

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

Pleins feux sur : l'ASA de la SCR

Éditorial

- Études autochtones

Qu'est-ce que la SCR fait pour vous?

- « Qu'est-ce que la SCR fait pour vous? »

Des nouvelles de l'ICORA

- Une mise à jour de l'ICORA

Hommage boréal

- Message de la présidente
- Entrevues avec nos lauréats :
 - Rhumatologue émérite : D^r Michel Zimmer
 - Chercheur émérite : D^r Jacques Brown
 - Formateur d'enseignants : D^r David Robinson
 - Jeune chercheur : D^r Vinod Chandran

Arthroscopie

- Prix Réflexion sur la pratique 2017
- *RheumJeopardy!* 2017
- DPC pour rhumatologues débordés : Le secret d'une bonne trilogie? Optimiser l'apprentissage et cumuler des crédits pour le programme de MDC
- Traitement conservateur pour réduire les symptômes de l'arthrose de la hanche ou du genou : le programme GLA:D^{MC} Canada

Consultation de couloir

- Cas de lupus complexe : une histoire déchirante

Dix choses à savoir...

- ...(que les rhumatologues ignorent peut-être) sur le Programme des SSNA

Nouvelles régionales

- Des nouvelles en provenance de Terre-Neuve-et-Labrador

In Memoriam

- Hommage au D^r Bill Bensen



Il n'y a QU'UN SEUL REMICADE®

SI VOUS VOULEZ
QUE VOS PATIENTS
REÇOIVENT REMICADE®,

— écrivez —

Remicade®
ne pas
substituer



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

REMICADE® :

- Un médicament biologique indiqué dans :
PR, SA, RP, PsO, MC chez l'adulte, MC chez l'enfant,
MC avec fistulisation, CU chez l'adulte et CU chez l'enfant¹²
- Plus de **20 ans d'expérience clinique dans le monde¹**
- Un élément du **programme BioAdvance® de Janssen**



Remicade®
INFLIXIMAB
Vous et vos patients pouvez
compter sur nous

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 et de 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.
- REMICADE® est indiqué 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 maladie de Crohn modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. corticostéroïdes et/ou aminosalicylés et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les patients de moins de 9 ans.
- 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 et de 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).
- REMICADE® est indiqué 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 colite ulcéreuse modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicylés et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les enfants de moins de 6 ans.
- 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.

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.com/canada/fr/products#prod-451> 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 avril 2016.

Janssen Inc.

Marques de commerce
utilisées sous licence.
© 2016 Janssen Inc.
19 Green Belt Drive
Toronto (Ontario) M3C 1L9
www.janssen.com/canada/fr
SBBR160202F



Études autochtones

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« L'histoire est écrite par les vainqueurs. »

– Walter Benjamin (1892-1940), citation souvent attribuée à Winston Churchill

Dans l'actualité :

Commission de vérité et réconciliation. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Rafle des années 1960. Controverse entourant Joseph Boyden. Décès de l'artiste inuite Annie Pootoogook à Ottawa en septembre 2016, quelques mois avant l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de 2017 de la SCR.

Articles récents dans le CMAJ :

- « *The cultural erosion of Indigenous people in health care*¹ » (Érosion culturelle des peuples autochtones dans les soins de santé)
- « *Taking action on the social determinants of health in clinical practice*² » (Prise de mesure à l'égard des déterminants sociaux de la santé en pratique clinique)
- « *Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada*³ » (Expériences liées aux soins de santé de personnes autochtones atteintes de diabète de type 2 au Canada)

Dans ce contexte, j'ai profité d'une occasion offerte par la SCR et, à l'automne 2016, je me suis inscrit à une formation en ligne de huit semaines sur la sécurisation culturelle autochtone commanditée par San'yas et la régie des services de santé provinciaux de la Colombie-Britannique. La SCR a commandité la participation de huit membres dans le cadre de ce projet pilote et a offert un remboursement des frais de scolarité, ainsi que huit heures de crédits (que l'on sait difficiles à obtenir) du programme de maintien du certificat (MDC) du Collège royal pour la réussite du cours.

