

CRAJ SCCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Pleins feux sur : Soutenir la rhumatologie canadienne en œuvrant dans les coulisses

Éditorial

- Choisir imprudemment

Prix, nominations et accolades

- Des honneurs pour les docteurs Gregory Choy, Mary Bell et Dafna Gladman

Que fait la SCR pour vous?

- Qui se cache derrière cette adresse courriel?

Des nouvelles de l'ICORA

- Sommaire de l'ICORA : 2015

Arthroscopie

- Le Prix du rhumatologue en milieu communautaire de l'Université de Toronto
- Le critère biologique pour la polyarthrite rhumatoïde au Canada
- Mise à jour du comité des thérapeutiques : où nous en sommes
- Des nouvelles du comité scientifique
- Le Saint Graal de la formation
- Comité des résumés : examens et rapports
- Plus de Communications!
- Comité des lignes directrices : mise à jour 2015

- Pouvez-vous me dire ce qu'est CanREAL exactement?
- Comité de l'optimisation des soins
- Nouvelles pédiatriques 2015
- AMRQ : Plus ça change, plus c'est pareil...
- Des nouvelles de la SOAR : mise à jour 2015 pour l'Atlantique
- Parfois : notes du président de l'ARO
- Martinis et rêveries : notes de la WAR
- Les Chroniques de San Francisco : ACR 2015

Dix choses à savoir (que les rhumatologues ne savent peut-être pas) sur...

- La détection et le traitement de l'hémochromatose

Revue de livre

- Le *Canadian Clinician's Rheumatology Handbook*, 2^e édition

Nouvelles régionales

- Bribes et clichés du Manitoba

Articulons nos pensées

- La Soirée du Canada devrait-elle s'envoler vers l'Europe?

POUR CE QUI EST DE

L'ADMINISTRATION
DE MON TRAITEMENT
POUR LA POLYARTHRITE
RHUMATOÏDE

JE VEUX CE QUI

ME

CONVIENT

Je suis atteint de polyarthrite rhumatoïde. Mais cela ne m'empêche pas de mener une vie très occupée.

Pour ce qui est de la façon d'administrer un traitement pour la polyarthrite rhumatoïde, nous sommes tous différents. Certains préfèrent un traitement sous-cutané, et d'autres trouvent qu'un médicament intraveineux est un bon choix pour eux.

Dans mon cas, le choix a été fait avec mon médecin, en fonction de mon mode de vie et de mon horaire de travail. C'était bon de connaître toutes mes options et d'en parler, avant de choisir mon traitement.

– **Jim, opérateur de chariot élévateur***

Atteint de PR depuis 5 ans; actuellement traité par perfusions intraveineuses.

* Basé sur un cas réel. Peut ne pas être représentatif de tous les patients.

Marques de commerce utilisées sous licence.
© 2014 Janssen Inc.

Janssen Inc.
19 Green Belt Drive
Toronto (Ontario) M3C 1L9
www.janssen.ca

SJA140528F

Member
CCPP* R&D

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

Choisir imprudemment

par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« Vous ne pouvez tomber en amour que six fois au cours de votre vie. Choisissez avec soin. »

– Douglas Coupland

Changer de comportement est difficile. Un de mes exemples favoris est celui de la vitamine C et du scorbut. Il a fallu 42 années entre le moment où il a été déterminé que le scorbut pouvait être évité par un apport suffisant en agrumes et celui où la marine britannique a ordonné que chaque marin reçoive une ration quotidienne d'oranges et de citrons frais¹.

L'éducation adulte parle d'atteindre une zone de maîtrise, où des modèles sont reconnus et des actions se font semi-automatiquement sans effort mental particulier, un peu comme la règle des « dix mille heures » dans les sports². J'en ai la preuve quotidiennement alors que le trajet de 20 km pour me rendre à mon travail se fait sans mémorisation consciente de chaque feu de circulation ou virage en cours de route. La route me semble toute-fois beaucoup plus longue par mauvais temps, alors qu'une plus grande concentration est requise.

Dans notre bureau, nous en profitons aussi. Pour les affections simples, nous pouvons pratiquement prédire les réponses du patient à nos questions avant même qu'il ne les formule. Les résultats aux examens physiques ne sont généralement pas surprenants; nous pouvons les anticiper d'après les antécédents du patient. Nous développons une série de discours mentaux qui peuvent être déroulés et récités pour couvrir les éléments essentiels du diagnostic et du plan de traitement. Les problèmes surviennent lorsque de nouveaux renseignements médicaux deviennent disponibles, nécessitant un changement de notre part; la traduction des connaissances demeure un défi. Parfois aussi, les médecins peuvent n'avoir jamais appris la bonne approche en premier lieu, un problème particulièrement courant en rhumatologie qui, à mon avis, ne reçoit pas sa juste part du temps d'instruction durant les études prédoctorales et postdoctorales en médecine. Cela s'applique particulièrement aux médecins qui se retrouvent aux premières lignes des soins primaires, où les affections musculosquelettiques sont si fréquentes.

Les conséquences se déploient quotidiennement dans mon bureau. La plupart des patients qui sont orientés vers moi arrivent du bureau de médecins de famille ou d'omnipraticiens qui semblent croire qu'un renvoi en rhumatologie nécessite une batterie de tests que je n'aurais jamais demandés, comme le facteur rhumatoïde (FR), les anticorps antinucléaires (AAN), l'anti-ADN double brin (ADNdb) et des études complémentaires pour des cas réguliers d'ostéoarthritis (OA) du genou ou une douleur au bas du dos. Cela a été documenté à maintes reprises dans la littérature^{3,4}. De même, l'envie de demander des IRM du genou

et de la colonne ne semble pas pouvoir être aisément surmontée, et ce, même quand de simples radiographies du genou démontrent des anomalies et qu'aucune chirurgie de la colonne n'est en vue.

Que faudra-t-il pour vraiment faire changer les choses? Les pressions sur les budgets de santé finiront par faire leur œuvre. Nous voyons déjà des gels et des coupures sur les honoraires des médecins en Ontario, avec des offres de rétablir le financement si les médecins peuvent proposer des initiatives visant à sauver le système en réduisant les dépenses pour des tests de laboratoire et des IRM inutiles. Je fonde de grands espoirs sur le programme « Choisir avec soin », mené globalement par la Dre Wendy Levinson, et sur l'initiative « Choisir avec soin » de la SCR, menée par la Dre Shirley Chow. Le matériel et les données probantes sont irréfutables. La traduction et la dissémination des connaissances seront primordiales. Peut-être les connaissances croissantes des patients les amèneront-elles à questionner et éduquer les praticiens qu'ils rencontreront. Pour ma part, je saute sur toutes les occasions de présenter ce matériel lorsqu'on me laisse le choix d'un sujet d'éducation médicale continue (EMC), y compris aux clubs de lecture, aux conférences d'EMC en croisière et à des événements comme *Primary Care Today*.

Je garde l'espoir que la prochaine génération de dossiers médicaux électroniques (DME) intégrera des lignes directrices sur les tests à effectuer au point de service ainsi que des tableaux de bord pour optimiser les soins en temps réel. Peut-être qu'une fenêtre pourrait apparaître à l'écran d'un omnipraticien lorsqu'il demande une série de tests de rhumatologie en laboratoire pour un patient atteint de simple OA de la hanche ou du genou. Peut-être que cela pourra éviter les tests d'anti-ADNdb et d'antigènes nucléaires extractibles (ANE) demandés alors que le statut AAN n'a pas encore été déterminé. On ne peut qu'espérer!

Références :

1. Glouberman S. Knowledge transfer and the complex story of scurvy. *J Eval Clin Pract* 2009; 15(3):553-7.
2. Ericsson KA, Krampe RTh et Tesch-Romer C. The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychol Rev* 1993; 100(3):393-406.
3. Miller A, Mahtani KR, Waterfield MA, et coll. Is rheumatoid factor useful in primary care? A retrospective cross-sectional study. *Clin Rheumatol* 2013; 32(7):1089-93.
4. Abeles AM, Abeles M. The clinical utility of a positive antinuclear antibody test result. *Am J Med* 2013; 126(4):342-8.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Rédacteur en chef, JSCR

Scarborough, Ontario

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

Mission. La mission du *Journal de la SCR* 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, M.D. C.M.,
FRCPC, FACP**
Président,
Section de rhumatologie de
l'Association médicale de
l'Ontario (AMO)
Scarborough (Ontario)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Cory Baillie, M.D., FRCPC
Président,
Société canadienne de
rhumatologie
Professeur adjoint,
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP

Président sortant,
Société canadienne de
rhumatologie
Directeur médical,
The Arthritis Program
Chef du service de
rhumatologie,
Centre régional de santé
Southlake
Newmarket (Ontario)

MEMBRES

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

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

**Derek Haaland, M.D., M.Sc.,
FRCPC**
Professeur adjoint
d'enseignement clinique,
Université McMaster
Divisions de l'immunologie
clinique, allergie et rhumatologie
Shanty Bay (Ontario)

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

**Diane Lacaille, M.D., M.H. Ic.Sc.,
FRCPC**
Scientifique principale,
Centre de recherche sur
l'arthrite du Canada
Chaire de recherche sur
l'arthrite Mary Pack
Professeure de rhumatologie,
Division de rhumatologie,
Université de la Colombie-
Britannique
Vancouver (Colombie-
Britannique)

Deborah Levy, M.D., M.S., FRCPC
Professeure adjointe,
Université de Toronto
Chercheuse au sein de l'équipe
de recherche,
Child Health Evaluative Sciences
Research Institute
Toronto (Ontario)

Bindu Nair, M.D., M.Sc., FRCPC
Doyen adjoint,
Collège de Médecine
Professeure agrégée,
Division de rhumatologie,
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

Sylvie Ouellette, M.D., FRCPC
Professeure adjointe,
Université Dalhousie
Professeure adjointe de
clinique,
Université Memorial
L'Hôpital de Moncton
Moncton (Nouveau-Brunswick)

Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC
Professeure adjointe,
Université McGill
Directrice de programme,
Division de rhumatologie
pédiatrique
Hôpital de Montréal pour
enfants
Montréal (Québec)

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



Le comité de rédaction jouit d'une complète indépendance concernant l'examen des articles figurant dans cette publication et il est responsable de leur exactitude. Les annonceurs n'ont aucune influence sur la sélection ou le contenu du matériel publié.

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Paul F. Brand
Directeur de la publication
Russell Krackovitch
Directeur de la rédaction
Division des projets spéciaux

Katia Ostrowski
Rédactrice
Catherine de Grandmont
Rédactrice-révisure (français)

Donna Graham
Coordonnatrice de la production
Dan Oldfield
Directeur – Conception graphique

Jennifer Brennan
Services administratifs
Robert E. Passaretti
Éditeur

© STA HealthCare Communications, 2015. 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. Poste-publication. Enregistrement n° 40063348. Port payé à Saint-Laurent, Québec. Date de publication : décembre 2015. Les auteurs sont choisis selon l'étendue de leur expertise dans une spécialité donnée. Les articles du *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE* n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Société canadienne de rhumatologie ou de STA HealthCare Communications inc. Il est recommandé que les médecins évaluent l'état de leurs patients avant de procéder à tout acte médical suggéré par les auteurs ou les membres du comité éditorial. De plus, les médecins devraient consulter les monographies de produit officiellement approuvées avant de prescrire tout médicament mentionné dans un article. Prière d'adresser toute correspondance au *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE*, 6500 Rte Transcanadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5

PRIX, NOMINATIONS ET ACCOLADES



Le Prix de l'enseignement pré-internat du département de médecine du Centre des sciences de la santé Sunnybrook (SHSC) reconnaît l'excellence de l'enseignement durant les deux premières années d'étude en médecine. À titre de plus récent récipiendaire de ce prix, j'ai été amené à réfléchir au rôle qu'avaient joué certains rhumatologues dans ma propre éducation. En tant qu'étudiant, j'ai été inspiré par d'excellents modèles comme la Dre Dafna Gladman, la Dre Lynn Russell et le Dr John Sibley.

J'ai pu apprécier encore mieux leurs efforts lorsque je suis moi-même devenu professeur en médecine. Je vais donc m'efforcer de faire honneur à mes mentors en transmettant à mon tour mes connaissances, mes habiletés et mon dévouement aux soins des patients à la prochaine génération de médecins.



La Dre Mary Bell a reçu le prix Rhumatologue de l'année de l'Association de rhumatologie de l'Ontario (ARO) présenté lors de leur assemblée générale annuelle en mai 2015. Ce prix est décerné annuellement à un rhumatologue de l'Ontario en reconnaissance de sa contribution pertinente et significative à l'ARO conformément à ses piliers d'engagement. Elle a suggéré que l'Association se lance dans un périple axé sur les DME, qui a donné lieu au plus haut taux d'adoption des DME de tous les domaines de spécialisation. Elle a activement participé aux efforts du comité des modèles de soin, appuyant tous les aspects de notre travail, et en tant que partisane des professionnels paramédicaux œuvrant en milieux communautaires et hospitaliers. Elle a de plus appuyé avec diligence nos efforts de dissémination du Programme MedsCheck en collaboration avec l'Association des pharmaciens de l'Ontario. La Dre Bell a contribué avec ardeur à la défense des intérêts de l'ARO : « Je crois que l'ARO a fait plus pour la rhumatologie en Ontario au cours des 10 dernières années que n'importe quel autre groupe au cours des 30 dernières années! »

La Dre Bell a obtenu son doctorat en médecine de l'Université de Toronto et une maîtrise es sciences en épidémiologie clinique et biostatistiques de l'Université McMaster. Elle a été chef de la division de rhumatologie de l'Hôpital Sunnybrook et directrice de l'éducation continue et de la traduction des connaissances à l'Université de Toronto. Elle a dirigé plusieurs projets nationaux pour lesquels elle a reçu des prix, notamment l'initiative *Getting a Grip on Arthritis* et le programme Patients-partenaires contre l'arthrite. Elle poursuit maintenant ses travaux de recherche au sein de l'Unité de recherche et d'évaluation communautaire sur l'arthrite (ACREU).



La Dre Dafna Gladman a reçu le prix Mentor de l'année 2015 du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Ce prix régional de Mentor de l'année a été créé pour reconnaître les membres en règle du Collège royal qui ont eu un impact significatif sur le développement de la carrière d'étudiants, de résidents ou de boursiers. Les candidats doivent avoir fait la preuve de leur capacité à être un excellent modèle en démontrant les qualités ou compétences d'un « professionnel », telles que décrites dans le cadre CanMEDS. La Dre Gladman est reconnue comme chef de file internationale dans les domaines du lupus érythémateux disséminé et de l'arthrite psoriasique, avec un intérêt particulier pour le développement de bases de données, les études pronostiques, les marqueurs génétiques de susceptibilité à la maladie et d'expression, les instruments d'évaluation et les mesures de qualité de vie.

Ce travail scientifique est doublé d'un parcours de mentorat exemplaire auprès des étudiants. Elle a été directrice du programme de rhumatologie de l'Université de Toronto de 1992 à 2003, supervisant la formation d'environ 40 rhumatologues dont plusieurs sont maintenant des chefs de file en milieux communautaires et universitaires. Elle a supervisé des projets de recherche pour un nombre impressionnant d'étudiants à différents niveaux, y compris 13 projets de résidents en médecine de base, 68 projets de boursiers en rhumatologie, 64 projets d'étudiants de premier cycle et 19 projets de cycles supérieurs (M. Sc. et Ph. D.).

PRIX, NOMINATIONS ET ACCOLADES

Le *JSCR* tient à souligner les contributions de ses lecteurs dans le domaine médical et dans leurs communautés locales.

Pour faire l'annonce de récompenses, de distinctions ou de nominations dans un prochain numéro, envoyez-nous les noms des récipiendaires, des détails pertinents et un bref compte rendu des honneurs à l'adresse katio@sta.ca. L'envoi de photos est fortement encouragé.

