux qui sont encore à l'aise d'effectuer des interventions articulaires sans guidage par imagerie.

Les auteurs sont des personnalités de premier plan de la rhumatologie canadienne. Ils sont tous des médecins universitaires, sauf le D^r Michael Blackmore, rhumatologue communautaire à Toronto, qui a rédigé un résumé complet des manifestations rhumatologiques de l'infection par le VIH.

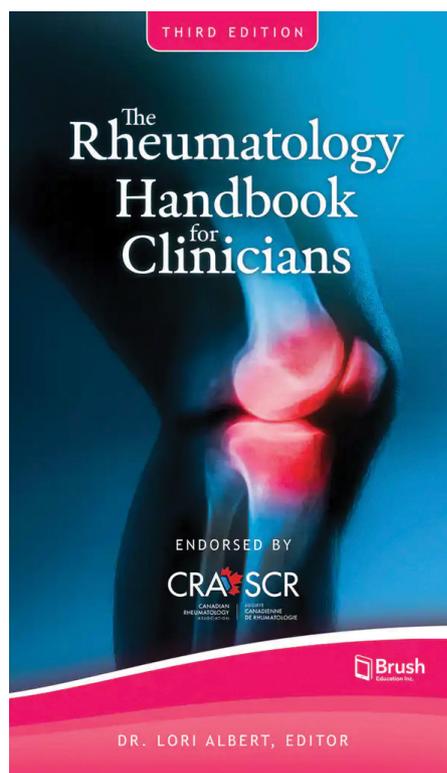
Près de la moitié du livre traite de manière appropriée de l'approche du diagnostic et de l'examen physique en rhumatologie. Comme nous le savons tous, les antécédents du patient représentent de loin l'aspect le plus important, et dans 90 % des cas nous trouvons le bon diagnostic avant même d'examiner le patient. L'examen physique est divisé en deux parties : l'examen musculosquelettique général et l'examen détaillé d'articulations précises, tous bien illustrés et d'une grande utilité, notamment pour les personnes qui ne sont pas rhumatologues. La troisième partie, la plus importante, aborde les tests diagnostiques, et sa lecture devrait être obligatoire dans tous les programmes de formation en soins primaires. En effet, il s'agit du sujet suscitant le plus de récriminations chez les rhumatologues praticiens, qui sont bombardés de demandes de consultation pour des résultats faiblement positifs aux tests de détection du FR et des AAN, souvent demandés de manière inappropriée.

La COVID-19 est couverte, et d'autres sections mises à jour incluent les nouvelles thérapeutiques et les maladies émergentes, comme les effets indésirables à médiation immunitaire de l'immunothérapie anticancéreuse.

Tous les chapitres comportent des listes à puces de points clés, des tableaux de renseignements pertinents et des diagrammes clairs illustrant notamment les critères de classification, les profils d'atteinte articulaire et les manifestations organiques des différents syndromes.

Que vous gardiez le manuel dans votre poche (pour ceux qui portent encore le traditionnel sarrau blanc), à côté de votre ordinateur sur votre bureau ou dans votre bibliothèque, je sais que vous trouverez qu'il s'agit d'une excellente ressource pour vous-même, vos stagiaires, les professionnels de la santé spécialisés dans l'arthrite avec lesquels vous travaillez et en particulier vos collègues non-rhumatologues dans le domaine des soins primaires..

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



Pour commander un exemplaire de l'ouvrage, rendez-vous sur le site <https://utpdistribution.com/9781550599039/rheumatology-handbook-for-clinicians/>. Entrez le code **CRA20** au moment de régler votre commande et bénéficiez d'une réduction de 20 % sur le prix d'achat.

Le livre en format numérique est également disponible auprès des principaux détaillants en ligne, notamment Kindle, Kobo et Apple Books.

Peut-on individualiser la prévention de la rétinopathie induite par l'hydroxychloroquine?

Par Ruud H.J. Versteegen, M.D., Ph. D.; et Deborah M. Levy, M.D., MS, FRCPC

Le cas d'une patiente :

Une jeune femme de 15 ans présente des douleurs articulaires et de la fatigue depuis deux mois. Au cours des deux dernières semaines, un érythème en papillon est apparu; à l'examen, on note un ulcère palatin indolore, une légère alopecie bifrontale et deux articulations enflées. Les analyses démontrent une lymphopénie, une légère anémie et une hypocomplémentémie. Il y a présence d'anticorps antinucléaires (AAN) [titre élevé] et d'anticorps anti-Sm. Les résultats des autres examens sont négatifs, et un diagnostic de lupus érythémateux disséminé (LED) est posé. Un traitement par l'hydroxychloroquine (HCQ) est instauré lors de la première consultation après une discussion sur les effets indésirables possibles, notamment la toxicité rétinienne. La patiente et son proche aidant veulent savoir ce qu'il faut faire pour prévenir la rétinopathie, étant donné que le médicament pourrait devoir être administré pendant de nombreuses années, voire des décennies.

Introduction

L'HCQ, utilisée à l'origine pour le traitement et la prophylaxie du paludisme, est employée dans les cas de LED depuis le début des années 1950 en raison de son excellent profil d'innocuité et de ses multiples avantages, notamment l'amélioration de la maîtrise de la maladie, la prolongation de la survie et la diminution des lésions au fil du temps. Le traitement d'entretien à long terme par l'HCQ est la norme de soins depuis que l'étude de référence du *Canadian Hydroxychloroquine Study Group* a démontré un risque accru de poussée de la maladie après l'arrêt de ce médicament¹.

Rétinopathie

L'HCQ a un profil d'innocuité favorable comprenant des symptômes gastro-intestinaux, les plus souvent cités étant les suivants : diminution de l'appétit, nausées, douleur abdominale et diarrhée.² La rétinopathie consécutive à un traitement prolongé par la chloroquine et l'hydroxychloroquine a été décrite en 1959 et 1967 respectivement^{3,4}. On pensait initialement qu'elle était rare, mais plus récemment des techniques plus sensibles, telles que la tomographie par cohérence optique en domaine spectral (TCO-DS), ont révélé une prévalence de 7,5 %⁵.

La rétinopathie induite par l'HCQ est irréversible, et il n'existe actuellement aucun traitement spécifique. De plus, une toxicité grave au moment du diagnostic peut encore progresser pendant au moins trois ans après l'arrêt du traitement, alors que les personnes présentant une toxicité précoce et modérée ne présentent généralement aucune progression⁶.