Les crédits du Collège royal sont particulièrement appropriés, puisque le Collège royal a joué un rôle de premier plan dans l'élaboration d'un cadre pour la formation médicale continue dans ce domaine⁴ et a développé un modèle CanMEDS pour le respect des valeurs et des principes autochtones en matière de santé⁵.

Nous nous sommes réunis en ligne et nous nous sommes présentés, en décrivant nos antécédents culturels et nos rôles dans le domaine des soins de santé. La plupart des participants étaient des infirmières de première ligne et d'autres profession-

nels paramédicaux. Nous étions encadrés par un animateur formé, Makonen Bondoc. Le cours, d'une durée de huit semaines, se composait de différents modules et était axé sur des vidéos et des témoignages narratifs d'Autochtones de partout au Canada, qui racontaient leur expérience au sein du système de soins de santé. L'histoire du Canada a été revue à la lumière de l'expérience des Premières Nations, y compris le colonialisme, le racisme et les effets de la Loi sur les Indiens.

De nombreuses histoires étaient familières, notamment en ce qui concerne le non-respect des traités, les pensionnats autochtones et leurs répercussions à long terme ainsi que les efforts d'assimilation culturelle appuyés par différents gouvernements fédéraux et provinciaux. Toutefois, je ne connaissais pas du tout l'histoire des hôpitaux autochtones. Le témoignage des survivants était percutant.

La formation s'est très bien déroulée. Une durée était suggérée pour chaque page, et le chronomètre fonctionnait très bien. Si on restait trop longtemps à la même page sans qu'il y ait d'activité, un message s'affichait pour demander si nous étions encore là. Nous devions fréquemment répondre à des questionnaires, y compris des prétests et des post-tests. Les participants devaient tenir un journal personnel; les commentaires individuels et collectifs du modérateur à l'intention des participants étaient utiles et pertinents. Il était possible de télécharger du matériel supplémentaire pour enrichir les leçons principales du programme de base de même que des documents de référence à utiliser comme aide-mémoire pour la clinique. Il était également obligatoire de rédiger une réflexion écrite après le cours pour obtenir tous les crédits.

Le modèle de communication suivant a été mis de l'avant pour les consultations puisqu'il facilite les interactions avec tous les patients, qu'ils soient d'origine autochtone ou non.

- Écoutez le patient
- Expliquez votre propre perspective
- Reconnaissez les différences et les similitudes
- Recommandez un plan d'action
- Négociez afin d'arriver à un commun accord

Suite à la page 21

COMITÉ DE RÉDACTION DE LA SCR

Énoncé de mission. La mission du Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR) est de promouvoir l'échange d'information et d'opinions au sein de la collectivité des rhumatologues du Canada.

RÉDACTEUR EN CHEF

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP
Président,
Association médicale
de l'Ontario (AMO),
Section de rhumatologie
Scarborough (Ontario)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Joanne Homik, M.D., M. Sc., FRCPC
Présidente,
Société canadienne de
rhumatologie
Professeure agrégée
de médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Vice-présidente,
Société canadienne de
rhumatologie
Directrice générale
de rhumatologie,
William Osler Health Centre
Brampton (Ontario)

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

MEMBRES

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

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

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

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

Deborah Levy, M.D., MS, FRCPC
Professeure agrégée,
Université de Toronto
Membre de l'équipe
de recherche,
Child Health Evaluative Sciences
Research Institute
Toronto (Ontario)

Bindu Nair, M.D., FRCPC
Professeur agrégé,
Division de rhumatologie,
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

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

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

Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP
Directeur médical,
The Arthritis Program
Chef, Division de rhumatologie,
Centre régional de santé
de Southlake
Newmarket (Ontario)



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

ÉQUIPE DE PUBLICATION

Paul F. Brand
Directeur de la publication

Russell Krackovitch
Directeur du contenu éditorial,
Division des projets personnalisés

Jyoti Patel
Rédactrice en chef

Catherine de Grandmont
Rédactrice-réviseure, version française

Donna Graham
Responsable de la production

Dan Oldfield
Responsable du design

Mélissa Drouin
Services financiers

Robert E. Passaretti
Éditeur

© STA HealthCare Communications inc., 2017. Tous droits réservés. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : juin 2017.

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

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

« Qu'est-ce que la SCR fait pour vous? »



Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
(Vice-présidente de la SCR)

En quelle année avez-vous adhéré à la SCR? Qu'est-ce qui motivait ce désir d'en devenir membre?