Qui se cache derrière cette adresse courriel?



Nom : Sharon Brinkos
Rôle dans la SCR : Adjointe exécutive.
Depuis combien de temps travaillez-vous pour la SCR? Presque deux ans et demi!

Votre moment le plus drôle depuis que vous travaillez à la SCR? Il n'y a pas un moment en particulier, mais quand Christine, Virginia, Claire et moi nous retrouvons ensemble, quelque chose finit généralement par nous faire rigoler.

Ce poste vous a-t-il amené à une grande prise de conscience? Travailler avec des médecins vous fait voir tout ce qu'ils font et comment ils tentent d'améliorer les choses pour le futur.

À combien d'ASA avez-vous assisté? Deux : Whistler (2014) et Québec (2015).

Un vendredi à 17 h, on me trouvera soit en train de faire mes bagages pour aller au chalet ou de préparer le souper.

Intérêts personnels? Cuisiner, passer du temps au chalet, le bricolage et mes activités bénévoles.

Qu'aimez-vous tant du fait de travailler pour la SCR? Rencontrer tous les gens avec qui je traite au quotidien à l'ASA et la flexibilité que j'ai avec l'horaire de mes enfants en travaillant de la maison.

Avez-vous des animaux de compagnie ou mascottes personnelles? Oui, son nom est Oskar.



Nom : Claire McGowan
Rôle dans la SCR : Coordinatrice de projet.

Depuis combien de temps travaillez-vous pour la SCR? Je travaille depuis bien des années, mais depuis un an pour la SCR en particulier.

Votre moment le plus drôle depuis que vous travaillez à la SCR? Nous avons eu des moments pas mal rigolos en avion... quoique mes collègues passent peut-être plus de temps à rire de moi.

À combien d'ASA avez-vous assisté? Une seule à ce jour... Québec (2015).

Un vendredi à 17 h, on me trouvera avec mes proches pour entamer le week-end.

Intérêts personnels? La photographie, les voyages, le kayak et la randonnée pédestre.

Qu'aimez-vous tant du fait de travailler pour la SCR? Le fait de travailler avec de bonnes et merveilleuses personnes dévouées qui canalisent toute leur énergie vers un but commun.

Avez-vous des animaux de compagnie ou mascottes personnelles? Pas d'animaux, pas de plantes. Je ne suis bonne qu'à garder les humains en vie et en santé!



Nom : Virginia Hopkins
Rôle dans la SCR : Coordinatrice de la recherche et de la technologie.

Depuis combien de temps travaillez-vous pour la SCR? Quatre ans.

Ce poste vous a-t-il amené à une grande prise de conscience? L'ampleur des connaissances requises pour faire ce travail et comprendre la rhumatologie est infinie!

À combien d'ASA avez-vous assisté? Quatre : Victoria (2012), Ottawa (2013), Whistler (2014) et Québec (2015).

Un vendredi à 17 h, on me trouvera au volant de ma voiture pour conduire mes enfants quelque part...

Intérêts personnels? La lecture, le volleyball et le hockey-balle.

Qu'aimez-vous tant du fait de travailler pour la SCR? J'adore travailler de la maison et la variété de mes responsabilités.

Avez-vous des animaux de compagnie ou mascottes personnelles? Nous avons un lapin nain néerlandais nommé Coco.

Sommaire de l'ICORA : 2015

par Boulos Haraoui, M.D., FRCPC

Le comité de recherche de la SCR a été fort occupé en 2015. L'ICORA a tenu son huitième concours pour l'octroi de bourses, étendant cette année ses critères de sélection aux projets liés à toutes les maladies rhumatismales. L'ICORA a octroyé trois bourses d'un an et six bourses de deux ans, pour un total d'un peu plus de 740 000 \$! L'ICORA a également commandité le deuxième Prix de l'investigateur clinicien de la SCR (ICORA) qui subventionne un jeune chercheur en lui versant 60 000 \$ par année pendant deux ans pour lui permettre d'amorcer et de poursuivre un projet de recherche indépendant clairement pertinent pour le domaine de l'arthrite. La récipiendaire de cette année est la Dre Bindee Kuriya, de l'Université de Toronto.

La contribution de l'ICORA à l'avancement de la recherche en rhumatologie au Canada est rendue possible grâce aux contributions financières sans restrictions de nombreux partenaires de l'industrie. Au fil des années, ils ont réalisé l'importance d'appuyer de telles initiatives, faisant ainsi de l'ICORA le troisième plus important organisme de financement de la recherche en rhumatologie au Canada. Nous tenons à reconnaître leur important soutien.

En particulier, merci au Dr John Esdaile pour toute sa contribution à l'ICORA en tant que président de la commission d'examen. Le Dr Esdaile a assumé cette fonction depuis 2006, fournissant une orientation et de précieux conseils au procédé d'examen. Nous souhaitons maintenant une cordiale bienvenue au Dr Paul Fortin en tant que nouveau président de la commission d'examen.

Les études subventionnées par l'ICORA se démarquent dans le monde entier avec, notamment, plusieurs affiches et présentations orales aux récentes assemblées de l'EULAR (European League Against Rheumatism) et de l'ACR (American College of Rheumatology). Par exemple, à l'EULAR 2015, le soutien de l'ICORA a facilité les présentations suivantes :

- *Using Patient Relevant Variables to Describe the Disease Course in Children with Juvenile Idiopathic Arthritis: Results from the REACCH-OUT Cohort* (affiche);



- *Creating New Rheumatologists: The Canadian Experience* (affiche).
De même, à l'ACR 2014, l'ICORA a contribué aux présentations suivantes :
- *A Novel Approach to Assess Wait-Times to Rheumatologists* (affiche);
- *Creating New Rheumatologists: The Canadian Experience* (orale);
- *Increasing Access to Inflammatory Arthritis Education in Rural and Remote Communities using Telemedicine* (orale).

Boulos Haraoui, M.D., FRCPC

*Professeur agrégé de clinique en médecine,
Université de Montréal*

*Directeur de la division de recherche clinique en rhumatologie,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)*

Président, ICORA

Montréal, Québec

ICORA : Appel de bourse

L'ICORA lance un nouvel appel de bourse en 2016!

Ouverture du système de demande de bourse de l'ICORA en ligne le 25 janvier 2016.

La date limite pour soumettre une lettre d'intention est le 29 février 2016.

La date limite pour soumettre une demande de bourse à l'ICORA en ligne est le 30 mars 2016 à 23 h 59, heure du Pacifique.

Voir la page www.rheum.ca/fr/research/CIORA pour de plus amples renseignements.

Les questions peuvent être adressées à Virginia Hopkins à virginia@rheum.ca.

Le Prix du rhumatologue en milieu communautaire de l'Université de Toronto

par Claire Bombardier, M.D., FRCPC

Les rhumatologues en milieu communautaire jouent des rôles clés dans l'avancement de la rhumatologie. C'est pourquoi le Prix du rhumatologue en milieu communautaire de l'Université de Toronto a été créé en 2009 pour rendre hommage à ces individus et célébrer leurs réalisations. Le prix est décerné à un rhumatologue en milieu communautaire à titre de « reconnaissance pour son leadership exceptionnel et soutenu dans le domaine de la rhumatologie en Ontario ». Les récipiendaires tiennent lieu de modèles pour nos résidents et notre corps enseignant, contribuent à notre mission universitaire et œuvrent efficacement pour promouvoir les intérêts de la profession de rhumatologue et l'amélioration des soins aux patients.

Chaque année, en mai, l'appel de candidatures pour le rhumatologue en milieu communautaire est lancé. Le récipiendaire du prix doit répondre aux critères suivants :

1. être rhumatologue en milieu communautaire en Ontario;
2. démontrer l'apport d'une contribution exceptionnelle à la rhumatologie dans l'ensemble de l'Ontario et pour le corps enseignant, les diplômés et les étudiants de l'Université de Toronto;
3. démontrer que son apport a été soutenu sur plusieurs années; et
4. faire preuve de leadership dans les domaines suivants : défense des intérêts, activité professionnelle créative, éducation, recherche et soins aux patients.

Deux lettres d'appui doivent accompagner chaque nomination; tout membre du corps enseignant ou résident au sein de la division de rhumatologie de l'Université de Toronto peut soumettre des candidatures. Le comité de revue se compose du directeur de la division, du directeur du programme, du résident en chef et d'un autre membre du comité du programme. La lettre de mise en candidature doit

présenter la justification pour cette mise en candidature, résumer la contribution exceptionnelle du candidat et ses répercussions dans la communauté de la rhumatologie et fournir la preuve d'une contribution soutenue au cours de nombreuses années.

Pour illustrer l'estime éprouvée envers les rhumatologues en milieu communautaire, voici quelques extraits de lettres de mise en candidature décrivant les récipiendaires des années passées : « est allé au-delà de ses fonctions pour contribuer à l'amélioration des soins aux patients, de la recherche et de la pratique de la rhumatologie en Ontario »; « (...) nul rhumatologue en cette province ne peut nier avoir été touché par les efforts créatifs, l'habileté politique, la prévoyance financière, le travail acharné et les contributions. »; « (...) est depuis longtemps reconnu pour son leadership dans le domaine de la rhumatologie en milieu communautaire à l'échelle provinciale, nationale et internationale. »; « (...) fournit une excellente expérience en rhumatologie aux résidents qui participent à la tournée des patients à son site clinique. Les commentaires des résidents participants indiquent qu'ils y reçoivent une expérience d'apprentissage très précieuse, tant pour ce qu'ils y apprennent en rhumatologie que pour les idées qu'ils découvrent sur la pratique. »; et « (...) un excellent modèle pour les futurs rhumatologues en milieu communautaire. » Le nom du récipiendaire du Prix du rhumatologue en milieu communautaire est annoncé après le souper lors la Journée de recherche Ogryzlo annuelle. Notez que ce prix n'est pas nécessairement décerné chaque année. Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter la page sur la Journée de recherche Ogryzlo (en anglais seulement) sur notre site Web (http://www.rheumatology.utoronto.ca/aah_page82/aae_page201/).

Claire Bombardier, M.D., FRCPC

Professeure de médecine, Université de Toronto
Directrice, Division de rhumatologie, Université de Toronto
Chercheuse principale, Toronto General Research Institute
Chaire de recherche du Canada en transfert des connaissances pour les soins musculosquelettiques, Réseau universitaire de santé, Ancienne codirectrice scientifique, Réseau canadien de l'arthrite, Toronto (Ontario)

Prix du rhumatologue en milieu communautaire

Année de remise	Réceptaire
2012	Dre Vandana Ahluwalia
2011	Dr Philip A. Baer
2009 (inaugural)	Dr J. Carter Thorne

Le critère biologique pour la polyarthrite rhumatoïde au Canada

par Jane Purvis, M.D., FRCPC

Le traitement des maladies rhumatismales a changé de façon drastique au cours des 15 dernières années avec l'avènement de nouveaux traitements efficaces et la réévaluation des anciens médicaments, nous menant maintenant au concept de traiter les patients jusqu'aux valeurs cibles et de travailler en vue d'éviter l'invalidité et la difformité.

En même temps que cette révolution sur le plan du traitement est venue une augmentation significative des coûts directs associés au traitement. Cette réalité a amené les payeurs et les prescripteurs à tenter de rationaliser ou d'établir des stratégies d'utilisation pour ces traitements, comme d'exiger que des médicaments plus anciens soient utilisés en premier lieu ou d'accorder l'accès aux agents biologiques seulement aux patients présentant un certain niveau d'activité de la maladie. Cela avait donné lieu à des situations où des patients atteints de maladies semblables, mais couverts par des compagnies d'assurance différentes, n'avaient pas accès aux mêmes médicaments. Les critères provinciaux pour l'accès aux agents biologiques pour traiter les maladies rhumatismales sont aussi très différents, de sorte que la transférabilité de couverture actuelle à travers les assureurs et les provinces est inégale et plutôt inéquitable.

Afin de remédier à cette situation de façon proactive, le comité sur les tiers payeurs de l'Association de rhumatologie de l'Ontario (ARO), avec la bénédiction de la SCR, a entamé des discussions avec l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) qui souhaitait également introduire une plus grande uniformisation dans le système. À titre d'effort initial, il fut décidé de se pencher sur l'accès aux agents biologiques pour les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), puisqu'il existe des normes de traitement publiées par la SCR, et bien acceptées, et que la maladie est bien caractérisée et relativement commune. Compte tenu du nombre relativement peu élevé de rhumatologues à travers le pays, cela semblait être un premier objectif raisonnable pour tenter de créer un critère pancanadien d'accès aux agents biologiques pour les assureurs privés.

Dès le départ, il fut décidé que le nom spécifique du médicament biologique n'était pas aussi important que

d'obtenir l'accès aux agents biologiques en tant que classe. C'était là une décision importante pour permettre aux assureurs de pousser les discussions plus loin. Par conséquent, tous les agents biologiques approuvés pour la PR en date de janvier 2014 ont été considérés collectivement, à l'exclusion du rituximab qui est approuvé en deuxième intention, le plus souvent après un autre agent biologique. Le critère a été dérivé des lignes directrices fondées sur les données probantes disponibles, en particulier les lignes directrices de la SCR pour la PR. L'ACCAP a aidé à faciliter la discussion avec ses compagnies d'assurance membres par le biais de réunions avec l'industrie et d'une téléconférence avec les membres du comité ARO/SCR. L'équipe ARO/SCR incluait la Dre Jane Purvis (présidente du comité), le Dr Arthur Karasik, le Dr Philip Baer, le Dr Carter Thorne (président sortant de l'ARO, président sortant de la SCR, président du comité des produits thérapeutiques de la SCR), M. Denis Morrice, Mme Dawn Richards (représentante de l'Alliance canadienne des arthritiques [ACA]), en consultation avec la Dre Cathy Flanagan et le Dr Jason Kur (Colombie-Britannique), le Dr Cory Baillie (président de la SCR, Manitoba), le Dr Jamie Henderson et le Dr Peter Docherty (Nouveau-Brunswick), le Dr Frédéric Morin, le Dr Boulos Haraoui et le Dr Denis Choquette (Québec) et la Dre Janet Pope, la Dre Vandana Ahluwalia, le Dr Henry Averbs, le Dr Nikhil Chopra et le Dr Felix Leung (Ontario). Toutes les opinions favorables et dissidentes ont été attentivement considérées par le comité.

Le critère final accepté est comme suit :

- un essai d'au moins 12 semaines avec le méthotrexate et au moins un autre antirhumatismal modifiant l'évolution de la maladie (ARMM);
- là où il est impossible de combiner des ARMM non biologiques (une situation rare), l'essai de trois ARMM non biologiques consécutifs serait acceptable.

L'entente avec les assureurs stipule que, à l'avenir, sauf indication contraire par le promoteur du régime, les régimes d'assurance privés se conformeront à ce critère uniformisé à

travers le pays. Cette première étape, atteinte après maintes discussions et considérations, n'est que notre point de départ pour ce périple; il est prévu de réévaluer la fonctionnalité de ce critère après quelques mois d'application. Les commentaires des prescripteurs, des assureurs et des regroupements de patients seront les bienvenus. L'ACCAP et l'équipe ARO/SCR se réuniront pour évaluer toute modification qui pourrait s'avérer nécessaire. Il est à espérer que ce simple critère, appliqué par tous les assureurs à travers le pays, pourra mener à des résultats uniformisés semblables concernant les listes de médicaments provinciales pour les patients atteints de PR. Dans les mois à venir, nous aborderons la question avec les représentants de chaque province pour déterminer s'il y a une volonté de progresser dans cette direction.