Par conséquent, le dépistage annuel par TCO-DS devrait commencer cinq ans après le début du traitement, ou plus tôt en présence de facteurs de risque supplémentaires⁷.

Prévention de la rétinopathie induite par l'hydroxychloroquine

La détermination des facteurs de risque a permis de mettre au point des stratégies de prévention. Melles et Marmor ont montré que le risque de rétinopathie induite par l'HCQ est associé à des doses élevées d'HCQ (> 5,0 mg/kg/jour [poids corporel réel]), à une durée de traitement prolongée (> 10 ans), à la dose cumulative d'HCQ, à la présence de maladie rénale chronique (débit de filtration glomérulaire estimé [DFGe] < 60 mL/min/1,73 m²) et à un traitement concomitant par le tamoxifène.⁸ Sur la base de ces données, les recommandations actuelles sont de prescrire une dose d'HCQ de 5 mg/kg de poids corporel réel par jour (pas de maximum quotidien absolu)^{7,8}. À cette dose, le risque de rétinopathie induite par l'HCQ est < 2 % au cours des 10 premières années de traitement⁵. Par rapport aux lignes directrices antérieures qui recommandaient une dose de 6,5 mg/kg de poids corporel idéal par jour (maximum 400 mg/jour), le nouveau schéma posologique entraîne une exposition plus faible au médicament chez les patients ayant un IMC normal-bas, ce qui peut diminuer l'efficacité du traitement. En revanche, chez les patients ayant un IMC > 25, l'exposition à l'HCQ sera relativement plus élevée qu'auparavant, se traduisant par une augmentation des concentrations sanguines d'HCQ⁹, et donc par une augmentation possible de la toxicité. En dehors de ces recommandations posologiques générales, il n'existe pas de

directives claires sur la posologie de l'HQC chez les patients atteints de maladie rénale concomitante et ceux traités par le tamoxifène⁸.

Thérapie de précision

La pharmacovigilance thérapeutique et les tests pharmacogénétiques peuvent permettre d'individualiser le traitement et de réduire les risques de réactions indésirables au médicament, tout en optimisant l'efficacité du traitement. La pharmacovigilance thérapeutique est la pratique qui consiste à mesurer la concentration de médicaments dans le sérum ou le sang afin de guider la prise en charge pharmacothérapeutique, tandis que les tests pharmacogénétiques orientent les décisions thérapeutiques en ciblant des variants génétiques ciblés qui sont associés à des résultats cliniques précis.

Bien que les concentrations d'HQC soient étudiées depuis au moins 30 ans, ce type de test n'a pas été associé à une application clinique généralisée. Il y a une grande variabilité dans les concentrations sanguines d'HQC atteintes pour une dose précise¹⁰, ce qui peut être expliqué en partie par la non-observance (partielle) en combinaison avec la longue demi-vie (c'est-à-dire 30-60 jours). Garg et coll. ont récemment publié une méta-analyse de 17 études portant sur la concentration sanguine optimale d'HQC dans le traitement du LED¹¹. Ils ont découvert une forte association entre de faibles concentrations sanguines d'HQC et la non-observance. En outre, parmi 1 223 personnes, celles qui présentaient des concentrations sanguines d'HQC ≥ 750 ng/mL avaient un risque de maladie active 58 % plus faible ainsi qu'un score du *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (SLEDAI) inférieur de 3,2 points¹¹.

En 2020, Petri et coll. ont publié leurs travaux sur l'association entre les concentrations sanguines d'HQC et l'apparition d'une rétinopathie dans les cas de LED¹². Sur 537 patients, 23 ont présenté une rétinopathie (4,3 %). Si l'on considère les patients atteints de rétinopathie, plus de la moitié d'entre eux avaient une concentration sanguine d'HQC dans le tertile le plus élevé (moyenne $> 1\ 177$ ng/mL ou maximum $> 1\ 753$ ng/mL). Malheureusement, cette étude n'a pas établi de lien entre la concentration sanguine et le moment de l'administration de l'HQC (c.-à-d. pic, creux).

Bien que les études disponibles fournissent une base importante pour explorer davantage la relation entre la posologie d'HQC, l'élimination du médicament, l'efficacité clinique et le risque de rétinopathie, il existe un chevauchement important entre les concentrations sanguines d'HQC mesurées chez les patients ayant connu ou non une issue favorable, ce qui rend difficile l'établissement d'une concentration cible du médicament et l'interprétation des concentrations sanguines individuelles d'HQC. De plus, ces résultats ne peuvent pas être appliqués à la population pédiatrique, car les données sont absentes chez les enfants (c.-à-d. < 12 ans) et très limitées chez les adolescents (12-18 ans).

La variation individuelle de la pharmacocinétique ainsi que la sensibilité individuelle à la rétinopathie induite par l'HQC peuvent être déterminées génétiquement. Pour l'instant, les études pharmacogénomiques sur ce sujet sont limitées, mais des variants du CYP2D6, du CYP2C8, du CYP3A4 et du CYP3A5 pourraient contribuer aux différences pharmacocinétiques individuelles et au risque de réactions indésirables au médicament^{13,14}. En outre, un variant d'ABCA4 pourrait protéger de la rétinopathie induite par l'HQC¹⁵.

Conclusion

L'hydroxychloroquine est un traitement de référence du LED qui est généralement bien toléré. Cependant, la rétinopathie irréversible induite par l'HQC est un important effet indésirable du médicament qui nécessite des efforts de prévention optimaux. Les récentes recommandations posologiques pourraient diminuer le taux de rétinopathie chez certains patients, mais ont également une incidence sur l'efficacité du traitement. La pharmacovigilance thérapeutique et les tests pharmacogénétiques constituent des approches prometteuses pour individualiser le traitement par l'HQC à l'avenir. Cependant, à l'heure actuelle, les données sont insuffisantes pour guider la prise de décision clinique, et des études prospectives pour démontrer leur rôle sont nécessaires.