Références :

1. Bykerk VP, Akhavan P, Hazlewood GS, et coll. Canadian Rheumatology Association Recommendations for Pharmacological Management of Rheumatoid Arthritis with Traditional and Biologic Disease-modifying Antirheumatic Drugs. *J Rheumatol* 2012; 39(8):1559-82.
2. Bombardier C, Hazlewood GS, Akhavan P, et coll. Canadian Rheumatology Association Recommendations for Pharmacological Management of Rheumatoid Arthritis with Traditional and Biologic Disease-modifying Antirheumatic Drugs: Part II Safety. *J Rheumatol* 2012; 39(8):1583-602.

Jane Purvis, M.D., FRCPC
Présidente, comité sur les tiers payeurs,
Association de rhumatologie de l'Ontario/SCR
Présidente sortante, ARO
Rhumatologue, The Medical Centre
Peterborough (Ontario)

Mise à jour du comité des thérapeutiques : où nous en sommes

par Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP

La SCR a entrepris une grande transformation afin de mieux desservir ses membres et d'accomplir sa mission. Dans le cadre de cette restructuration, nous avons apporté des changements à l'organisation administrative (qui comprend maintenant un poste de PDG) et aux comités, tant sur le plan de leur obligation de rendre compte que de leurs mandats. Nous avons maintenant des comités du conseil qui veillent à la mission de la SCR et des comités des opérations qui veillent à sa mise en œuvre.

L'ancien comité des thérapeutiques fait maintenant partie du comité des lignes directrices dont le mandat est la revue, le développement et la mise en œuvre de lignes directrices; sous la direction de la Dre Shahin Jamal, leurs activités sont le plus souvent réflexives et proactives. Le nouveau comité des thérapeutiques a pour mandat l'examen des questions qui pourraient se présenter, y compris les demandes de membres, d'agences et de payeurs, qui sont souvent de nature réactive.

À titre d'exemple récent, notons le succès de la SCR dans le cas de la suspension de naproxène (Naprosyn); revoyez l'article « Exemple de réussite en matière de défense d'intérêts » dans le *JSCR* de l'hiver 2014 pour tous les détails. Dans cette situation, la SCR avait été en mesure de faciliter un procédé qui devait prendre deux années pour le compléter en 10 mois.

Plus récemment, nos collègues pédiatriques ont identifié une autre lacune dans les soins, soit l'absence d'hexacétonide de triamcinolone (HT) sur le marché; cet agent est particulièrement prisé pour le traitement des jeunes patients. Même si le numéro d'identification du médicament (DIN) était toujours détenu par une entreprise canadienne, il n'y avait aucun intérêt de la part de

cette source. Des personnes ressources ont été identifiées par les membres du comité et une réunion de stratégie a eu lieu à Newmarket en juillet 2015, regroupant la Dre Deborah Levy, Christine Charnock, Denis Morrice, Ken D'Entremont de Medexus et moi-même. Ken a été en mesure d'identifier une source de fabrication européenne approuvée par l'EMA, d'obtenir un engagement à fournir le produit et de soumettre une demande à Santé Canada par la voie réglementaire appropriée. En même temps, la SCR a communiqué avec des représentants de Santé Canada pour leur fournir des renseignements de base et obtenir leur engagement envers ce projet. En un mois, nous avons obtenu l'approbation de Santé Canada pour un Programme d'accès spécial (PAS) pour l'HT et en août 2015, le produit « atterrissait » au Canada pour distribution... un extraordinaire échecancier de moins de six semaines!

Les projets en cours de développement comprennent une réponse aux pharmaciens à propos des interactions médicamenteuses avec le MTX et la question des préoccupations ophtalmologiques à l'égard de l'hydroxychloroquine.

Tout membre souhaitant contribuer aux actions du comité des thérapeutiques est invité à communiquer avec moi ou avec Christine Charnock.

Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP
Président sortant, Société canadienne de rhumatologie
Directeur médical, The Arthritis Program
Chef de la division de rhumatologie,
Centre régional de la santé de Southlake
Newmarket (Ontario)

Des nouvelles du comité scientifique

par Evelyn Sutton, M.D., FRCPC

L'ASA de la SCR retourne vers le magnifique décor de Lake Louise! Le thème de l'Assemblée est « Optimiser la qualité des soins en rhumatologie »; amenez vos familles et venez en grand nombre faire du ski, du patin, du toboggan ou de la randonnée dans les splendides Rocheuses, tout en vous laissant aller à vos réflexions sur les fabuleux ateliers et les séances plénières de l'Assemblée.

Le Dr James Maas lancera la programmation de l'Assemblée en présentant la Conférence de pointe 2016 sur la preuve de l'importance du sommeil (pour vous et vos patients). Nous sommes très heureux de vous annoncer que la Conférence Dunlop-Dottridge 2016 sera présentée par le Dr Berent

Prakken qui nous parlera des nouveaux paradigmes pour l'arthrite inflammatoire. Par ailleurs, le Dr Kaveh Shojanian se penchera sur la question de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients en rhumatologie en cette époque d'expansion des traitements disponibles, des diagnostics et des coûts en se basant sur sa vaste expérience de traduction des données probantes en pratique.

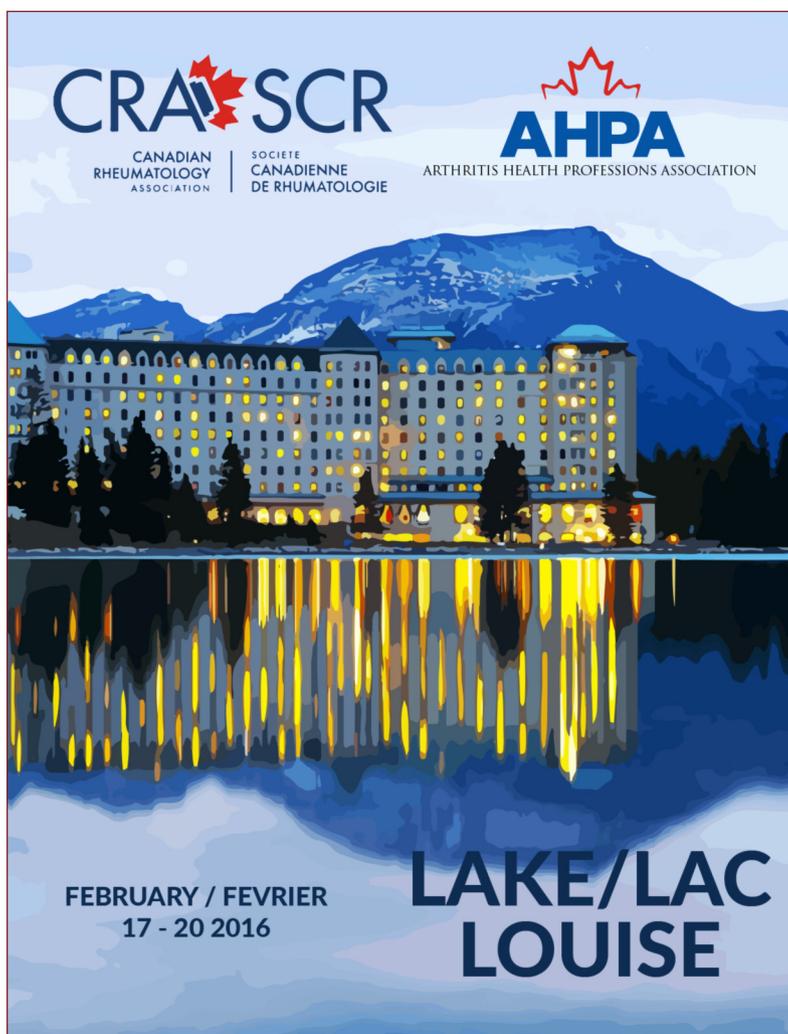
Vous avez besoin de crédits de catégorie 3 pour le maintien de votre certification (MOCOMP)? Le Dr Henry Averno vous guidera à travers les tenants et les aboutissants de l'évaluation de vos propres dossiers médicaux. Restez à l'affût des courriels de la SCR avec l'information pré-conférence.

Nous avons également une grande variété d'ateliers additionnels prévus avec nos propres spécialistes de la SCR, en plus de spécialistes invités des domaines de la pneumologie et de la gastro-entérologie, ainsi qu'une présentation de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM). En plus des différents ateliers, une séance de « Rencontre avec les spécialistes » a été conçue afin de vous permettre de rencontrer plusieurs spécialistes en une heure pour discuter de vos cas difficiles.

Notre comité de planification est particulièrement ravi d'introduire l'apprentissage par le jeu à l'Assemblée. Le Dr Philip Baer est très occupé à compiler des questions pour *RheumJeopardy*, un jeu qui fera appel à la participation de tous ceux qui assisteront à la séance. Grâce à la technologie, il nous sera possible de diviser la salle en deux équipes massives, alors prévoyez d'y assister. Plaisir et éducation garantis!

Inscrivez des dates à votre agenda, réservez vos billets d'avion et préparez-vous à profiter pleinement de votre séjour à Lake Louise. Au plaisir de vous y voir en grands nombres.

*Evelyn Sutton, M.D., FRCPC
Professeure de médecine et d'éducation médicale,
Université Dalhousie
Directrice du Centre de l'arthrite de Nouvelle-Écosse
Halifax (Nouvelle-Écosse)*



Le Saint Graal de la formation

par Christopher Penney, M.D., FRCPC

Le Saint Graal de la formation médicale continue (FMC) est de prouver qu'une activité éducative mène à un changement bénéfique dans la pratique des médecins, ce qui en retour mène à une amélioration des résultats pour les patients. Le premier pas dans cette direction passe par une vérification des dossiers médicaux

des patients de votre propre pratique. Les vérifications de dossiers médicaux sont un moyen pour vous de découvrir ce que vous faites vraiment, plutôt que ce que vous croyez faire. Après avoir complété la vérification initiale et avoir réfléchi aux résultats, il vous faudra possiblement fermer la boucle en modifiant votre approche et ensuite vous prouvez à vous-même que vous l'avez bien fait par une seconde vérification des dossiers.

Pourquoi se donner tout ce trouble? Pourquoi ne pas simplement continuer à assister aux activités d'apprentissage en groupe habituelles (section 1) comme vous l'avez fait par le passé? La réponse est fort simple : les règles ont changé! Conformément aux normes du Collège royal, nous sommes maintenant tenus d'entreprendre des activités d'auto-évaluation (section 3). La question est donc de savoir si vous préférez que de tels programmes soit conçus et administrés par la SCR ou par une quelconque agence réglementaire ou gouvernementale bureaucratique.

Il peut être difficile de concevoir et de mettre en œuvre des vérifications efficaces des dossiers médicaux par soi-même. C'est là que la SCR pourra vous aider. Le Dr Henry Averbs s'est offert pour mener des ateliers pilotes de vérification des dossiers médicaux à la prochaine assemblée scientifique annuelle (ASA) qui aura lieu à Lake Louise. Les leçons tirées de cet atelier seront utilisées pour perfectionner des ateliers semblables qui seront



offerts à tous les membres lors de prochaines assemblées.

Les résidents en rhumatologie sont invités à soumettre leurs images de rhumatologie pour avoir la chance de gagner une bourse de voyage pour l'ASA 2017. Les images gagnantes seront choisies au cours des 12 prochains mois; si votre image est retenue, elle pourrait se

retrouver dans la collection permanente de la SCR et être utilisée à des fins éducatives pour de nombreuses années à venir. Consultez la section Éducation du site Web de la SCR (www.rheum.ca/fr/education/trainee_image_contest) pour de plus amples renseignements.

Si vous avez développé un programme de FMC d'auto-évaluation ou de réflexion sur la pratique qui pourrait être partagé avec vos collègues, voyez les conditions de référence pour le prix « Réflexion sur la pratique » sur le site Web de la SCR (www.rheum.ca/fr/the_cra/practice_reflection_award). Vous pourriez vous qualifier pour un de trois prix décernés annuellement. La date limite pour les mises en candidature est le 31 décembre 2015.

La SCR s'est associée à Meducom pour développer des publications médicales multi-parrainées pour les activités d'apprentissage autodirigées (section 2). Les profits générés par cette initiative seront utilisés pour soutenir des activités éducatives comme les vérifications de dossiers médicaux pour les membres de la SCR.

Christopher Penney, M.D., FRCPC

Professeur clinicien agrégé, Université de Calgary

*Rhumatologie, Richmond Road Diagnostic & Treatment Center
Calgary (Alberta)*

BIENVENUE PARMI NOUS ET AU REVOIR À CEUX QUI NOUS QUITTENT

Bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Dania Basodan, Montréal, Qc
Maysoon Eldoma, Calgary, Alb.
Mikameh (May) Kazem,
Vancouver Ouest, C.-B.
Taneisha McGhie, Toronto, Ont.

Bahar Moghaddam,
Vancouver, C.-B.
Liam O'Neil, Winnipeg, Man.
Valerie Nadon, Montréal, Qc
Ruud Verstegen, Toronto, Ont.

Nos félicitations...

au Dr Jamie Henderson pour son départ à la retraite. La SCR et vos ex-collègues du comité éditorial du *JSCR* vous souhaitent le meilleur pour la suite!
Merci infiniment pour tous les poissons.



Comité des résumés : examens et rapports

par Maggie Larché, M.B., Ch.B., MRCP(UK), Ph.D.

En ma capacité de présidente du comité des résumés, j'ai travaillé avec Virginia Hopkins et Christine Charnock à la simplification du procédé de soumission et d'examen.

Après avoir adapté la fiche de pointage de façon à nous rapprocher du procédé d'examen de l'ICORA, nous disposons maintenant d'une échelle de 10 points pour évaluer plusieurs aspects se rapportant à des facteurs comme l'hypothèse, la conception, la méthodologie, les résultats et les conclusions. Comme nous disposons aussi d'un plus grand nombre d'examineurs, il nous est maintenant possible d'avoir deux ou trois examinateurs évaluant chaque résumé, ce qui favorisera une évaluation plus rigoureuse de chaque résumé et permettra une meilleure sélection des présentations orales et des gagnants de prix.

Pour l'assemblée de 2015, nous avons 255 résumés à examiner. Cette année, 277 résumés nous ont été soumis; les meilleurs seront considérés pour un des onze prix possibles, dont quatre qui ont été spécifiquement créés pour souligner l'excellence en recherche de jeunes professeurs en matière de sciences fondamentales, de recherche clinique, d'épidémiologie/services de santé (particulièrement les cohortes) et de pédiatrie. Les autres catégories de prix sont les suivantes :

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



- Prix Ian Watson du meilleur résumé de recherche sur le LÉD présenté par un stagiaire;
- Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales présenté par un stagiaire;
- Meilleur résumé de recherche présenté par un résident en rhumatologie;
- Meilleur résumé de recherche présenté par un étudiant de premier cycle;

- Meilleur résumé présenté par un étudiant de médecine;
- Meilleur résumé présenté par un résident de niveau post-doctoral.

Selon les scores les plus élevés, des résumés seront choisis pour les présentations orales. Nous anticipons avec plaisir une séance interactive de présentation d'affiches, avec vins et fromages et des présentations orales d'avant-garde.

Pour de plus amples renseignements à propos de ces prix, et d'autres encore, veuillez consulter notre page sur www.rheum.ca/fr/the_cra/awards.

Maggie Larché, M.B., Ch.B., MRCP(UK), Ph.D.

Professeure agrégée, division de rhumatologie,

Départements de médecine et de pédiatrie

Rhumatologue titulaire, Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et Université McMaster

Hamilton (Ontario)

Plus de Communications!

par Stephanie Keeling, M.D., M.Sc., FRCPC

Le comité des communications de la SCR recherche activement des candidats disposés à partager leur expertise.

Si l'idée de vous joindre au comité ou de contribuer au bulletin de nouvelles mensuel de la SCR, *Rheum to Go*, vous plaît, veuillez communiquer avec Claire McGowan à claire@rheum.ca.

Stephanie Keeling, M.D., M.Sc., FRCPC

*Professeure agrégée de médecine, Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)*



Comité des lignes directrices : mise à jour 2015

par Shahin Jamal, B.Sc. PT., M.D., FRCPC, M.Sc.

Depuis quelques années, le comité pharmacothérapeutique de la SCR a été très actif à l'égard des lignes directrices de pratique clinique. Par conséquent, en 2014, le comité des lignes directrices a été formé pour se concentrer spécifiquement sur les lignes directrices de pratique clinique, les déclarations concertées et les énoncés de position liés à la prise en charge de la maladie. Depuis, nous avons travaillé avec le Dr Peter Tugwell et une équipe à l'Université McMaster pour simplifier le processus d'élaboration des lignes directrices et veiller à ce que notre méthodologie soit bien actuelle.

Au cours de la dernière année, notre comité a été très actif concernant de nombreuses maladies et spectres de traitement. Au printemps, la mise à jour de 2014 des recommandations de la SCR et du CCRS pour la prise en charge de la spondyloarthropathie (SpA) a été publiée dans le *Journal of Rheumatology*^{1,2}. Les recommandations de CanVasc pour la prise en charge des vascularites associées aux anticorps antineutrophiles cytoplasmiques (ANCA) ont été acceptées pour publication dans le *Journal of Rheumatology* et publiées en octobre 2015. Il s'agissait de deux entreprises d'envergure et j'applaudis la Dre Sherry Rohekar, le Dr Christian Pagnoux et leurs équipes pour leur travail acharné et leur persévérance. La Dre Stephanie Keeling continue à mener un groupe de spécialistes canadiens en lupus vers l'élaboration de lignes directrices pour la prise en charge du lupus. Ils se sont réunis à Toronto en septembre 2015 et nous anticipons avec impatience la publication de leurs résultats au cours de l'année à venir. Par ailleurs, la division pédiatrique de la SCR a élaboré un énoncé de position canadienne sur la prise en charge de l'arthrite juvénile, qui sera également bientôt soumis pour publication.

La Dre Mary-Ann Fitzcharles a fait un excellent travail de défense des intérêts et d'éducation à l'égard de l'utilisation de la marijuana à des fins médicinales pour les maladies rhumatismales. Au cours de l'été 2014, elle a publié des données tirées d'un sondage auprès des membres de la SCR mettant en évidence le manque de confiance des rhumatologues face à la prescription de cannabinoïdes³. Cela a été suivi en janvier 2015 d'un éditorial sur l'expansion de l'accès à la marijuana médicinale à la maladie rhumatismale au Canada⁴. Nous avons récemment soumis une revue systématique des essais contrôlés à répartition aléatoire sur l'efficacité, la tolérabilité et l'innocuité des traitements cannabinoïdes en contexte de maladies rhumatismales que nous espérons voir publiée dans *Arthritis Care and Research* dans les mois à venir.

Les produits biologiques ultérieurs (PBU) sont arrivés au Canada et la SCR a participé au processus. Nous avons notamment soumis un énoncé de position à Santé Canada à l'automne

2014 et collaboré avec un groupe de collègues en pharmacologie pour diffuser et publier des articles sur les attitudes des rhumatologues canadiens envers les produits biologiques ultérieurs⁵. Les efforts se poursuivent dans ce secteur. Vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet sur www.rheum.ca/fr/the_cra/drug_updates.

Nous avons aussi de nombreux projets en cours. Un questionnaire d'évaluation des besoins axé sur la prise en charge de l'arthrite giganto-cellulaire a été distribué aux membres de la SCR au cours de l'été. Dans les mois à venir, des questionnaires d'évaluation semblables seront distribués sur la prise en charge de l'arthrite inflammatoire durant la grossesse. Une autre évaluation des besoins en matière de prise en charge de l'arthrite de Takayasu (TAK) a récemment été complétée. En tenant compte des résultats, les chercheurs entendent élaborer des lignes directrices de pratique clinique dans ces domaines. Les groupes qui ont élaboré les lignes directrices pour la PR et la fibromyalgie publiée en 2011 prévoient évaluer l'adoption de ces lignes directrices et travailler sur des mises à jour pour le futur.

Finalement, la SCR a appuyé la collaboration entre l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IALA) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et la James Lind Alliance (JLA) qui cherche à établir les priorités dans le domaine de la fibromyalgie. Un sondage a récemment été effectué auprès de nos membres pour cerner les dix principales questions de recherche irrésolues dans le domaine de la fibromyalgie chez l'adulte. Cet exercice d'établissement des priorités pourrait être repris dans d'autres domaines de recherche par les principaux organismes caritatifs qui financent la recherche.

J'ai eu le grand privilège de présider au comité pharmacothérapeutique (et maintenant au comité des lignes directrices) depuis 2011. Toutefois, en février 2016, je céderai ma place au Dr Glen Hazlewood. Je sais qu'il fera un excellent travail dans ses nouvelles fonctions! Nous sommes très chanceux d'être ainsi entourés de collègues enthousiastes qui continuent à déployer tant d'efforts pour améliorer la rhumatologie au Canada. Je tiens à remercier tous les membres passionnés de mon comité et du conseil de la SCR pour leur temps, leur expertise, leur appui et leur dévouement. J'aimerais aussi remercier particulièrement Christine Charnock, sans qui aucun de nous ne pourrait faire ce qu'il fait.

Références :

1. Rohekar S, Chan J, Tse SM, et coll. 2014 Update of the Canadian Rheumatology Association/spondyloarthritis research consortium of Canada treatment recommendations for the management of spondyloarthritis. Part I: principles of the management of spondyloarthritis in Canada. *J Rheumatol* 2015; 42(4):654-64.
2. Rohekar S, Chan J, Tse SM, et coll. 2014 Update of the Canadian Rheumatology Association/Spondyloarthritis Research Consortium of Canada Treatment Recommenda-

- tions for the Management of Spondyloarthritis. Part II: Specific Management Recommendations. *J Rheumatol* 2015; 42(4):665-81.
3. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Clauw JD, et coll. Rheumatologists lack confidence in their knowledge of cannabinoids pertaining to the management of rheumatic complaints. *BMC Musculoskelet Disord* 2014; 15:258.
 4. Fitzcharles MA, Jamal S. Expanding medical marijuana access in Canada: considerations for the rheumatologist. *J Rheumatol* 2015; 42(2):143-5.

5. Grabowski D, Henderson B, Lam D, et coll. Attitudes towards subsequent entry biologics/biosimilars: A survey of Canadian rheumatologists. *Clin Rheumatol* 2015; 34(8):1427-33.

*Shahin Jamal, B.Sc., P.T., M.D., FRCPC, M.Sc.
Rhumatologue, Hôpital général de Vancouver
Vancouver (Colombie-Britannique)*

Pouvez-vous me dire ce qu'est CanREAL exactement?

par Raheem B. Kherani, B.Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE, Susan Humphrey-Murto, M.D., FRCPC, M.Éd. et Christopher Penney, M.D., FRCPC

Can quoi? CanREAL signifie *Canadian Rheumatology Education and Learning*. Il s'agit d'un sous-comité du comité de l'éducation de la SCR, qui a été fondé sur le principe de « promouvoir les bourses d'études dans l'éducation en rhumatologie ». Il y a environ 15 ans de cela, la Dre Lori Albert avait initialement rassemblé un petit noyau d'éducateurs en un groupe informel. Lors de l'ASA 2012 de la SCR, le groupe s'est réuni et a formé ce sous-comité du groupe de travail. À l'ASA 2013 de la SCR, le statut de sous-comité officiel leur a été accordé par la SCR.

Que faisons-nous? L'objectif de CanREAL est de :

- promouvoir l'échange d'idées et de pratiques exemplaires pour l'éducation en rhumatologie au niveau prédoctoral et postdoctoral;
- promouvoir les bourses d'études en rhumatologie au Canada.

Can qui? La structure des membres de CanREAL est sous forme de comité ouvert dont les membres sont des individus qui s'intéressent à l'éducation médicale au niveau prédoctoral et postdoctoral. Les résidents en rhumatologie qui envisagent une carrière dans l'éducation médicale sont particulièrement bienvenus. Ceux qui souhaitent participer peuvent communiquer avec une des personnes ci-dessous :

- Dr Raheem B. Kherani, président :
raheem.b.kherani@gmail.com
- Dre Susan Humphrey-Murto, vice-présidente :
shumphrey-murtomd@toh.on.ca
- Dr Christopher Penney, secrétaire et président du comité de l'éducation de la SCR : penney@ucalgary.ca

Can quand et où? Des rencontres en personnes ont lieu à l'ASA de la SCR chaque année. Des téléconférences ont été organisées selon les besoins tout au long de l'année, avec l'appui de la SCR.

Can pourquoi? CanREAL fournit un forum national de collaboration en matière d'éducation, d'innovation et de bourses d'études en rhumatologie. Les premières collaborations se

développent avec des projets partagés et des liens que la SCR encourage en appuyant des organisations comme CanREAL. Des discussions ont été entamées à propos d'un nouveau prix possible, nommé Projet d'innovation en matière d'éducation médicale, qui serait un complément au prix Réflexion sur la pratique récemment introduit. Les directions futures comprennent des tables rondes continues parmi les éducateurs en rhumatologie à l'échelle nationale pour le partage des pratiques exemplaires et des innovations et pour fournir une plateforme pour le développement de bourses d'études dans les différents établissements. Par le biais de collaborations au sein de la SCR, il pourrait être possible de développer plus de ressources en ligne et d'améliorer la portée éducative de l'ASA de la SCR.

Can VOUS? Pouvez-vous contribuer à l'éducation médicale en rhumatologie à l'échelle nationale? Absolument! Joignez-vous à nous pour la prochaine réunion de CanReal à Lake Louise.

*Raheem B. Kherani, B.Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE
Professeur adjoint de clinique,
Université de la Colombie-Britannique,
Directeur médical, Programme pour l'arthrite
Centre de réadaptation GF Strong,
Vancouver (Colombie-Britannique)
Rhumatologue, West Coast Rheumatology Associates
Richmond (Colombie-Britannique)*

*Susan Humphrey-Murto, M.D., FRCPC, M.Éd.
Directrice de la recherche en éducation, Département de médecine
Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)*

*Christopher Penney, M.D., FRCPC
Professeur clinicien agrégé, Université de Calgary
Rhumatologue, Richmond Road Diagnostic & Treatment Center
Calgary (Alberta)*



QUAND LE MÉTHOTREXATE SEUL NE SUFFIT PLUS, ENVISAGEZ ^{PR} XELJANZ^{MD}.



La simplicité d'un schéma posologique biquotidien par voie orale

XELJANZ (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 grave qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ (tofacitinib) en monothérapie.

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

Mises en garde et précautions les plus importantes :

Risque d'infections graves : Les patients traités par XELJANZ sont exposés à un risque accru de contracter une infection grave qui peut nécessiter une hospitalisation ou même causer la mort. La plupart des patients qui ont contracté une telle infection prenaient un immunosuppresseur comme le méthotrexate ou un corticostéroïde en même temps que XELJANZ. En cas d'infection grave, il faut interrompre le traitement par XELJANZ jusqu'à ce que l'infection soit maîtrisée. Les infections signalées comprennent : la tuberculose évolutive, les infections fongiques envahissantes, les infections bactériennes ou virales et les autres infections provoquées par des agents pathogènes opportunistes.

Le traitement par XELJANZ ne doit pas être entrepris en présence d'une infection évolutive, qu'elle soit chronique ou localisée.

Pendant et après le traitement par XELJANZ, les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite visant à détecter tout signe ou symptôme d'infection, notamment en vue de déceler la présence d'une tuberculose chez les patients dont les résultats aux épreuves de dépistage de la tuberculose latente effectuées avant le traitement se sont révélés négatifs.

Cancers : Des cas de lymphome et d'autres cancers ont été observés chez des patients traités par XELJANZ. Des cas de trouble lymphoprolifératif consécutif à une transplantation et associé au virus Epstein-Barr ont été observés à une fréquence plus élevée chez les greffés rénaux traités par XELJANZ qui prenaient en concomitance des médicaments immunosuppresseurs.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Risque de perforation du tube digestif. Utiliser avec prudence chez les patients qui peuvent être exposés à un risque accru de perforation du tube digestif.
- Risque de réactivation virale, comme la réactivation du virus responsable du zona.
- Risque de cancer, de trouble lymphoprolifératif et de cancer de la peau non mélanique.
- Risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques.
- Il faut éviter d'utiliser XELJANZ chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave ou chez les patients porteurs du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.
- Utiliser avec prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque.
- XELJANZ peut accroître le risque d'immunosuppression. L'administration concomitante avec des immunosuppresseurs puissants n'est pas recommandée.
- L'administration d'un vaccin vivant pendant le traitement par XELJANZ n'est pas recommandée.
- Administrer avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance rénale (c.-à-d., ClCr < 40 mL/min).
- XELJANZ ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.

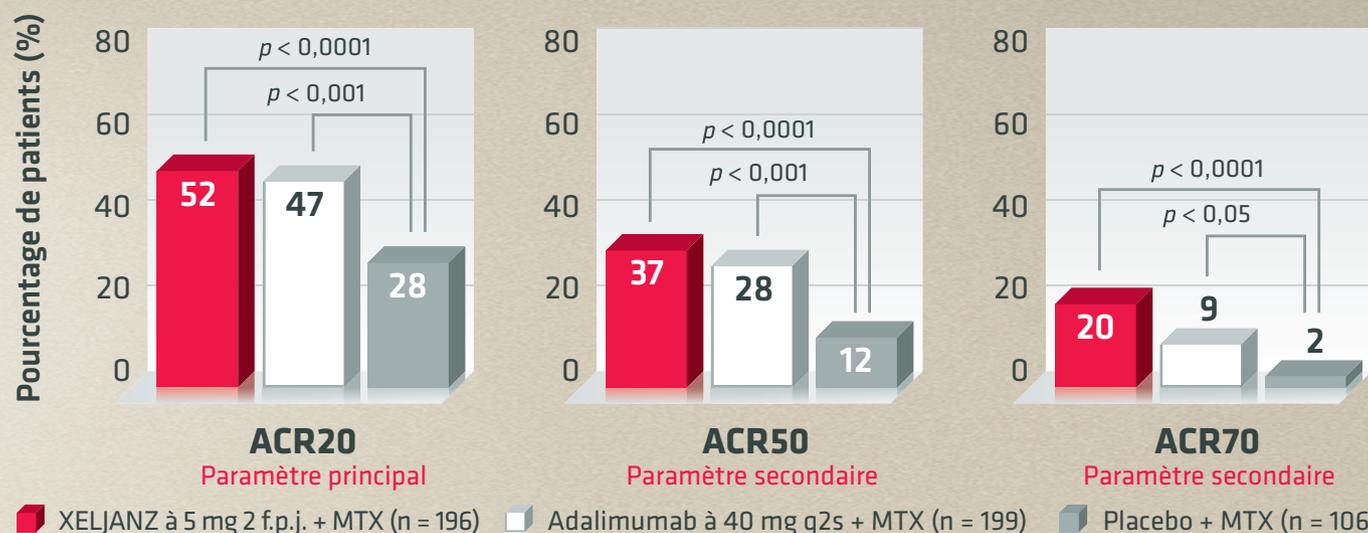


Puissante efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

Atténuation significative des symptômes démontrée chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX après 6 mois, comparativement au groupe placebo + MTX^{1*}.

L'étude n'avait pas été conçue dans le but de comparer XELJANZ et l'adalimumab.

Taux de réponse ACR après 6 mois



Une amélioration significative de la fonction physique a été obtenue après 3 mois chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX, comparativement au groupe placebo + MTX^{1*}.

Diminution moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3^e mois : 0,56 pour XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. et 0,51 pour l'adalimumab à 40 mg q2s vs 0,25 pour le placebo ($p < 0,0001$).