Ruud H.J. Versteegen, M.D., Ph. D.
Divisions de pharmacologie clinique,
de toxicologie et de rhumatologie,
The Hospital for Sick Children
Département de pédiatrie,
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Deb Levy, M.D., MS, FRCPC
Division de rhumatologie
The Hospital for Sick Children
Département de pédiatrie,
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Références :

1. The Canadian Hydroxychloroquine Study Group. A randomized study of the effect of withdrawing hydroxychloroquine sulfate in systemic lupus erythematosus. *The Canadian Hydroxychloroquine Study Group. N Engl J Med.* 1991; 324(3): 150-4.
2. Sanofi-Aventis Canada Inc. Hydroxychloroquine [Monographie de produit]. Health Canada: Drug Product Database [Disponible à l'adresse https://pdf.hresca.com/dpd_pm/00063288PDF].
3. Shearer RV, Dubois EL. Ocular changes induced by long-term hydroxychloroquine (plaquenil) therapy. *Am J Ophthalmol* 1967; 64(2): 245-52.
4. Hobbs HE, Sorsby A, Freedman A. Retinopathy following chloroquine therapy. *Lancet* 1959; 2(7101): 478-80.
5. Melles RB, Marmor MF. The risk of toxic retinopathy in patients on long-term hydroxychloroquine therapy. *JAMA ophthalmology* 2014; 132(12): 1453-60.
6. Marmor MF, Hu J. Effect of disease stage on progression of hydroxychloroquine retinopathy. *JAMA ophthalmology* 2014; 132(9): 1105-12.
7. Marmor MF, Kellner U, Lai TY, Melles RB, Mieler WF. Recommendations on Screening for Chloroquine and Hydroxychloroquine Retinopathy (2016 Revision). *Ophthalmology* 2016; 123(6): 1386-94.
8. Rosenbaum JT, Costenbader KH, Desmarais J, et al. American College of Rheumatology, American Academy of Dermatology, Rheumatologic Dermatology Society, and American Academy of Ophthalmology 2020 Joint Statement on Hydroxychloroquine Use With Respect to Retinal Toxicity. *Arthritis rheumatol* 2021; 73(6): 908-11.
9. Pedrosa T, Kupa LK, Pasoto SG, et al. The influence of obesity on hydroxychloroquine blood levels in lupus nephritis patients. *Lupus* 2021; 30(4): 554-9.
10. Carmichael SJ, Day RO, Tett SE. A cross-sectional study of hydroxychloroquine concentrations and effects in people with systemic lupus erythematosus. *Intern Med J* 2013; 43(5): 547-53.
11. Garg S, Unnithan R, Hansen KE, Costedoat-Chalumeau N, Bartels CM. Clinical Significance of Monitoring Hydroxychloroquine Levels in Patients With Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2021; 73(5): 707-16.
12. Petri M, Elkhailifa M, Li J, Magder LS, Goldman DW. Hydroxychloroquine Blood Levels Predict Hydroxychloroquine Retinopathy. *Arthritis rheumatol* 2020; 72(3): 448-53.
13. Gao B, Tan T, Cao X, et al. Relationship of cytochrome P450 gene polymorphisms with blood concentrations of hydroxychloroquine and its metabolites and adverse drug reactions. *BMC medical genomics* 2022; 15(1): 23.
14. Lee JY, Vinayagamoorthy N, Han K, et al. Association of Polymorphisms of Cytochrome P450 2D6 With Blood Hydroxychloroquine Levels in Patients With Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis rheumatol* 2016; 68(1): 184-90.
15. Grassmann F, Bergholz R, Mändl J, Jäggle H, Ruether K, Weber BH. Common synonymous variants in ABCA4 are protective for chloroquine induced maculopathy (toxic maculopathy). *BMC Ophthalmol* 2015; 15: 18.

De nouvelles idées brillantes pour aider les personnes atteintes d'arthrite : la Société de l'arthrite sélectionne les premiers lauréats de son prix Idéateur

Les présentations ont eu lieu, les juges ont délibéré et quatre innovateurs canadiens ont été honorés lors de la remise des premiers prix Idéateur de la Société de l'arthrite qui s'est tenue en avril.

Le prix de 50 000 \$ attribué à chaque gagnant les aidera à concrétiser leur solution pour combattre le feu de l'arthrite.

Le programme OPERAS a été sélectionné comme gagnant du prix Idéateur Olga Munari de la Société de l'arthrite. Il s'agit d'un programme basé sur une application qui permet de favoriser la prise en charge active des soins, en recueillant des informations où que vous soyez, afin de fournir des tendances sur les symptômes, l'activité de la maladie et les traitements.

«Grâce à OPERAS, les personnes atteintes d'arthrite peuvent effectuer le suivi de leur maladie et de leurs médicaments, créer des plans d'action, recueillir et afficher les données sur leur activité physique par l'intermédiaire d'un dispositif de suivi intégré. Tout cela permet de dresser un tableau détaillé pour aider les utilisateurs à vivre une vie saine et sans douleur».

Une partie de cette subvention servira à faire connaître l'application (parlez-en à vos patients s'il vous plaît) et à étendre sa portée aux personnes atteintes d'arthrose.

«Trouver des solutions à l'arthrite représente un énorme défi et nous voulons soutenir les esprits les plus brillants tandis qu'ils créent ces solutions», affirme Trish Barbato, présidente et



Les lauréats du premier prix Idéateur de la Société de l'arthrite. De gauche à droite : Michelle Laflamme et Alex Fuentes (Emovi), Matthew Rosato (PROVA Innovations), Lianna Genovese (Guided Hands) et la D^e Linda Li (programme OPERAS).

chef de la direction de la Société de l'arthrite. «Nous embrassons l'innovation comme jamais, car nous croyons que c'est la clé pour changer la vie des six millions de Canadiens qui vivent avec l'arthrite».

Les autres récipiendaires du prix Idéateur de la Société de l'arthrite sont les suivants :

KneeKG : Un outil dynamique qui permet de diagnostiquer l'arthrose du genou, en examinant les marqueurs biomécaniques lorsque le genou est en mouvement, afin d'élaborer des plans de traitement personnalisés.

PROVA Innovations : Des semelles « intelligentes » qui facilitent la réadaptation à la marche des personnes souffrant d'arthrose du genou ou de la hanche à un stade précoce ou intermédiaire.

Guided Hands : Un appareil fonctionnel qui permet de guider les mouvements de la main afin de permettre aux personnes à mobilité réduite d'écrire, de dessiner et d'accéder à la technologie.

Pour de plus amples renseignements sur les innovations gagnantes dans lesquelles la Société de l'arthrite investit, visitez le site arthritis.ca/programmeideateur.

Les héros canadiens de la rhumatologie : Mary Pack

Par Kam Shojania, M.D., FRCPC

Mary Pack a été confrontée pour la première fois à l'arthrite lorsqu'elle travaillait comme enseignante à domicile, en Colombie-Britannique, dans les années 1940. Elle enseignait à des enfants ne pouvant aller à l'école en raison d'un handicap important, et nombre de ses élèves présentaient des lésions articulaires à long terme causées par une arthrite juvénile. La mère de Mary présentait également une forme grave d'arthrite. Émue par les souffrances des personnes atteintes d'arthrite, elle a entrepris, en 1944, une mission de sensibilisation de 5 ans destinée à favoriser la recherche sur les causes et le traitement de l'arthrite. Elle aspirait à aider ses élèves et toutes les personnes atteintes d'arthrite.

Douée d'une grande intelligence et d'un charisme indéniable, elle a réuni un groupe dédié de médecins, de professionnels de la santé et de patients pour faire pression sur le gouvernement afin d'obtenir du soutien. Elle a été la fondatrice de la première division de la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme (désormais la Société de l'arthrite) en 1948, en Colombie-Britannique, et a été l'une des principales collectrices de fonds et organisatrices du Vancouver Arthritis Centre (construit en 1969 et rebaptisé Mary Pack Arthritis Centre en 1994). En 1949, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a accordé à la Société de l'arthrite une subvention de 25 000 \$ afin qu'elle puisse offrir des services aux personnes atteintes d'arthrite en Colombie-Britannique. Des physiothérapeutes ont été embauchés et du matériel a été acheté pour les unités mobiles afin que les personnes atteintes d'arthrite puissent bénéficier de soins à domicile. Mary a contribué à mettre en place un service mobile permettant aux rhumatologues et aux ergothérapeutes de se rendre dans des communautés éloignées, en voiture ou avion, de façon à leur prodiguer des soins. À la fin de l'année 1973, la Division comptait 65 membres du personnel. L'héritage de Mary se perpétue au fur et à mesure que le Mary Pack Arthritis Program continue d'offrir des services spécialisés aux personnes atteintes d'arthrite à Vancouver,



Victoria, Penticton, Cranbrook et dans trente-huit petites villes de la Colombie-Britannique. Le programme met également en place des cliniques proposant des soins quaternaires pour les maladies rhumatismales rares, des cliniques mixtes et une clinique de transition pour jeunes adultes.

En 1974, Mary Pack a publié *Never Surrender*, récit passionnant de la genèse et du développement de la Société de l'arthrite, avec, pour point final, la construction de notre centre unique Arthritis Centre à Vancouver. Selon le souhait de Mary, les bénéfices de la vente de cet ouvrage ont évidemment été reversés à la recherche sur l'arthrite.

Harold S. Robinson, chef de la division de rhumatologie, a rendu hommage à Mary Pack dans les années 1970 :

« Cet édifice qu'elle a bâti a su s'adapter pour entrer dans le troisième millénaire, n'ayant de cesse de se renouveler et de réorienter ses objectifs. Parfois secoué par des évolutions et des changements sur les plans humain, gouvernemental et éducatif, il est resté constant, cependant, sur un point : son engagement sans faille en faveur des personnes atteintes de maladies rhumatismales. »

— Harold S. Robinson, 1994

Les empreintes de mains de Mary sont visibles dans les fondations en béton du bâtiment. Elle a réellement marqué la prise en charge de l'arthrite en Colombie-Britannique et au Canada. C'est une héroïne de la rhumatologie.

Kam Shojania, M.D., FRCPC
Directeur médical, Mary Pack Arthritis Program
Chef, Division de rhumatologie, Vancouver General Hospital
Vancouver (Colombie-Britannique)



Point de vue de patient : Kelsey Chomistek

À l'âge de 15 ans, j'ai commencé à ressentir des douleurs et à boiter chaque matin. En bonne danseuse de compétition qui s'entraînait sept jours par semaine, j'ai d'abord choisi d'ignorer la douleur et la fatigue. Je pensais que mes chevilles étaient simplement malmenées et que mon emploi du temps chargé me fatiguait. Mes professeurs de danse croyaient que ma technique se détériorait parce que je me désintéressais de la danse, même si j'arrivais tôt avant chaque cours pour m'entraîner. Ils m'ont également fait suivre une diète hyperprotéinée pour que je prenne du poids.

À l'Hôpital pour enfants de l'Alberta, j'ai appris ce qui se passait : j'ai reçu un diagnostic d'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire à facteur rhumatoïde positif.

C'est incroyablement difficile de recevoir un tel diagnostic à l'adolescence. Je passais la première journée de chaque année scolaire à recevoir une perfusion à l'unité de médecine de jour. J'étais souvent trop épuisée pour participer à des activités sociales, j'étais toujours en retard à l'école et les effets secondaires de mes médicaments me rendaient malade les fins de semaine. J'ai continué à participer aux compétitions, en soulageant mes symptômes d'arthrite par des bandages aux chevilles, des compresses de glace et de chaleur, des pauses en classe, un allègement de mon programme de danse et la prise de médicaments (prednisone, naproxène, méthotrexate et étanercept).

J'ai pu obtenir mon diplôme d'études secondaires malgré un nombre important d'absences occasionnées par des rendez-vous médicaux, et j'ai commencé des études de premier cycle en sciences de la santé. Mon diplôme est devenu mon nouveau défi, car je devais suivre un programme rigoureux malgré une maladie non maîtrisée. Au cours de ma deuxième année, j'ai dû subir une synovectomie du poignet droit en raison d'inflammation et de douleur persistantes. Je me souviens très bien du professeur qui m'a dit que je devrais me contenter d'une note de zéro à mon examen de mi-session parce que mon opération était prévue le même jour que l'examen. Je me revois en pleurs à la bibliothèque, essayant de prendre des notes en vue d'étudier pour mes examens finaux deux semaines après l'opération. J'ai eu de mauvais résultats aux examens et mes notes ont continué à baisser, alors que je luttais pour terminer le semestre suivant malgré un poignet qui mettait plus de temps que prévu à guérir. On m'a dit que j'avais le choix entre changer de programme ou risquer d'être renvoyée



de l'université après avoir été mise en probation.

C'est la deuxième fois où j'ai eu l'impression que l'arthrite me privait de quelque chose – mon rêve de toujours de devenir médecin. J'ai donc changé de programme à contrecœur et, pendant l'été de ma troisième année, j'ai subi une synovectomie de la cheville gauche moins de 24 heures après avoir passé mon *Medical College Admission Test* (MCAT).