L'étude n'avait pas été conçue dans le but de comparer XELJANZ et l'adalimumab.

- Les femmes ne doivent pas allaiter pendant un traitement par XELJANZ.
- L'innocuité et l'efficacité de XELJANZ n'ont pas été établies chez les enfants.
- Il faut administrer ce médicament avec prudence aux personnes âgées en raison du risque accru d'infection grave.
- Administrer avec prudence aux patients d'origine asiatique en raison d'un risque accru de zona, d'infection opportuniste et de pneumopathie interstitielle.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une hausse des taux de créatine kinase.
- XELJANZ entraîne une réduction de la fréquence cardiaque et une prolongation de l'intervalle PR. La prudence est de mise chez les patients qui présentent au départ une faible fréquence cardiaque (< 60 battements par minute), des antécédents de syncope ou d'arythmies, une maladie du sinus, un bloc sino-auriculaire, un bloc auriculoventriculaire (AV), une cardiopathie ischémique ou une insuffisance cardiaque congestive.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une fréquence accrue d'élévations du taux d'enzymes hépatiques.

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse http://www.pfizer.ca/fr/our_products/products/monograph/342 pour obtenir des renseignements importants au sujet des effets indésirables, des interactions médicamenteuses et de la posologie qui ne figurent pas dans le présent document. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.



La Société de l'arthrite a attribué à XELJANZ une mention pour la facilité d'emploi du capuchon de son flacon^{2†}.



Un programme de soutien complet qui aide vos patients à prendre en charge leur traitement par XELJANZ

Pour obtenir plus d'information, composez le 1-855-XEL-EXEL (1-855-935-3935)

Références : 1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ, 16 avril 2014. 2. La Société de l'arthrite. Bulletin Impact (juin 2014) – La facilité d'emploi. En ligne au : <http://www.arthrite.ca/page.aspx?pid=7660>. Consulté le 22 juillet 2014.

f.p.j. : fois par jour; MTX-RI : réponse insuffisante au méthotrexate; q2s : toutes les 2 semaines.
[†] Étude multicentrique, comparative avec placebo, à répartition aléatoire et à double insu, menée chez des patients de 18 ans ou plus atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive selon les critères de l'ACR. Les patients ont été répartis au hasard de façon à recevoir XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. (n = 196), l'adalimumab à 40 mg toutes les 2 semaines (n = 199) ou un placebo (n = 106). Les principaux critères d'évaluation étaient les suivants : la proportion de patients ayant obtenu une réponse ACR20 au 6^e mois, la variation moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3^e mois et la proportion de patients ayant obtenu un score DAS28-4 (VS) inférieur à 2,6 au 6^e mois.
 † En accordant cette mention, la Société de l'arthrite reconnaît que des produits, comme le bouchon du flacon de XELJANZ, ont été testés de façon indépendante pour vérifier leur facilité d'utilisation et de manipulation par des personnes atteintes d'arthrite. La Société de l'arthrite ne détermine pas la valeur thérapeutique des produits, et la mention n'est pas une recommandation générale liée à ces produits; elle ne sert qu'à souligner qu'ils ont été conçus pour être faciles à utiliser par des personnes atteintes d'arthrite.

Comité de l'optimisation des soins

par Henry L. Averbs, M.B., Ch.B., FRCP(UK), FRCPC

J'ai toujours assuré mon rôle de président en sachant pleinement qu'une telle joie se devait d'être partagée avec d'autres, et me voilà donc prêt à passer le flambeau à un nouveau candidat. Je vous prierais donc de former un rang bien ordonné à la prochaine assemblée de la SCR ou de m'aviser par courriel si cet honneur vous intéresse.

Le comité de l'optimisation des soins, anciennement nommé comité d'accès aux soins, continue à concentrer son attention sur notre relation avec le Programme des services de santé non assurés (SSNA); à cette fin, j'ai donc continué à les rencontrer deux fois par année pour discuter des problèmes soulevés par nos membres et pour offrir mes conseils sur les lignes directrices et procédés futurs. Bien que la relation soit bonne, je dois parfois écouter des pharmaciens faire état de conversations téléphoniques moins satisfaisantes avec nos collègues; je profite donc de cette occasion pour vous rappeler que je suis toujours disposé à me faire l'ambassadeur de vos frustrations, au besoin. Par ailleurs, je les ai récemment rencontrés pour contribuer au processus de développement de lignes directrices pour l'utilisation d'agents biologiques chez les patients atteints d'arthrite psoriasique (APs). Nous avons également discuté des résultats qu'il serait raisonnable d'avoir à inscrire dans le cadre d'une demande d'accès à ces agents; j'ai choisi de viser plutôt des résultats robustes comme le nombre d'articulations enflées en tentant d'éviter les résultats nécessitant un accès à des analyses en laboratoire, ce qui est souvent ardu le jour de la consultation avec un patient.

Le programme des SSNA continue à demander de l'information spécifique pour informer leurs politiques à l'égard de la population pédiatrique et je réitère donc ma requête aux membres de soumettre leurs conseils ou exemples de problèmes à partager avec le comité de l'optimisation des soins. Entre-temps, le Dr Brent Ohata travaille au développement de certains outils éducatifs pour améliorer les connaissances des boursiers, et ultimement des membres, à l'égard des défis et besoins uniques propres à notre population autochtone. Nous sommes impatients d'en apprendre plus de sa part à la prochaine assemblée de la SCR.

C'est avec le cœur lourd que je dois vous annoncer que les membres de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) ne se sont pas réunis cette année et se sont octroyés une période d'hibernation et de réflexion. Vous être nombreux à savoir qu'il s'agit d'une réunion que j'attends avec impatience chaque année. Bien sûr, notre engagement à définir des repères pour des temps d'attente raisonnables demeure aussi fort, mais à l'heure actuelle, notre rôle est de développer des cadres de travail plus robuste pour favoriser la collecte de données fiables et pertinentes.

Bien qu'aucune date précise n'ait encore été fixée, l'ATA prévoit présenter un bulletin de rendement au nouveau ministre de la Santé peu après la formation du nouveau gouvernement. Les données utilisées ont été recueillies sur les sites Web provinciaux sur les temps d'attente au printemps et au début de l'été 2015. Les provinces qui s'en tiraient bien en 2014, notamment la Saskatchewan, l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador, continuent à présenter les meilleurs résultats en 2015. Sur le plan des données propres à la rhumatologie, nous

avons une série de points d'interrogation et pas la moindre donnée à l'heure actuelle, ce qui me semble résonner plutôt bien avec plusieurs de mes consultations. On pourrait croire qu'en Ontario, tenter de persuader les rhumatologues d'absorber des compressions de 6 % tout en réduisant les temps d'attente ne rencontre pas des acclamations universelles. C'est donc en laissant tomber une larme sur la page que je trempe ma plume une dernière fois.

Henry L. Averbs, M.B., Ch.B.,
FRCP(UK), FRCPC
Rhumatologue,
Kingston (Ontario)



6^e FORMATION ANNUELLE CANADIENNE D'ULTRASONOGRAPHIE EN RHUMATOLOGIE

- Inscrivez-vous maintenant pour la prochaine formation canadienne d'ultrasonographie en rhumatologie offerte à l'Université McMaster et à l'Université de Calgary.
- Une formation exhaustive en ultrasonographie musculosquelettique par le biais de séances en classe, de séances en laboratoire d'anatomie et de séances pratiques.
- Volets adultes et pédiatriques.

**25 %
DE RABAIS
pour les
résidents**



POINTS SAILLANTS

Professeurs internationaux. Machines à la fine pointe de la technologie. Faible ratio étudiant-tuteur.

1 500 \$ CAN (cours complet) ou 600 \$ CAN par week-end.

Les participants inscrits aux 3 week-ends téléchargeront des images pour obtenir des rétroactions des tuteurs entre les dates de cours.

Week-end 1 : Main, poignet, cheville, pied – Région de Toronto (Ontario)

Week-end 2 : Épaule, coude, hanche, genou – Région de Toronto (Ontario)

Week-end 3 : Revue de toutes les articulations – Calgary (Alberta)

N'OUBLIEZ PAS!

Cours intermédiaire – 20-21 février 2016
Hôtel Fairmont, Lake Louise (Alberta)
Hanche et genou – avancé
Caractéristiques ultrasonographiques de l'arthrite psoriasique et de la goutte

DATES DE COURS :

30-31 janvier 2016
14-15 mai 2016
24-25 septembre 2016

INSCRIVEZ-VOUS AUJOURD'HUI

www.crus-surc.ca/FR/courses
info@ecrus.ca

Nouvelles pédiatriques 2015

par Deborah Levy, M.D., M.S., FRCPC, Lori Tucker, M.D.,
Mercedes Chan, MBBS, FRCPC, MHPE et Janet Ellsworth, M.D., FRCPC

Comité pédiatrique

Le comité pédiatrique de la SCR représente tous les rhumatologues pédiatriques canadiens, soit environ 55 membres actuels et 10 autres membres stagiaires. Nous accueillons également des rhumatologues pour adultes qui voient un nombre significatif de patients pédiatriques dans leur pratique. Bien que nous soyons un petit groupe, nous sommes unis dans nos efforts et avons eu une année active et fructueuse! Notre comité exécutif actuel regroupe la Dre Rosie Scuccimarri (présidente sortante), la Dre Deborah Levy (présidente), le Dr Ronald Laxer (vice-président) et la Dre Roberta Berard (secrétaire). Nous comptons également trois sous-comités actifs qui assurent la liaison avec d'autres comités de la SCR, ainsi qu'un comité spécial qui s'est penché sur la question des lignes directrices canadiennes pour la prise en charge de l'arthrite juvénile idiopathique (AJI).

Sous-comité de défense des intérêts

Le sous-comité de défense des intérêts, auquel préside la Dre Lori Tucker, se penche sur des préoccupations d'importance en matière de soins aux patients identifiées par les membres de notre comité. Au cours de la dernière année, nous avons concentré nos efforts sur les problèmes d'accès aux traitements pour les enfants souffrant d'AJI. Le naproxène liquide a été inopinément retiré du marché vers la fin de 2013, nous laissant sans aucun anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) approuvé pour le traitement de l'AJI offert sous forme liquide. De vigoureux efforts de sensibilisation par le biais d'un groupe spécial incluant des représentants du comité pédiatrique ainsi que du comité des produits thérapeutiques de la SCR, de l'Association de rhumatologie de l'Ontario (ARO) et de la Société de l'arthrite ont mené à un rétablissement de la disponibilité de la suspension de naproxène plus tôt cette année. Voyez l'article « Exemple de réussite en matière de défense d'intérêts » dans l'édition de l'hiver 2014 du *JSCR* pour tous les détails.

À la suite du succès remporté avec le naproxène, nous avons tourné notre attention vers l'hexacétone de triamcinolone, la préparation stéroïde de premier choix pour le traitement par voie intra-articulaire en rhumatologie pédiatrique. Ce médicament était, depuis plusieurs années, disponible seulement par l'intermédiaire du Programme d'accès spécial (PAS),

jusqu'à sa récente discontinuation à la fin du printemps 2015. Les efforts rapidement déployés par un comité spécial semblable a rétabli l'accès par le biais d'un nouveau fournisseur du PAS et ensemble, nous travaillons à la mise en œuvre d'une solution permanente détaillée de façon plus approfondie à la page 10 de ce numéro du *JSCR*.

Enfin, notre comité a amorcé le processus d'identification des entraves aux soins en rhumatologie pour les enfants et les jeunes d'ascendance autochtone. Le comité d'optimisation des soins de la SCR, auquel préside le Dr Henry Avern, travaille en collaboration avec le Programme des services de santé non assurés (SSNA) fédéral pour exposer les problèmes liés aux soins en rhumatologie au grand jour et tenter d'y remédier. Nous avons commencé à parler des problèmes tels que l'accès limité aux médicaments biologiques pour les diagnostics autres que l'AJI et les problèmes d'accès transitionnel pour les adolescents.

Sous-comité de l'éducation

Le sous-comité de l'éducation, auquel préside la Dre Mercedes Chan, poursuit ses efforts en vue de munir tous les médecins qui croisent des enfants atteints de maladies rhumatismales des ressources appropriées pour améliorer leurs connaissances et la prise en charge des affections rhumatologiques pédiatriques. Les mesures entreprises comprennent notamment l'exploration officielle d'une possible représentation concernant la Société canadienne de pédiatrie (SCP) ainsi que des efforts visant à encourager et appuyer les enseignements en rhumatologie aux assemblées annuelles de la SCP. De plus, nous avons entrepris une revue proactive du site Web de la SCR en vue d'accroître le contenu pédiatrique et d'établir des liens entre les ressources de la SCR et de la SCP.

Sous-comité des ressources humaines

Le sous-comité des ressources humaines, auquel préside la Dre Janet Ellsworth, effectue régulièrement des sondages auprès des membres pédiatriques à propos de leur personnel, de leurs activités cliniques et universitaires et de leurs ressources paramédicales. Ces sondages sont un outil précieux pour notre communauté, fournissant un aperçu de ce qui se passe dans les centres de rhumatologie pédiatrique à travers le pays. En 2015, nous avons participé à la conception de l'initia-

tive « Levez-vous pour être compté » pour y inclure les données pédiatriques pertinentes. La participation a été excellente, avec plus de 90 % des membres du comité pédiatrique répondant au sondage, et nous attendons maintenant les analyses de ces données pour appuyer la planification d'un sondage pédiatrique exhaustif l'année prochaine.

Prise en charge de l'AJI

Un comité spécial, auquel présidait le Dr Ross Petty, a préparé un exposé de position sur la prise en charge de l'AJI en contexte canadien. Il s'appuie sur les lignes directrices de la British Society for Pediatric and Adolescent Rheumatology (BSPAR) et sur celles de l'American College of Rheumatology (ACR). De nombreux membres du comité pédiatrique ont participé aux sous-comités auxquels présidaient la Dre Tania Cellucci et le Dr Jaime Guzman; tous les membres ont eu l'occasion de contribuer au développement de ces lignes directrices qui traitent notamment de l'accès aux soins et de l'établissement approprié de traitements pharmacologiques de deuxième et troisième intention. À la suite de son approbation par le comité des lignes directrices de la SCR, le manuscrit sera soumis pour publication cet automne.

*Deborah Levy, M.D., M.S., FRCPC
Professeure adjointe en pédiatrie, Université de Toronto
Rhumatologue, Hôpital pour enfants de Toronto
Toronto (Ontario)*

*Lori Tucker, M.D.
Chercheuse clinicienne, Child & Family Research Institute (CFRI)
Professeure adjointe de clinique, Division de la rhumatologie,
Département de pédiatrie, Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)*

*Mercedes Chan, MBBS, FRCPC, MHPE
Professeure adjointe de pédiatrie, Université de l'Alberta
Rhumatologue pédiatrique, Hôpital pour enfants Stollery
Edmonton (Alberta)*

*Janet Ellsworth, M.D., FRCPC
Professeure de pédiatrie, Université de l'Alberta
Rhumatologue pédiatrique,
Hôpital pour enfants Stollery et Hôpital Glenrose,
Directrice de la division de rhumatologie pédiatrique
Edmonton (Alberta)*

AMRQ : Plus ça change, plus c'est pareil...

par Frédéric Morin, M.D.

L'an dernier, à pareille date, je vous écrivais que nous étions en négociation forcée avec le gouvernement du Québec. À ce moment, l'équilibre budgétaire de la province était la priorité absolue. L'ensemble des médecins spécialistes a dû contribuer en rouvrant l'entente signée il y a quelques années et dans laquelle était prévu l'étalement sur sept ans d'une augmentation salariale ayant pour but de réduire l'écart entre le Québec et les autres provinces canadiennes. Malgré tout, nous nous en sommes assez bien sortis, soit sans coupures et avec le maintien des montants promis, toutefois reportés. L'ironie de cette « figure imposée » vient du fait que l'actuel ministre de la santé au Québec est celui-là même qui avait construit cette entente alors qu'il était président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec... La politique peut rendre parfois les gens schizophrènes...

Aujourd'hui, nous revoilà entraînés dans le même tourbillon! D'ici quelques semaines, le gouvernement du Québec prévoit l'adoption de la loi 20 dictant, entre autres, des modalités d'accès à la médecine spécialisée. Advenant son application, un médecin pourrait être pénalisé (10 % par trimestre!) s'il n'atteint pas les objectifs prévus par la loi. Par

exemple, 90 % des consultations demandées par la première ligne de soins devront être réalisées selon une priorité déterminée par un guichet central. Imaginez la mise en place d'un tel service de surveillance. « *Big Brother is watching you.* » Évidemment, nous tentons de nous sortir de ce bourbier par une négociation sur des objectifs fédératifs réalistes. La mise en place de cette loi est prévue pour janvier 2016 et il est à espérer qu'une entente la rendant caduque sera signée d'ici peu.

Pour terminer sur une note plus heureuse, l'Association des médecins rhumatologues du Québec (AMRQ) a tenu son congrès annuel de 2015 au début du mois d'octobre dans la belle région de l'Estrie, et ce fut un immense succès avec une participation record de nos membres. La Dre Anne St-Pierre a dirigé avec efficacité une équipe formidable pour sa réalisation, et bravo à la Dre Alessandra Bruns pour avoir obtenu la Bourse du mérite 2015!

*Frédéric Morin, M.D.
Président, Association des médecins rhumatologues du Québec
Montréal (Québec)*

Des nouvelles de la SOAR : mise à jour 2015 pour l'Atlantique

par John Hanly, M.D., FRCPC

La 32^e assemblée annuelle de la Société des rhumatologues de l'Atlantique (SOAR) s'est tenue au Algonquin Resort dans la belle ville de Saint-Andrews, au Nouveau-Brunswick, du 19 au 21 juin 2015. Un groupe enthousiaste de membres de la SOAR, comptant des représentants des trois provinces maritimes et du Maine, s'est rassemblé pour l'événement, histoire de renouveler des amitiés personnelles et professionnelles, de tirer de nouvelles connaissances scientifiques des excellentes présentations et de savourer l'agréable température qui règne en cette période de l'année. Certains ont même réussi à trouver un peu de temps pour une partie de golf!

Les conférenciers de cette année reflétaient le haut calibre habituel auquel on s'attend des assemblées de la SOAR. Le Dr Boulos Haraoui, de l'Université de Montréal, a présenté la deuxième conférence « David Hawkins » en rhumatologie sous le thème de « l'approche axée sur l'atteinte de l'objectif du traitement dans la pratique clinique quotidienne : sélection et interprétation de l'objectif », suivi d'une présentation sur « les biosimilaires : mythes et réalités ». Le lendemain, c'est le Dr Jan Dutz, de l'Université de la Colombie-Britannique, qui s'est adressé au groupe pour parler de « la peau en tant que marqueur de l'immunodéficience en dermatologie et rhumatologie » et des « nouveaux concepts en matière de vascularite cutanée ». Le programme scientifique a été complété par des présentations par des membres de la SOAR.

Lors de notre souper gala, la SOAR a remercié le Dr Jamie Henderson pour ses 32 années de service en tant que trésorier/secrétaire. Jamie, qui s'est retiré de la pratique clinique cette année, a été un des pères fondateurs de notre organisme et a assisté à toutes les assemblées annuelles au cours de ces 32 années, un record qui ne sera probablement jamais égalé!

Nous lui souhaitons une retraite active remplie de bonheur et espérons le revoir avec Barb à de nombreuses autres assemblées de la SOAR dans les années à venir.

À la suggestion de la Dre Sylvie Ouellette, plusieurs membres ont participé à distance à un événement organisé à Moncton en mémoire de trois agents de la GRC tués en service dans cette ville en juin 2014. Comme l'événement inaugural avait lieu le jour de la fête des Pères, il portait le nom fort approprié de « Trois kilomètres pour trois pères » et visait à rassembler la communauté en hommage à ces trois grands adeptes de la course à pied. Il est prévu d'en faire un événement annuel associé à un fonds de bourses d'études pour les étudiants du secondaire de la région de Moncton.

L'assemblée de 2015 a de nouveau été un superbe événement; le groupe anticipe déjà avec plaisir la prochaine assemblée qui aura lieu à Fox Harbour, Wallace, en Nouvelle-Écosse, du 17 au 19 juin 2016.

*John Hanly, M.D., FRCPC
Professeur de médecine et pathologie
Directeur de la recherche et de l'EMC
Division de rhumatologie, Département de médecine
Capital Health et Université Dalhousie
Président sortant, Société des rhumatologues de l'Atlantique
Halifax (Nouvelle-Écosse)*



Le Dr Jamie Henderson.



Toujours en quête de nouveaux sommets : quelques membres et invités de la SOAR.



Trois kilomètres pour trois pères; une marche/course en hommage à trois hommes qui ont donné leur vie pour leur communauté.

Parfois : notes du président de l'ARO

par Arthur Karasik, M.D., FRCPC

« Parfois, il faut savoir se perdre pour mieux se retrouver. »
– Anonyme

Certes, à mes débuts dans mon nouveau rôle, je me sentais, comme on me l'avait prédit, comme un cerf pétrifié par les phares d'une voiture. Il y a eu des combats bien sûr, et des défis de taille, mais je tire une grande satisfaction de voir tout ce que l'Association de rhumatologie de l'Ontario (ARO) a accompli. Il n'y a aucune apathie ou myopie résiduelle. Une chose est certaine, je ne me suis pas ennuyé!

J'applaudis tous nos partisans qui nous ont aidés à assurer notre santé financière. Cette solide position financière signifie que nous disposons des ressources et des réserves nécessaires pour desservir efficacement nos membres et tous les intervenants en matière d'arthrite. En 2016, nous entendons réexaminer notre situation, établir des priorités et mettre en place les bases de notre nouveau plan d'affaires.

Nos comités ont de nombreuses initiatives en cours. Après avoir observé nos présidents de comité, administrateurs exécutifs

et gestionnaires de projet à l'œuvre, je peux vous dire que le plaisir n'est pas dans la réalisation d'une initiative, mais bien dans sa planification. La plupart d'entre vous ont déjà compris que la base du succès de l'ARO repose sur une solide équipe de comités et leurs présidents. Certains de nos administrateurs exécutifs sont des vétérans chevronnés qui continuent à nous guider avec doigté; j'ai misé sur leurs talents dignes de confiance afin de maintenir le cap sur la défense des intérêts, la pertinence et la direction stratégique. Leur pensée créative a donné lieu à une voix unifiée plus puissante.

Pour 2015-2016, nous entendons continuer à travailler avec l'envolée de notre interaction avec la technologie (DME, tableaux de bord, registres, éducation des patients), à orienter les débats en matière de soins de santé (accès au Programme d'accès exceptionnel [PAE], payeurs du secteur privé, produits biologiques ultérieurs [PBU], régime national d'assurance-maladie) et à travailler sur le remaniement des communications de notre site Web afin de cibler l'amélioration continue. Nous poursuivrons également nos efforts à l'égard des modèles de soin, en particulier sur le plan de nos projets clés en cours et de la traduction des connaissances. Nous visons de plus l'expansion de notre initiative ORADE (*Ontario Rheumatology Association Development and Education*) à un plus grand nombre de membres et de destinations internationales afin de rehausser notre vision dans le futur. Enfin, nous continuerons à représenter les préoccupations d'intérêt national, notamment la main-d'œuvre, les payeurs du secteur privé et l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC).

Au cours de cette dernière année, il a été agréable d'apprendre que le président d'une association ou un médecin ne détient pas une autorité incontestable. Pas de hiérarchie... simplement une ouverture à la pleine participation de tous les intervenants interdisciplinaires en santé qui peuvent contribuer à l'atteinte d'issues optimales dans le domaine de la santé, surtout pour les patients souffrant de maladies chroniques. De nouvelles réalités, de nouvelles interventions et de nouvelles sources d'énergie sont constamment requises pour assurer le succès. Je vous encourage tous autant que vous êtes à sauter dans le jeu et à tenter votre chance.

« J'ai le cœur qui va exploser », ai-je dit. « C'est bon signe, ça veut dire que tu t'éclates », a répondu Margo.

– John Green, *La Face cachée de Margo*.

Arthur Karasik, M.D., FRCPC

Président, Association de rhumatologie de l'Ontario
Rhumatologue, Toronto (Ontario)



Martinis et rêveries : notes de la WAR

par Paul Davis, M.D., FRCPC

Le soleil brillait de tous ses feux et, à siroter nos martinis sur la terrasse de l'hôtel Manteo Resort, il était facile d'oublier qu'il s'agissait bien d'une réunion clinique très sérieuse. Un principe fondamental de la Western Alliance of Rheumatology (WAR) est que ses réunions peuvent et doivent être plaisantes. L'occasion d'intégrer bonne médecine et interactions sociales avec la famille et les collègues a été une raison importante de son succès continue.

Le volet scientifique de la réunion est dicté par les participants eux-mêmes, qui sont tous invités à préparer une présentation clinique de 15 minutes. Pas de visites de pompiers, d'essais ou de rats et enzymes à cette réunion! Les participants sont fiers de présenter des cas complexes à leurs collègues et toutes les présentations sont d'un haut calibre, allant du sublime au ridicule. Une caractéristique digne de mention a toujours été la participation de résidents au programme scientifique; leurs présentations sont de la plus haute qualité et leur élégance inégalée, à l'exception peut-être du Dr John Esdaile. Cette réunion est souvent la première occasion qu'ont ces résidents de faire des présentations à un auditoire en dehors de leur propre centre d'enseignement. Il est fort gratifiant de voir que l'avenir de la rhumatologie au Canada est entre bonnes mains.

La simulation d'un examen clinique objectif structuré (ECOS), rendue possible grâce à une subvention de l'industrie, demeure une valeur ajoutée incontestable pour les résidents qui peuvent s'y mesurer aux plus grands esprits rhumatologiques de l'Ouest canadien et obtenir des rétroactions confidentielles sur leurs compétences cliniques. Cela a été un des éléments clés des événements du week-end et nous ne pouvons qu'espérer que la tradition se poursuivra.

Et maintenant, de retour à mon martini! Les agents immobiliers vous diront que tout est une question d'emplacement, d'emplacement et d'emplacement; la vallée de l'Okanagan en a beaucoup à offrir, et non des moindres, soit les vineries locales. Nous continuons à encourager la participation aux activités sociales du week-end, comme les dégustations de vins et fromages et le souper sur barbecue. Quelqu'un a déjà dit, ou peut-

être est-ce juste moi : « Un esprit détendu est un esprit fertile. »

Finalement, je m'en voudrais de ne pas souligner que cette réunion ne serait pas possible sans le soutien de nos collègues de l'industrie. Nous encourageons leur participation active à toutes les activités et nous espérons qu'ils en retirent aussi de précieux bienfaits pour leurs propres besoins en DPC.

Au plaisir de vous revoir en 2016!

*Paul Davis, M.D., FRCPC
Professeur de médecine,
Faculté de médecine et dentisterie,
Division de rhumatologie,
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)*



Les Chroniques de San Francisco : ACR 2015

par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« *The glory that was Rome is of another day / I've been terribly alone and forgotten in Manhattan / I'm going home to my city by the Bay / I left my heart in San Francisco.* »

– Tony Bennett, « *I Left My Heart In San Francisco* » (paroles, Cory/Cross), *I Left My Heart in San Francisco*, 1962.

Même si j'ai entendu cette chanson à maintes reprises, je n'en connaissais pas toutes les paroles qui, finalement se sont avérées fort à propos pour la rhumatologie en 2015, avec l'assemblée de l'EULAR (European League Against Rheumatism) à Rome et celle de l'ACR (American College of Rheumatology) à San Francisco. « Se rendre à destination est la moitié du plaisir » dit-on, mais l'industrie moderne du voyage ne semble pas connaître ce dicton. J'ai réservé mon hôtel dans les 15 minutes de l'ouverture des réservations sur le site Web de l'ACR en juin et j'ai réussi à décrocher mon premier choix. Quelques vérifications antérieures sur Trivago, TripAdvisor et Expedia m'avaient confirmé que les tarifs d'hôtel de l'ACR étaient une excellente offre par rapport aux offres régulières en ligne. Tout a bien été également pour les billets d'avion, avec de nombreux soldes offerts; j'ai même pu obtenir un surclassement en classe affaires pour le trajet aller.

Air Canada est ravi de la chute des prix du pétrole, mais les répercussions négatives subséquentes sur le taux de change entre le dollar canadien et le dollar américain se sont traduites par un voyage plus dispendieux à la journée. Air Canada aime aussi les changements de dernière minute; mon vol de retour a été modifié trois fois! Une journée avant le départ, j'ai reçu un mystérieux courriel d'Air Canada m'annonçant le remboursement de mes frais pour un siège préférentiel réservé. Il n'y avait aucune indication du vol concerné, mais l'expérience me portait à croire que cela n'annonçait rien de bon. À ce stade, j'avais aussi essayé à trois reprises de m'enregistrer en ligne pour le vol vers San Francisco, sans succès. Un appel à Air Canada m'a confirmé ce que j'avais déjà deviné : j'avais été choisi au hasard pour un contrôle de sécurité spécial, ce qui signifiait qu'il me faudrait m'enregistrer à l'aéroport. Nous avons également établi que le siège côté allée que je convoitais avait disparu; on me réservait maintenant un siège « préférentiel » au centre, proposé sans frais, d'où le fameux remboursement.

Réveil très matinal pour se rendre à l'aéroport Pearson. J'ai passé la douane américaine en un rien de temps, évitant le « parc d'attente » tant redouté, mais je ne peux en dire autant pour le contrôle de sécurité. Je m'attendais évidemment au balayage radiographique rotatif, mais pas à devoir vider tout mon bagage de cabine pour inspection et prélèvements pour la détection de traces. Chaque appareil électronique a dû être

allumé, chaque fil électrique examiné et chaque courroie inspectée un peu à la façon d'un chirurgien qui passe un intestin à l'examen. Heureusement, j'avais rechargé tous mes appareils la veille. Tout le monde était très poli et j'ai même pu passer quelques minutes au salon.

Retrouver tant de collègues à bord du même avion fut un plaisir, surtout que certains d'entre eux ne semblent croiser mon chemin que dans ces situations, une ou deux fois par année. Le départ a été retardé, ce qui a accéléré mon pouls, car je ne disposais que d'environ une heure entre l'atterrissage et ma première réunion et je déteste être en retard.

J'avais prévu travailler en cours de route, notamment sur cet article, après avoir profité un peu des distractions offertes à bord. Là encore, problèmes : mon écran tactile était étrangement inerte. J'ai entendu les agents de bord marmonner à propos de problèmes avec le système de divertissement; cependant, ils ont résolu mon problème en m'apportant une lingette imbibée d'alcool. Nettoyer l'écran a rétabli le fonctionnement normal, ce qui porte à réflexion sur la quantité de saleté qui pouvait s'y trouver avant. Par contre, le personnel n'a pas été en mesure de remédier au problème suivant : aucune des prises électriques individuelles sur les sièges ne fonctionnait. Il s'agissait apparemment d'un problème connu, mais pas suffisamment important pour que Air Canada se soucie de mettre l'avion hors service le temps de la réparation.



Nous ♥ tous San Francisco.

Et bien sûr, ce n'est pas un point qu'on avait pris soin de nous mentionner; ma voisine de siège avait payé pour cinq heures d'accès Wi-Fi en cours de vol avant de réaliser que son ordinateur n'avait pas assez de jus pour qu'elle puisse l'utiliser.