Après avoir reçu mon diplôme de premier cycle, j'ai entamé une maîtrise en sciences médicales, travaillant avec mon précepteur et l'équipe de l'Alberta Children's Hospital pour mettre sur pied un programme de prise en charge autonome destiné aux adolescents atteints d'arthrite juvénile. Ce projet était important pour moi, car je désirais faciliter la transition des patients et des familles vers

la vie avec une maladie chronique. Je voulais que les patients aient les compétences nécessaires pour prendre en charge leur maladie et défendre leurs intérêts afin qu'ils n'aient pas à traverser ce que j'avais vécu. Pendant que je poursuivais mes études, j'ai lentement perdu ma capacité à marcher, car le cartilage de ma cheville gauche était devenu trop usé. En raison de la douleur, j'ai fini par avoir besoin d'un déambulateur avec repose-genou pour me déplacer. La perte de ma capacité à marcher demeure l'une des expériences les plus pénibles que j'ai dû affronter depuis mon diagnostic. Autrefois active et en bonne santé, je n'aurais jamais imaginé devoir choisir entre une arthroplastie de la cheville et une fusion de la cheville et devoir vivre avec les conséquences de ma décision. J'ai opté pour une arthroplastie totale de la cheville gauche et, à 23 ans, j'ai appris à marcher pour la deuxième fois. J'ai profité de ma période de convalescence pour envoyer mes demandes d'admission en médecine. En 2020, j'ai reçu un autre genre de courriel : j'étais acceptée à la faculté de médecine de l'Université de Calgary.

À 27 ans, j'avais passé 13 ans à vivre avec des articulations enflammées, de la douleur, de la raideur, une amplitude de mouvement limitée et de la fatigue. Mon sous-type de maladie est résistant au traitement et a entraîné des changements érosifs et des lésions articulaires irréversibles. Ma maladie est demeurée mal maîtrisée pendant ma formation médicale, et elle continue de me faire la vie dure alors que je poursuis ma carrière et que j'apprends à trouver un équilibre entre ma santé, ma carrière et mes responsabilités personnelles. Le plus difficile quand on vit avec une maladie chronique, c'est son in-

Mise à jour de l'Académie canadienne de la médecine du sport et de l'exercice

Choisir avec soin : Recommandations relatives à la médecine du sport et de l'exercice pédiatriques

Par Kristin Houghton, M.D., M. Sc., FRCPC, Dip. Méd. Sport.

Choisir avec soin Canada agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles au pays. Un petit groupe de travail, composé de Laura Pucell, Erika Persson et Kristin Houghton, et créé par l'Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice (ACMSE), a élaboré une liste de recommandations en matière de médecine du sport et de l'exercice pédiatriques à partir de la recherche existante, de l'expérience et des modes de pratique courants. Ces recommandations recensent les examens et les traitements fréquemment utilisés dans le cadre des évaluations musculosquelettiques chez l'enfant qui ne sont pas étayés par des données probantes et qui peuvent poser un risque de préjudice pour les patients. Les rhumatologues pédiatriques voient souvent des enfants présentant des douleurs musculosquelettiques non inflammatoires et sont encouragés à adopter ces recommandations de Choisir avec soin Canada dans leur pratique courante. La liste comprend des recommandations en matière d'imagerie pour la maladie d'Osgood Schlatter, les blessures de l'épaule et du genou, la douleur dorsale, la scoliose, la spondylolyse, les fractures en

motte de beurre du radius distal et les blessures à la tête, commotions cérébrales mineures de même que sur la prise en charge des syndromes de douleur chronique. Cette liste a été publiée le 12 avril 2022 sur le site Web Choisir avec soin et celui de l'ACMSE^{1,2} (<https://choisiravecsoin.org/recommandation/sport-and-exercise-medicine-for-steve/#pediatric-sport-and-exercise-medicine> – disponible en anglais seulement).

*Kristin Houghton, M.D., M. Sc., FRCPC, Dip. Méd. Sport.
Professeure agrégée de clinique, Division de rhumatologie,
Département de pédiatrie,
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)*

Références :

1. Choisir avec soin. Disponible à l'adresse <https://choisiravecsoin.org/a-propos/>. Consulté le 2 juin 2022.
2. Académie canadienne de médecine du sport et de l'exercice. Disponible à l'adresse casem-acmse.org/. Consulté le 2 juin 2022.

Point de vue de patient : Kelsey Chomistek

suite de la page précédente

visibilité. Les gens ont du mal à vraiment comprendre les symptômes que je ressens, car j'ai l'air d'une jeune adulte en bonne santé. J'ai aussi de la difficulté à concevoir que l'image que je projette en raison de mes limites physiques et de la fatigue ne reflète pas la personne que je suis. J'ai commencé à m'impliquer dans la communauté de l'arthrite parce que je voulais sensibiliser les gens, montrer aux autres ce que signifie vraiment le fait de vivre avec une maladie chronique et partager mon expérience avec les familles pour rendre ce diagnostic plus facile à accepter. Je suis cofondatrice du Teen Arthritis & Auto-inflammatory Group (TAG) et, en partenariat avec la Cassie and Friends Society, nous avons déployé le TAG à travers le Canada pour offrir un soutien par les pairs aux adolescents atteints de maladies rhumatismales pédiatriques.

Je suis actuellement en dernière année de mes études de médecine et l'un de mes patients adolescents a également perdu sa capacité à marcher. Le dernier jour de ma rotation, il a enfin pu fléchir les genoux sans douleur. Pour la première fois depuis mon diagnostic, j'ai pleuré parce que l'arthrite m'avait donné quelque chose de précieux dans la vie : la possibilité de vraiment comprendre ce que mes patients vivent et de les aider à réaliser qu'ils ne sont pas seuls.

*Kelsey Chomistek, M. Sc.
Étudiante en médecine, Cumming School of Medicine,
Université de Calgary
Directrice générale, Cassie and Friends,
Calgary (Alberta)*



D^{re} Dafna Gladman – Lauréate du prix Women Who Lead

Félicitations à Dafna Gladman, qui a été honorée par The National Psoriasis Foundation lors du gala Commit to Cure tenu en juin 2022. Elle fait partie de trois femmes exceptionnelles reconnues pour leurs contributions à la communauté touchée par le psoriasis et l'arthrite psoriasique.

La D^{re} Gladman est professeure de médecine à l'Université de Toronto et chercheuse principale au Krembil Research Institute, ainsi qu'au Schroeder Arthritis Institute. Elle est également directrice adjointe du Centre for Prognosis Studies in The Rheumatic Diseases, directrice du programme sur l'arthrite psoriasique du Réseau universitaire de santé et codirectrice de la clinique du lupus de l'Université de Toronto. Ses recherches portent sur l'arthrite psoriasique et le lupus érythémateux disséminé, et plus particulièrement sur l'élaboration de bases de données, les examens pronostiques, les marqueurs génétiques, les instruments d'évaluation et les mesures de la qualité de vie. La clinique de l'arthrite psoriasique de Toronto a été fondée en 1978 et est à l'origine de la plus grande cohorte longitudinale de patients atteints d'arthrite psoriasique au monde. Le programme de recherche en laboratoire de la D^{re} Gladman englobe des études génétiques et sur les biomarqueurs en lien avec l'arthrite psoriasique, ce qui en fait un véritable programme de recherche translationnelle.

La D^{re} Gladman compte à son actif 900 publications évaluées par des pairs, 141 chapitres et publications invités et plus de 1 250 résumés publiés. Elle a mis sur pied l'équipe internationale de recherche sur le psoriasis et l'arthrite IPART, a été présidente du GRAPPA (Groupe international pour l'évaluation du psoriasis et de l'arthrite psoriasique) et est cochercheuse principale du SPARCC (consortium de recherche sur la spondylarthrite du Canada).

La D^{re} Gladman a reçu de nombreuses distinctions, notamment le prix Verna Wright pour sa contribution remarquable au domaine de l'arthrite psoriasique, le prix Carol Nachman pour ses activités de recherche exceptionnelles dans le domaine de la rhumatologie et le prix Distinguished Clinical Investigator de l'American College of Rheumatology. Elle possède la désignation de Maître de l'American College of Rheumatology et de la Société canadienne de rhumatologie, et elle a été élue à la Canadian Academy of Science.

La D^{re} Gladman a siégé deux fois au conseil médical de la National Psoriasis Foundation (NPF) et est membre du groupe de travail de la NPF sur la COVID-19. Elle a fréquemment œuvré comme examinatrice pour les concours de bourses de la NPF. La D^{re} Gladman a deux enfants, onze petits-enfants et un arrière-petit-fils.

Prix Maître de la SCR

Nouvellement créée en 2019, la désignation de Maître est l'une des plus hautes distinctions décernées par la Société canadienne de rhumatologie et récompense les contributions scientifiques exceptionnelles au domaine de la rhumatologie par le biais des soins cliniques, de l'éducation, de la recherche et du leadership au fil de toute une carrière. Voici les lauréats des prix « Maître » de la SCR pour 2022 :



D^r David Cabral *Prix Maître de la SCR*

David Cabral est rhumatologue pédiatrique et professeur clinicien au BC Children's Hospital (BCCH) et à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC). Originaire d'Australie, il s'est joint à l'équipe du D^r Ross Petty, en Australie, en 1991. Il a cofondé la clinique de « transition » pour jeunes adultes atteints de maladies rhumatismales (YARD) au BCCH en 1992. Il a été chef de division de 2004 à 2021. Il s'intéresse à de nombreux domaines de recherche et a participé ou aidé à établir un certain nombre de registres de recherche. Au cours des 10 dernières années, il a été l'investigateur principal de l'initiative Pediatric Vasculitis (PedVas) pour laquelle il a mis en place un registre de patients, une biobanque et un réseau international d'investigateurs. En 2012, il a contribué à la création d'un laboratoire de recherche en sciences fondamentales pour la rhumatologie pédiatrique au sein de l'Institut de recherche du BCCH. Il a été titulaire de la Chaire de recherche Ross Petty/Société d'arthrite en rhumatologie pédiatrique à l'UBC en 2015.



D^r Rayfel Schneider
Prix Maître de la SCR

Le D^r Schneider a été directeur de programme et chef de la Division de rhumatologie pédiatrique au Hospital for Sick Children et à l'Université de Toronto et, plus récemment, vice-président (éducation) du Département de pédiatrie. Sous sa direction, le programme de formation a acquis une dimension internationale considérable. Il a apporté une contribution importante à la prise en charge des patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) systémique, grâce à ses études sur le pronostic, à la réalisation d'études cliniques internationales et à l'élaboration de directives thérapeutiques. Il a siégé au Comité spécial de l'American College of Rheumatology (ACR) sur la rhumatologie pédiatrique, en plus d'avoir été vice-président de la Société canadienne de rhumatologie pédiatrique, membre fondateur du programme de mentorat AMIGO et membre du Comité consultatif du Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG).



D^{re} Rachel Shupak
Prix Maître de la SCR

À propos de cette distinction, la D^{re} Shupak écrit : « Je suis profondément honorée de recevoir le prix Maître de la SCR pour 2022. J'ai consacré ma carrière universitaire à travailler comme éducatrice clinicienne à l'Hôpital St. Michael de l'Université de Toronto, traitant des cas complexes de maladies inflammatoires multisystémiques et participant à la formation des étudiants en médecine, des résidents, des résidents en rhumatologie et des professionnels paramédicaux. Le programme Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC) fait la promotion de modèles de soins interprofessionnels dans le but de combler l'écart grandissant entre la prévalence croissante de l'arthrite et l'iniquité de la prestation des soins contre l'arthrite au Canada. Je remercie mes formidables collègues dont le soutien et la collaboration indéfectibles ont favorisé le succès de ce programme. »

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

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

Lauréates des prix 2022 de l'Association des professions de la santé pour l'arthrite (APSA)



Chandra Farrer – Prix pour services extraordinaires

Ce prix souligne les contributions d'un membre de l'APSA à la promotion de la mission, de la vision et des objectifs de notre organisation. La lauréate de cette année est Chandra Farrer, en reconnaissance de ses contributions extraordinaires en tant que coprésidente de la défense des intérêts au sein du groupe d'intérêt spécial du programme Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC) et pour son rôle de vice-présidente du comité du Nord de l'Ontario de l'Ontario Rheumatology Association.

En tant que coprésidente de ces comités, Chandra exprime une vision claire et cohérente à l'appui de leurs travaux novateurs. Elle est titulaire d'une maîtrise ès sciences de l'Université de Toronto en amélioration de la qualité et sécurité des patients, mais, plus important encore, elle possède une expertise professionnelle dans la mise en application de ses connaissances dans le cadre d'initiatives d'amélioration de la qualité. Organisée, déterminée et réfléchie, Chandra est un chef de file naturel et est très respectée par ses pairs. Elle a consacré de nombreuses heures de bénévolat à son rôle de défenseure. Ces efforts soutiennent la vision de l'APSA, qui consiste à améliorer la vie des personnes vivant avec l'arthrite.