Malgré tout, notre avion est arrivé à l'heure et je suis arrivé de justesse à ma première réunion. La température était parfaite pour explorer la ville et pour marcher de l'hôtel au centre de congrès chaque jour. Je me suis retrouvé à maintes reprises près de l'emblématique Transamerica Pyramid qui avait pour moi un sens spécial en tant que consultant médical de longue date pour Transamerica Vie Canada. Curieusement, l'édifice adjacent, de style Flatiron, était le siège social original de Transamerica, accueillant maintenant l'Église de scientologie. Avec la vente de Transamerica Vie Canada à l'Office d'investissement du régime de pensions du Canada, le nom de l'entreprise, auquel aucun sens particulier n'a encore été insufflé, est maintenant ivari, et mes efforts auprès d'eux contribueront peut-être un peu au maintien de toutes nos prestations gouvernementales de retraite.

En dehors du congrès comme tel, les déjeuners, dîners, cafés, soupers-rencontres se sont multipliés en dépit de mes efforts pour ne pas trop manger. Les réunions du conseil de la SCR et du conseil du JSCR ont été particulièrement intéressantes et productives.

J'ai présenté une affiche sur l'activité minimale de la maladie et les résultats liés aux patients en contexte d'arthrite psoriasique (résumé 676), mais quelle ne fut pas ma surprise de voir que nous étions aussi un arrêt impromptu pour une tournée d'affiches sur la spondyloarthropathie (SpA). Cette affiche m'a également permis de croiser plusieurs autres « Philip » à 1 L qui participaient à la conférence. Le Dr Philip Mease présentait une affiche sur l'APs à quelques pas de nous, le Dr Philip Helliwell est venu faire un tour et le Dr Filip van den Bosch menait la tournée d'affiches qui s'est arrêtée à notre affiche. Quelle joie de constater que tant de personnes s'accordent pour dire que Philip devrait vraiment s'écrire avec un seul L, non pas deux. Mais pour les adeptes d'Ogden Nash, sachez que je n'ai croisé aucun lamas/llamas/llamas à 1 L, 2 L ou 3 L à l'ACR.

J'étais un agent libre pour le reste du congrès. Évidemment, j'ai assisté au *Knowledge Bowl* de l'ACR en préparation pour mon rôle de créateur de questions et d'animateur pour *RheumJeopardy* à l'ASA de la SCR à Lake Louise. Les gagnants ont de nouveau été l'équipe de l'Université de l'Iowa (*Hawkeyes*) qui ont vaincu haut la main les équipes de l'Hôpital général du Massachusetts et de l'Université du Texas à Galveston dans une compétition très fortement axée sur les faits.

J'ai également trouvé des présentations intrigantes sur mes intérêts du jour, incluant les biosimilaires, les inhibiteurs de JAK et d'IL-17, l'abandon du tabagisme en contexte de maladie rhumatismale, les médicaments à base d'anticorps bispécifiques et la SpA axiale non radiographique. Le Grand Débat sur la corticothérapie à faible dose pour la PR s'est terminé

par un match nul entre le Dr Ruderman et le Dr Boers, et a été très divertissant. Je sais maintenant la différence entre la stéatose hépatique non alcoolique (SHNA), le foie gras non alcoolique (FGNA) et la stéatohépatite non alcoolique (NASH). La mise à jour de la Dre Bevra Hahn sur les aspects du LED, y compris l'arthrite, la maladie des os, la grossesse et la néphrite, a également été très éducative.

L'ACR 2015 a battu tous les records de participation avec plus de 16 800 inscriptions. Le contenu canadien était aussi fort que d'habitude. La meilleure couverture du congrès est fournie par le Dr Andy Thompson et son équipe d'intrépides journalistes sur www.rheumreports.com/. En plus de l'excellente couverture médicale, j'ai également appris que Yerba Buena (qui signifie « bonne herbe ») était le nom original de San Francisco (rien à voir avec la marijuana, même si l'odeur de cette herbe controversée était fort prévalente dans les rues autour du Moscone Centre), et que St. John's et San Francisco avaient beaucoup de choses en commun.

Le contenu scientifique canadien que j'ai remarqué avec un intérêt particulier incluait les résultats du sondage « Levez-vous pour être compté! » sur la main-d'œuvre en rhumatologie au Canada (résumé 1269), les délais pour les consultations et le traitement en rhumatologie (résumé 1031), l'inhibition TNF de la progression radiographique en contexte de SA (résumé 975), quelques-uns des articles sur la sous-utilisation de la trithérapie (résumés 1044, 2106 et 2107) et les articles sur l'amélioration du taux de survie chez les patients souffrant de PR (résumés 1999 et 3240). Le Dr Glen Hazlewood a probablement établi un record avec trois présentations orales en une seule séance (résumés 1041, 1043 et 1044).

L'évolution de la rhumatologie continue à surprendre, poussée par une nouvelle génération de chercheurs cliniciens et de chercheurs fondamentaux. Comme le dit cette autre chanson bien connue sur San Francisco :

« In the streets of San Francisco (...) / People in motion.

There's a whole generation / With a new explanation. »

L'ACR 2015 a été une belle occasion de changer notre routine habituelle, même si nous ne revenons pas nécessairement plus reposés. En 2016, pour la première fois depuis des années, je ne serai pas physiquement présent aux assemblées de l'ARO, de l'EULAR et de l'ACR. J'espère tout de même pouvoir être virtuellement présent à la réunion du conseil du JSCR à l'ACR par téléconférence, en présumant qu'Air Canada me ramènera à temps de l'autre événement auquel je dois assister en novembre prochain. Je suis donc officiellement à la recherche d'auteurs potentiels qui souhaiteraient couvrir les assemblées de l'EULAR et/ou de l'ACR 2016 pour le JSCR à ma place; veuillez communiquer avec moi si le mandat vous intéresse.

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

Dix choses à savoir (que les rhumatologues ne savent peut-être pas) sur la détection et le traitement de l'hémochromatose

par Justin Cottrell et Paul Adams, M.D., FRCPC

Ce bref rapport résume quelques-unes des problématiques communes liées à l'hémochromatose héréditaire (HH) et ses répercussions sur les patients présentant des maladies rhumatismales concomitantes.

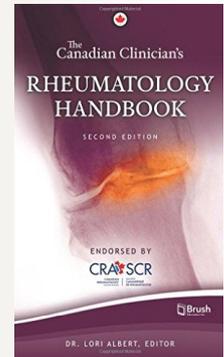
- 1. Dépistage de l'HH.** Les personnes atteintes d'HH et de surcharge ferrique sans complications connexes bénéficient d'un diagnostic et traitement précoces. Le dépistage de masse n'est pas recommandé¹. Une analyse du coefficient de saturation de la transferrine et de la concentration en ferritine est appropriée pour le diagnostic initial et le dépistage chez les parents au premier degré de patients atteints d'HH.
- 2. Diagnostic d'HH et de surcharge ferrique.** Une homozygotie pour la mutation C282Y du gène de HFE est typique. Une surcharge ferrique est soupçonnée avec une concentration en ferritine > 300 µg/L chez les hommes ou > 200 µg/L chez les femmes. La saturation de la transferrine est souvent élevée, mais a une variabilité biologique significative².
- 3. Tests génétiques.** Dans la plupart des provinces, des tests génétiques pour les mutations C282Y et H63D du gène de HFE sont effectués sans frais dans des laboratoires provinciaux. Des tests génétiques pour de rares gènes liés au fer (p. ex. ferroportine, hémojuveline, hepcidine, récepteur de transferrine-2) sont disponibles, mais ne sont pas recommandés; vous trouverez plus d'information à ce sujet sur le site www.invitae.com (en anglais seulement). En raison du risque de stigmatisation, les tests génétiques ne sont pas recommandés chez les enfants.
- 4. Élévations faussement positives dans les analyses du fer.** Le taux sérique de ferritine augmente normalement avec l'inflammation; la consommation quotidienne d'alcool, l'obésité et la stéatose hépatique sont d'autres causes possibles pour un taux sérique de ferritine élevé³. Des élévations extrêmes du taux sérique de ferritine peuvent accompagner l'histiocytose et la maladie de Still. Aucune de ces conditions n'est associée à une surcharge ferrique.
- 5. Traitement de l'HH.** La phlébotomie (500 mL) une fois par semaine jusqu'au retour à la normale des concentrations de fer est le traitement primaire pour l'HH; les taux sériques de ferritine doivent être vérifiés sur une base mensuelle ou bimensuelle⁴. La phlébotomie d'entretien n'est pas toujours nécessaire, en particulier chez les femmes. Il est également recommandé d'éviter les suppléments de fer, les suppléments de vitamine C et les mollusques et crustacés crus.
- 6. Arthropathie de l'HH.** La douleur et la raideur articulaire indolente chronique des articulations, incluant les poignets, les genoux, les hanches, les pieds, les épaules et les chevilles, peuvent être observées. L'arthropathie est généralement symétrique et polyarticulaire. La destruction bilatérale aiguë des articulations métacarpophalangiennes (Figure 1) peut ressembler à la polyarthrite rhumatoïde (PR); cependant, un œdème osseux, impossible à distinguer de l'arthropathie à pyrophosphate, peut survenir. Les changements propres à la maladie comprennent la radiotransparence sous-chondrale de la tête fémorale avec stripage atypique du cartilage de l'os sous-chondral et ostéophytes en forme de crochet sur les deuxième et troisième têtes métacarpiennes.



Figure 1. Radiographies des mains d'un chirurgien atteint d'hémochromatose qui était incapable d'opérer en raison de la douleur dans ses articulations de doigts.

Revue de livre

Le Canadian Clinician's Rheumatology Handbook, 2^e édition



Rédactrice en chef : Lori Albert
Maison d'édition : Brush Education Inc.
Date : 2015

Il s'agit de la deuxième édition d'un guide conçu pour appuyer un curriculum national en rhumatologie pour les résidents en médecine interne au Canada. La Dre Lori Albert est l'auteure principale et rédactrice en chef de ce volume qui se compose de chapitres rédigés par des rhumatologues en milieu universitaire à travers le Canada. Les chapitres exhaustifs et bien écrits reflètent l'expertise de chaque auteur.

Chaque chapitre fournit une approche logique et exhaustive des principales manifestations cliniques des conditions rhumatismales. Les chapitres débutent par une liste de concepts clés, suivie d'importantes questions à poser pendant le relevé des antécédents ainsi que les caractéristiques cliniques à évaluer pendant l'examen médical. Une discussion des enquêtes en laboratoire recommandées, du diagnostic différentiel et des possibilités thérapeutiques fait de chaque chapitre un survol complet du sujet.

En plus d'une couverture très approfondie des principaux troubles cliniques en rhumatologie, un chapitre distinct aborde l'évaluation clinique et la prise en charge de certaines « urgences rhumatologiques ».

Non seulement les principes de base de l'examen musculo-squelettique sont-ils décrits, mais on y trouve également un examen détaillé des articulations avec illustrations à l'appui. Les techniques d'aspiration et d'injection articulaires sont aussi couvertes en détails. Des chapitres distincts se penchent sur une approche de sélection et d'interprétation des tests en laboratoire utilisés en rhumatologie, ainsi qu'une interprétation de l'imagerie utilisée pour évaluer le système musculo-squelettique.

Le *Canadian Clinician's Rheumatology Handbook* est une excellente ressource exhaustive destinée aux résidents en rhumatologie, en médecine interne et en pratique familiale et serait un atout utile pour tout médecin ou professionnel paramédical œuvrant dans le domaine de la rhumatologie.

Jacqueline C. Stewart, B.Sc. (avec distinction), B.Éd., M.D., FRCPC
Professeure adjointe de clinique, Division de rhumatologie,
Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique
Hôpital régional de Penticton, Penticton (Colombie-Britannique)

7. Résultats liés à l'arthropathie de l'HH. Les changements histologiques comprennent des dépôts ferreux anormaux, une inflammation synoviale minimale et un dépôt articulaire de cristaux de pyrophosphate de calcium dihydraté (PPCD), particulièrement au niveau des genoux et du cartilage triangulaire. L'histologie synoviale en contexte d'arthropathie de l'HH est semblable à l'ostéoarthrite (OA), mais un taux élevé de neutrophiles est visible.

8. Traitement de l'arthropathie de l'HH. Le contrôle des symptômes par le biais d'analgésiques, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et d'acétaminophène est bénéfique. Pour les cas graves, plus fréquents chez les patients atteints d'hémochromatose, le remplacement de l'articulation peut être indiqué⁵.

9. Autres symptômes d'HH. L'atteinte des organes cibles peut entraîner l'hypertrophie du foie, la fibrose, l'insuffisance hépatique ou le décès, et un risque accru de cancer du foie. Des symptômes de faiblesse, de léthargie, d'assombrissement de la peau, de diabète sucré, de cardiopathie, de maladie thyroïdienne et de troubles du système reproducteur dus à des anomalies hypophysaires menant à l'impotence, la perte de libido, l'aménorrhée et l'ostéoporose généralisée pourraient être présents.

10. Autres syndromes de surcharge ferrique. Les autres syndromes de surcharge ferrique comprennent la surcharge ferrique transfusionnelle, l'hémochromatose juvénile, l'acéruléoplasminémie et l'hémochromatose africaine, néonatale ou périnatale.

Références :

1. Adams PC, Barton JC, McLaren GD, et coll. Screening for iron overload: Lessons from the HEIRS Study. *Can J Gastroenterol* 2009; 23(11):769-72.
2. Adams PC, Reboussin DM, Press RD, et coll. Biological variability of transferrin saturation and unsaturated iron binding capacity. *Am J Med* 2007; 120(11):999.e1-7.
3. Wong K, Adams PC. The diversity of liver diseases associated with an elevated serum ferritin. *Can J Gastroenterol* 2006; 20(7):467-70.
4. Adams PC, Barton JC. How I Treat Hemochromatosis. *Blood* 2010; 116(3):31725.
5. Emberg M, Hultcrantz R, Simard JF, Carlsson A, Askling J. Increased risk of arthropathies and joint replacement surgery in patients with genetic hemochromatosis: a study of 2,521 patients and their 11,794 first-degree relatives. *Arthritis Care Res* 2013; 65:678-685.

Justin Cottrell

Schulich School of Medicine & Dentistry
London (Ontario)

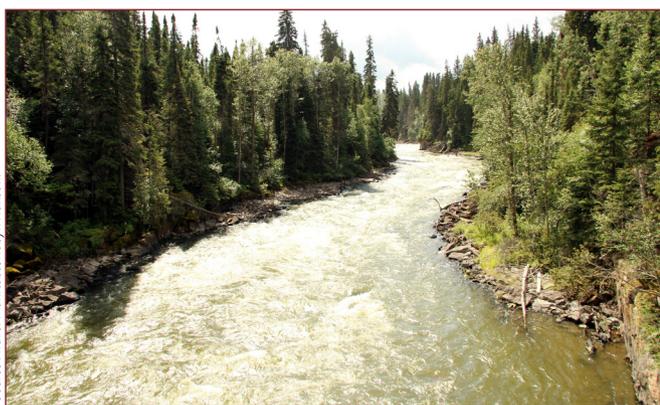
Paul Adams, M.D., FRCPC

Département de médecine Hôpital universitaire,
Université de Western
London (Ontario)



David Robinson @drdavidrobinson

Le Rheumatology Interest Group (RIGG) rassemble des rhumatologues et des stagiaires en médecine interne qui s'intéressent à la rhumatologie pour des soirées informelles autour de bonnes victuailles, de bons vins et même à l'occasion, de bons articles scientifiques. Meilleur club de lecture à vie!



Source: Travel Manitoba/Robyn Hanson.

#loinnousallons! #Manitoba

Kerstin Gerhold @drkerstingerhold

Winnipeg accueille deux nouvelles rhumatologues pédiatriques, la Dre Lily Lim et moi-même, pour combler le vide considérable laissé par le départ à la retraite de la Dre Kiem Oen. L'équipe espère ouvrir la porte à de nouvelles idées dans la région du Manitoba.



#drkerstin gerhold

#drlilylim



#UniversitéduManitoba



Source: Travel Manitoba/Robyn Hanson.

#loupspeints #SpiritWay #Manitoba

Liam O'Neil @drliamoneil

Tout le monde ici se réjouit grandement de l'arrivée de trois nouveaux boursiers en rhumatologie qui commenceront leur formation en juillet 2016. Un programme en expansion améliorera de nombreux secteurs, y compris la collaboration et l'apprentissage structuré.



Source: Travel Manitoba

#quiseressemblesassemble #volerensemble

Cory Baillie @drcorybaillie

L'équipe de rhumatologie de l'Université du Manitoba est très heureuse d'accueillir les Drs Amber Cogar, Mai Nguyen et Ceri Richards à titre de résidents PGY4 dès juillet 2016!

La Soirée du Canada devrait-elle s'envoler vers l'Europe?

Les membres de l'ARO indiquent majoritairement qu'une de leurs principales raisons pour se joindre à la SCR est pour le réseautage et l'occasion d'échanger avec des collègues canadiens. Dans le cadre de nos efforts pour offrir plus d'occasions intéressantes, la SCR a effectué un sondage auprès de ses membres à propos des assemblées de la SCR et de l'EULAR et de la possibilité d'organiser une Soirée du Canada aux futurs événements de l'EULAR. Nous avons interrogé nos membres sur ce qu'ils penseraient d'une aventure européenne. Le sondage a été soumis à tous les membres, dont 130 nous ont fait parvenir leurs réponses.

Localement d'abord, notons que les taux de participation nord-américaine sont systématiquement élevés, avec la grande majorité des répondants participant « toujours » (43 %) ou « parfois » (40 %) à l'assemblée annuelle de la SCR (Tableau 1). La Soirée du Canada demeure un attrait majeur avec trois quarts des participants indiquant qu'ils assistent « toujours » (54 %) ou « parfois » (21 %) à l'événement lorsqu'ils sont à l'assemblée de la SCR (Tableau 2).

En élargissant nos horizons, on constate un déclin des taux de participation, avec moins de la moitié (42 %) des répondants assistant régulièrement aux assemblées de l'EULAR (Tableau 3). Lorsque nous les avons questionnés à propos



d'une possible Soirée du Canada à de prochaines assemblées de l'EULAR, nous avons obtenu des réponses variées (Tableau 4). Le coût de la participation à l'assemblée de l'EULAR était la préoccupation la plus fréquente; pour cette raison, de nombreux

membres s'abstiennent de participer à l'assemblée et la perspective d'une Soirée du Canada n'influencerait pas leur décision. Parmi les membres qui assistent aux assemblées de l'EULAR, plusieurs ont indiqué qu'ils préféreraient profiter de la soirée pour faire du réseautage avec leurs collègues européens ou pour visiter la ville d'accueil pendant leur temps libre.

La Soirée du Canada à l'assemblée de la SCR continue à prendre de l'expansion et demeure un événement très populaire pour le réseautage avec vos collègues canadiens. Faites-nous savoir comment nous pourrions en faire un événement encore plus réussi.

Tableau 1. Assistez-vous à l'assemblée de la SCR?

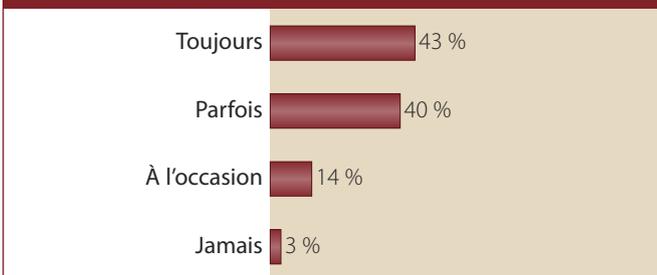


Tableau 2. Lorsque vous assistez à l'assemblée de la SCR, participez-vous à la Soirée du Canada?

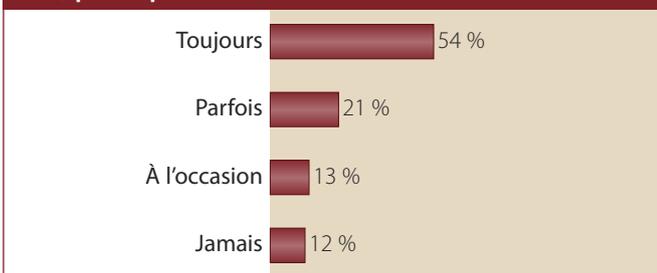


Tableau 3. Assistez-vous à l'assemblée de l'EULAR?

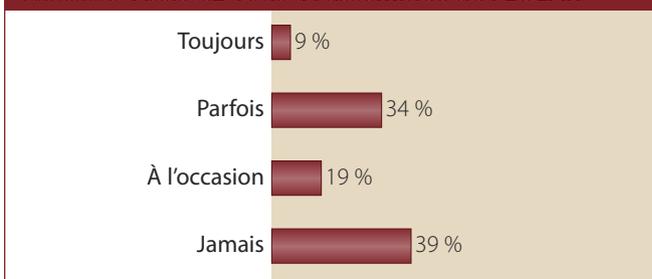
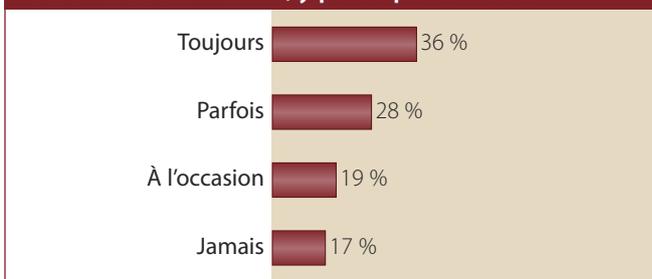


Tableau 4. Si la SCR organisait une Soirée du Canada à l'assemblée de l'EULAR, y participeriez-vous?



Autres réponses obtenues : Bonne idée, selon le nombre de membres de la SCR présents. Pourrais être trop occupé avec d'autres activités secondaires. Beaucoup de membres résident en dehors du site. Coût probablement trop élevé. Ne pense pas vraiment que ce soit nécessaire. Participe rarement à l'EULAR. C'est une assemblée très dispendieuse pour nous et comme nous devons quand même assister à celle de la SCR, c'est une assemblée additionnelle pour nous. L'EULAR est une occasion de rencontrer nos collègues européens et toutes les soirées comptent. Je préférerais ne pas avoir une Soirée du Canada. Pas certain qu'une telle soirée serait une valeur ajoutée car nous avons tous des horaires différents pendant les congrès.

Il n'y a QU'UN SEUL REMICADE®

SI VOUS VOULEZ
QUE VOS PATIENTS
REÇOIVENT REMICADE®,

— écrivez —

Remicade®
aucune
substitution



Plus de **2** millions de patients traités dans le monde pour toutes les indications confondues¹

REMICADE® :

- Le médicament biologique qui compte **le plus grand nombre d'indications**: PR, SA, RP, PsO, MC chez l'adulte, MC chez l'enfant, MC avec fistulisation, CU chez l'adulte et CU chez l'enfant^{1,2}
- Plus de **20 ans d'expérience clinique dans le monde**¹
- Un élément du **programme BioAdvance® de Janssen**

REMICADE® est indiqué :

- En association avec le méthotrexate, pour la réduction des signes et des symptômes, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) modérément à sévèrement active.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, et pour l'amélioration de la capacité fonctionnelle des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active qui présentent une intolérance ou qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standards.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique, la cicatrisation de la muqueuse et la réduction du recours à un traitement par corticostéroïdes chez les adultes atteints de maladie de Crohn (MC) modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement par corticostéroïdes et/ou aminosalicylés. REMICADE® peut être administré seul ou en association avec un traitement standard.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, ainsi que pour l'induction et le maintien de la rémission clinique chez les patients pédiatriques atteints de MC modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. corticostéroïdes et/ou aminosalicylés et/ou immunosuppresseurs).
- Pour le traitement de la MC avec fistulisation, chez les adultes qui n'ont pas répondu à un traitement standard complet et approprié.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique, la cicatrisation de la muqueuse et la réduction ou l'abandon du recours à un traitement par corticostéroïdes chez les adultes atteints de colite ulcéreuse (CU) modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicylés et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs).
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et l'induction de la cicatrisation de la muqueuse, chez les patients pédiatriques atteints de CU modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicylés et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs).
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction d'une importante réponse clinique, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale associée à l'arthrite active et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique (RP).
- Pour le traitement des adultes qui sont atteints de psoriasis en plaques (PsO) chronique de sévérité modérée à élevée et candidats à un traitement systémique. Chez les patients atteints de PsO chronique de sévérité modérée, REMICADE® ne doit être administré que lorsque la photothérapie s'est révélée inefficace ou inappropriée; pour évaluer la gravité du psoriasis, le médecin doit prendre en compte l'étendue et le siège des lésions, la réponse aux traitements antérieurs et l'incidence de la maladie sur la qualité de vie du patient.

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.ca/fr/product/231> pour obtenir des renseignements importants concernant les conditions d'usage clinique, les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document.

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

Références: 1. Données internes, Janssen Inc. 2. Monographie de REMICADE®, Janssen Inc., 26 septembre 2014.

 **Remicade**[®]
INFLIXIMAB
Vous et vos patients pouvez compter sur nous

Marques de commerce utilisées sous licence.
© 2015 Janssen Inc.
19 Green Belt Drive
Toronto (Ontario) M3C 1L9
www.janssen.ca

Membre




PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF 



XELJANZ (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 grave qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ (tofacitinib) en monothérapie.

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

QUAND LE MÉTHOTREXATE SEUL NE SUFFIT PLUS, PENSEZ À XELJANZ^{MD}



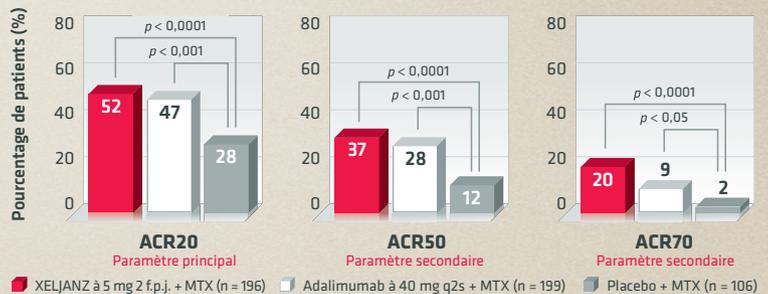
La simplicité d'un schéma posologique biquotidien par voie orale

Puissante efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

Atténuation significative des symptômes démontrée chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX après 6 mois, comparativement au groupe placebo + MTX¹ *

L'étude n'avait pas été conçue dans le but de comparer XELJANZ et l'adalimumab.

Taux de réponse ACR après 6 mois



Une amélioration significative de la fonction physique a été obtenue après 3 mois chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX, comparativement au groupe placebo + MTX¹ *

Diminution moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3^e mois : 0,56 pour XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. et 0,51 pour l'adalimumab à 40 mg q2s vs 0,25 pour le placebo ($p < 0,0001$).

L'étude n'avait pas été conçue dans le but de comparer XELJANZ et l'adalimumab.

Mises en garde et précautions les plus importantes

Risque d'infections graves : Les patients traités par XELJANZ sont exposés à un risque accru de contracter une infection grave qui peut nécessiter une hospitalisation ou même causer la mort. La plupart des patients qui ont contracté une telle infection prenaient un immunosuppresseur comme le méthotrexate ou un corticostéroïde en même temps que XELJANZ. En cas d'infection grave, il faut interrompre le traitement par XELJANZ jusqu'à ce que l'infection soit maîtrisée. Les infections signalées comprennent : la tuberculose évolutive, les infections fongiques envahissantes, les infections bactériennes ou virales et les autres infections provoquées par des agents pathogènes opportunistes.

Le traitement par XELJANZ ne doit pas être entrepris en présence d'une infection évolutive, qu'elle soit chronique ou localisée.

Pendant et après le traitement par XELJANZ, les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite visant à détecter tout signe ou symptôme d'infection, notamment en vue de déceler la présence d'une tuberculose chez les patients dont les résultats aux épreuves de dépistage de la tuberculose latente effectuées avant le traitement se sont révélés négatifs.

Cancers : Des cas de lymphome et d'autres cancers ont été observés chez des patients traités par XELJANZ. Des cas de trouble lymphoprolifératif consécutif à une transplantation et associé au virus Epstein-Barr ont été observés à une fréquence plus élevée chez les greffés rénaux traités par XELJANZ qui prenaient en concomitance des médicaments immunosuppresseurs.

Autres mises en garde et précautions pertinentes

- Risque de perforation du tube digestif. Utiliser avec prudence chez les patients qui peuvent être exposés à un risque accru de perforation du tube digestif.

- Risque de réactivation virale, comme la réactivation du virus responsable du zona.
- Risque de cancer, de trouble lymphoprolifératif et de cancer de la peau non mélanique.
- Risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques.
- Il faut éviter d'utiliser XELJANZ chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave ou chez les patients porteurs du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.
- Utiliser avec prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque.
- XELJANZ peut accroître le risque d'immunosuppression. L'administration concomitante avec des immunosuppresseurs puissants n'est pas recommandée.
- L'administration d'un vaccin vivant pendant le traitement par XELJANZ n'est pas recommandée.
- Administrer avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance rénale (c.-à-d., ClCr < 40 mL/min).
- XELJANZ ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.
- Les femmes ne doivent pas allaiter pendant un traitement par XELJANZ.
- L'innocuité et l'efficacité de XELJANZ n'ont pas été établies chez les enfants.
- Il faut administrer ce médicament avec prudence aux personnes âgées en raison du risque accru d'infection grave.
- Administrer avec prudence aux patients d'origine asiatique en raison d'un risque accru de zona, d'infection opportuniste et de pneumopathie interstitielle.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une hausse des taux de créatine kinase.

- XELJANZ entraîne une réduction de la fréquence cardiaque et une prolongation de l'intervalle PR. La prudence est de mise chez les patients qui présentent au départ une faible fréquence cardiaque (< 60 battements par minute), des antécédents de syncope ou d'arythmies, une maladie du sinus, un bloc sino-auriculaire, un bloc auriculoventriculaire (AV), une cardiopathie ischémique ou une insuffisance cardiaque congestive.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une fréquence accrue d'élévations du taux d'enzymes hépatiques.

Pour de plus amples renseignements

Veillez consulter la monographie du produit à l'adresse http://www.pfizer.ca/fr/our_products/products/monograph/342 pour obtenir des renseignements importants au sujet des effets indésirables, des interactions médicamenteuses et de la posologie qui ne figurent pas dans le présent document. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.

Référence : 1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ, 16 avril 2014.

f.p.j. : fois par jour; MTX-RI : réponse insuffisante au méthotrexate; q2s : toutes les 2 semaines.

* Étude multicentrique, comparative avec placebo, à répartition aléatoire et à double insu, menée chez des patients de 18 ans ou plus atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive selon les critères de l'ACR. Les patients ont été répartis au hasard de façon à recevoir XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. (n = 196), l'adalimumab à 40 mg toutes les 2 semaines (n = 199) ou un placebo (n = 106). Les principaux critères d'évaluation étaient les suivants : la proportion de patients ayant obtenu une réponse ACR20 au 6^e mois, la variation moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3^e mois et la proportion de patients ayant obtenu un score DAS28-4 (VS) inférieur à 2,6 au 6^e mois.



XELJANZ, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada inc., licencié M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence © 2015 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5

CA0115T0F004F



XELJANZ^{MC}
[citrate de tofacitinib]