Chandra Farrer est une physiothérapeute en pratique avancée qui a terminé sa formation ACPAC en 2008 et qui travaille depuis 14 ans en rhumatologie. Ses projets d'amélioration de la qualité comprennent l'évaluation de modèles de soins en rhumatologie, la gestion de l'aiguillage, l'utilisation et l'optimisation des dossiers électroniques de patients et l'amélioration de la communication pour la sécurité des patients. Elle possède le statut de conférencière clinique au Département de physiothérapie et est animatrice au Centre pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients (C-QUIPS) de l'Université de Toronto. Chandra est coprésidente du sous-comité du nord de l'Ontario Rheumatology Association, au côté du Dr Sahil Koppikar, préconisant un modèle de soins pour améliorer l'accès aux soins rhumatologiques dans le Nord de l'Ontario.



Sue MacQueen – Prix d'excellence pour l'ensemble des réalisations

Ce prix est décerné à une personne qui a fait preuve d'excellence en se démarquant notamment par le mentorat, l'esprit d'initiative, l'innovation de qualité, le leadership, l'enthousiasme et l'engagement continu à l'égard de la rhumatologie.

La lauréate de cette année est Sue MacQueen, en reconnaissance de son leadership, de son enthousiasme et de son engagement continu dans le domaine de l'arthrite. Sue est une ambassadrice des soins de l'arthrite et une membre chevronnée de l'industrie. Elle a contribué à une liste infinie de réalisations dans divers domaines, notamment l'administration de l'APSA, l'élaboration de lignes directrices en matière de recherche et de soins pédiatriques pour les praticiens à rôle élargi, ainsi que la pratique clinique et l'éducation avec la Société d'arthrite. Elle agit aussi en tant qu'experte en la matière au sein de sa communauté et de la communauté de la rhumatologie en général, au bénéfice de nombreuses personnes atteintes d'arthrite.

Sue a obtenu son baccalauréat en physiothérapie de l'Université Western Ontario en 1980 et a travaillé à l'Hôpital Grand River de Kitchener en tant que physiothérapeute jusqu'en 1988, avant de commencer à travailler pour le Programme de réadaptation et d'éducation pour l'arthrite de la Société d'arthrite à Kitchener, en Ontario. Elle a participé activement à l'évaluation et à la prise en charge de personnes atteintes d'arthrite et a élaboré et présenté des programmes éducatifs destinés aux personnes atteintes de différents types d'arthrite, de même qu'aux professionnels de la santé qui souhaitent améliorer leurs compétences en matière de soins de l'arthrite. En 2009, elle a suivi le programme Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC) par l'intermédiaire de l'Université de Toronto et de l'Hôpital St. Michael. Elle a apporté son expertise acquise dans le cadre de ce programme à la clinique de rhumatologie pédiatrique de l'Hôpital pour enfants de London ainsi qu'aux médecins et rhumatologues locaux de Guelph et Kitchener-Waterloo de 2009 à 2021.

Sue est membre de l'APSA depuis plus de 33 ans et a été présidente de l'organisation de 2018 à 2020, période durant laquelle elle s'est concentrée sur l'élaboration d'un plan stratégique et la promotion de la collaboration avec la SCR et l'Ontario Rheumatology Association (ORA). Elle a reçu le Prix pour services extraordinaires de l'APSA en 2021 et le Prix d'excellence pour l'ensemble des réalisations de l'APSA en 2022. Cette année, Sue a également remporté le Prix du leadership et de la défense des intérêts des patients de l'Ontario Physiotherapy Association. Elle a récemment pris sa retraite du Programme de réadaptation et d'éducation pour l'arthrite après 33 ans de loyaux services.



Julie Herrington – Prix de l'innovation clinique de l'APSA

Ce prix a été créé pour souligner le travail de membres de l'APSA qui ont conçu et mis en œuvre un projet clinique novateur ou une initiative connexe qui améliore la vie des Canadiens vivant avec l'arthrite. Ce prix met en valeur les initiatives cliniques, notamment celles qui consistent à évaluer, traiter, renseigner ou soutenir de toute autre manière les personnes vivant avec l'arthrite, et ce, de manière inédite. La lauréate de cette année est Julie Herrington pour son projet « *ACPAC Therapist Virtual Coaching of Young Adults as They Transition into Adult Rheumatology Care: An Adaptation of Care Due to the Covid-19 Pandemic* ».

Julie Herrington est une physiothérapeute formée dans le cadre du programme ACPAC qui travaille avec les équipes de rhumatologie pour enfants et jeunes adultes de l'Hôpital McMaster à Hamilton, en Ontario. L'environnement d'équipe de ce centre lui a donné l'occasion d'innover et de mettre sur pied des programmes qui soutiennent les adolescents et les jeunes adultes pendant la transition de leurs soins de santé. L'équipe de transition qui appuie et élabore cette innovation clinique à l'Hôpital McMaster comprend les D^{rs} Michelle Batthish (rhumatologue pédiatrique) et Mark Matsos (rhumatologue pour adultes), tous deux membres de la SCR.



Susan Bartlett – Prix Carolyn Thomas

Ce prix est décerné au premier auteur du meilleur résumé scientifique et a été créé en l'honneur de Carolyn Thomas, membre fondatrice de l'APSA qui a soutenu la recherche.

La lauréate du prix Carolyn Thomas 2022 de l'APSA est Susan Bartlett, Ph. D., pour son travail intitulé « *Riding Multiple Waves of Uncertainty: The Impact of COVID-19 on RA Patients in the Canadian Early Arthritis Cohort (CATCH)* ». M^{me} Bartlett est psychologue clinicienne et professeure de médecine à l'Université McGill dans les divisions d'épidémiologie clinique, de rhumatologie et de pneumologie. Elle est cofondatrice du Centre de recherche évaluative en santé McGill et chercheuse principale à l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill et à Arthritis Research Canada, ainsi que pour la Cohorte canadienne sur l'arthrite précoce. Ses travaux portent sur la recherche axée sur le patient, l'élaboration de mesures, l'adhésion au traitement et les facteurs psychosociaux qui influent sur les résultats des traitements. Elle est présidente du comité de recherche de l'APSA, du conseil de l'Association of Rheumatology Professionals et du conseil d'administration de l'initiative *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS) du National Institute of Health (NIH).



Karine Toupin-April – Prix commémoratif Barbara Hanes

Remis à l'auteur principal du meilleur résumé soumis par un ergothérapeute, ce prix a été créé par l'APSA en l'honneur de Barbara Hanes, qui a travaillé comme directrice de l'ergothérapie à la Société d'arthrite, division de l'Ontario. Elle a joué un rôle actif dans l'enseignement et a contribué à la rédaction du manuel de rhumatologie *Physical Therapy in Arthritis*.

La lauréate du Prix commémoratif Barbara Hanes 2022 de l'APSA est Karine Toupin-April, Ph. D., pour son résumé intitulé « *Acceptability and Usability of the JIA Option Map, a Web-Based Patient Decision Aid for Pain Management in Juvenile Idiopathic Arthritis* ». M^{me} Toupin-April est professeure agrégée à l'École des sciences de la réadaptation et au Département de pédiatrie de l'Université d'Ottawa, et elle est affiliée à l'Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario. Ses travaux de recherche en rhumatologie chez l'enfant et l'adulte comprennent l'élaboration de mesures des résultats signalés par les patients, de directives de pratique clinique, d'interventions d'aide à la décision pour les patients et d'outils de prise en charge autonome.



Viviane Ta – Prix du meilleur résumé de stagiaire

Ce prix est décerné au meilleur résumé de stagiaire soumis et présenté à la conférence de la SCR/APSA dans chacune de trois catégories distinctes.

La lauréate du Prix du meilleur résumé de stagiaire 2022 est Viviane Ta pour son résumé intitulé « *Beliefs and Concerns about RA Medications May Predict Influenza Vaccine Hesitancy: Results from the Canadian Early Arthritis Cohort (CATCH)* ». Viviane est étudiante au doctorat dans le programme de psychologie de l'orientation de l'Université McGill. Ses recherches actuelles portent sur les associations entre les croyances en matière de médication, la couverture vaccinale et les résultats des traitements dans les cas de polyarthrite rhumatoïde précoce. Elle se passionne pour l'amélioration de la qualité de vie des adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde. Viviane est membre de l'APSA et stagiaire d'Arthritis Research Canada et de l'étude CATCH.

**Inhibiteur de JAK
à prise orale unique quotidienne***

INDIQUÉ DANS

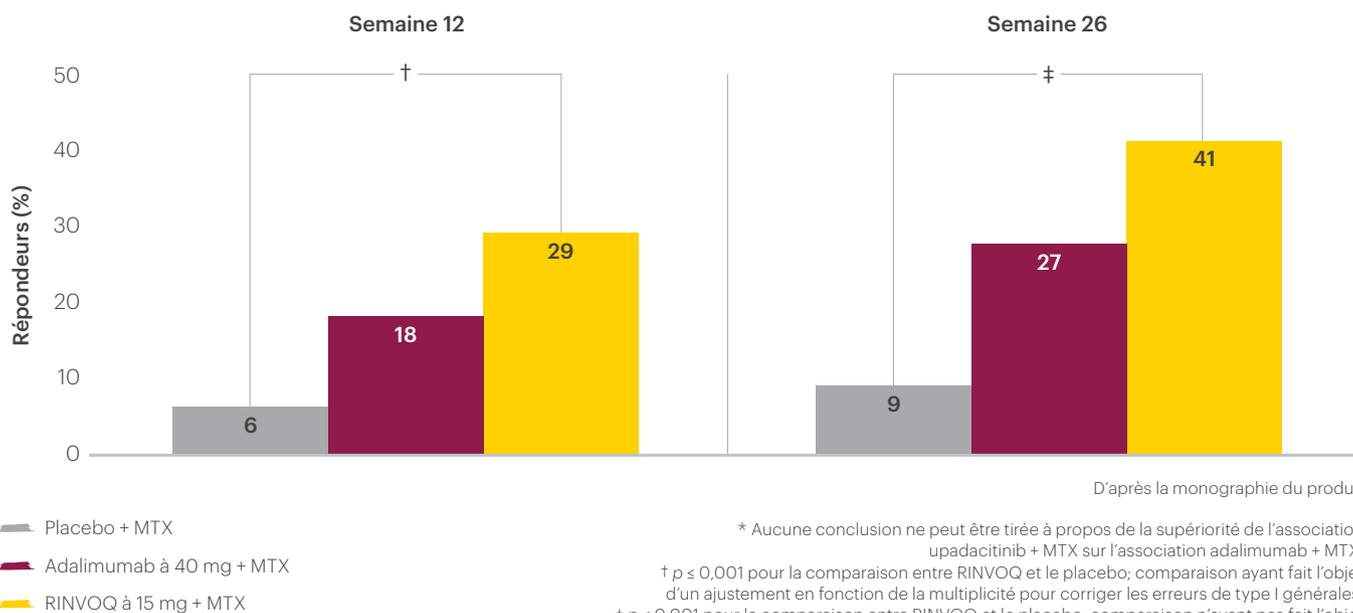
**le traitement de la
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE et du
RHUMATISME PSORIASIQUE NOUVEAU**

Polyarthrite rhumatoïde

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

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

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



D'après la monographie du produit

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

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

Saisissez RINVOQ

RINVOQ (upadacitinib) est indiqué pour le traitement :

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

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

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

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

Mises en garde et précautions les plus importantes

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

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

Thrombose: Des cas de thrombose, y compris des cas de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire et de thrombose artérielle, ont été observés chez des patients traités par des inhibiteurs de JAK,

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

Autres mises en garde et précautions pertinentes

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

Pour de plus amples renseignements

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

* Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la posologie et l'administration.

DAS28-CRP: 28-joint Disease Activity Score using C-reactive protein (score d'activité de la maladie dans 28 articulations fondé sur le dosage de la protéine C réactive).

Référence: AbbVie Canada. Monographie de RINVOQ.



Il faut de l'engagement...

Pfizer Canada cherche à avoir des répercussions profondes sur la santé des Canadiens grâce à la découverte, à la mise au point et à la distribution de médicaments et de vaccins.

Nous croyons en l'importance de soutenir les personnes des collectivités dans lesquelles nous travaillons et vivons grâce à des partenariats d'investissement communautaire. Nous fournissons des médicaments essentiels aux personnes vulnérables et tendons la main aux plus démunis.

Grâce à nos partenariats, nous permettons aux personnes de vivre dans un monde en meilleure santé.



[pfizer.ca](https://www.pfizer.ca)

M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence par Pfizer Canada.