Je pense que c'était en 2010. J'ai voulu adhérer à la SCR parce que je faisais du travail pour l'Ontario Rheumatology Association, et l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la SCR m'a offert l'opportunité d'entrer en contact avec d'autres associations provinciales.

Pourquoi restez-vous membre de la SCR et quels avantages votre adhésion vous a-t-elle procurés?

J'ai réalisé que la SCR avait beaucoup changé depuis l'époque où j'étais boursière en rhumatologie dans les années 1990; il s'agissait alors d'une plate-forme de réseautage pour les médecins travaillant dans le milieu universitaire. Comme ce n'était pas mon cas et que l'organisation ralliait très peu de praticiens, cela ne m'intéressait pas. En plus, l'ASA avait toujours lieu dans un centre de ski, alors que je ne skie pas. Depuis plusieurs années, j'ai remarqué plusieurs changements. Autrefois, je trouvais que c'était un « club des dinosaures », mais c'est devenu une grande organisation qui appuie les jeunes et les femmes.

Quel aspect de l'adhésion à la SCR avez-vous trouvé le plus avantageux jusqu'à présent?

Je trouve que la possibilité de réseautage qu'offre l'ASA est le plus grand avantage. J'aime également la possibilité de participer à un comité qui fait avancer les choses et aussi le fait que la SCR appuie l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) et la Société de l'arthrite pour aider à améliorer les soins.

Que diriez-vous à un collègue qui songe à adhérer à la SCR?

N'hésite pas! Ce n'est plus la SCR d'autrefois et celle-ci s'est beaucoup améliorée.



Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC

En quelle année avez-vous adhéré à la SCR? Qu'est-ce qui motivait ce désir d'en devenir membre?

Cela fait si longtemps que je ne m'en souviens même plus! Je crois que j'ai été membre stagiaire de 1997 à 1999 avant de terminer ma résidence. Je suis devenu un membre régulier en 2000 et je ne l'ai jamais regretté.

Pourquoi restez-vous membre de la SCR et quels avantages votre adhésion vous a-t-elle procurés?

Les rhumatologues du Canada forment un groupe tissé serré. J'aime prendre part à quelque chose de « plus important que ma petite personne ». La SCR représente mes intérêts et m'offre beaucoup de valeur en échange des frais d'adhésion. Être membre de la SCR comporte de nombreux avantages, notamment la collégialité, le réseautage, l'ASA et le volet de sensibilisation à la maladie rhumatismale et de défense des droits des patients.

Quel aspect de l'adhésion à la SCR avez-vous trouvé le plus avantageux jusqu'à présent?

Être membre de la SCR a facilité ma participation à des projets qui ont orienté ma carrière. Et j'ai eu beaucoup de plaisir à prendre part à ces projets!

Que diriez-vous à un collègue qui songe à adhérer à la SCR?

C'est de l'argent bien investi. Va rencontrer tes collègues. Tu apprendras de nouvelles choses et tu auras beaucoup de plaisir.



Cathy Flanagan, M.D.

En quelle année avez-vous adhéré à la SCR? Qu'est-ce qui motivait ce désir d'en devenir membre?

J'ai adhéré dans les années 1990 parce que je voulais tisser des liens avec les rhumatologues du Canada. Je participais aussi tous les ans à l'ASA de la SCR afin de prendre connaissance des nouveautés dans le domaine de la rhumatologie.

Pourquoi restez-vous membre de la SCR et quels avantages votre adhésion vous a-t-elle procurés?

J'aime assister à l'ASA lorsque mon horaire me le permet, participer aux activités de la SCR et lire le JSCR.

Quel aspect de l'adhésion à la SCR avez-vous trouvé le plus avantageux jusqu'à présent?

La collégialité qu'on retrouve chez les rhumatologues de partout au Canada. C'est fantastique de pouvoir rencontrer mes confrères et consœurs et tirer des enseignements de leur expérience et de leur collaboration avec d'autres membres.

Que diriez-vous à un collègue qui songe à adhérer à la SCR?

Je lui dirais d'adhérer et de prendre part aux activités organisées par la SCR. Je lui dirais que ça lui permettra d'apprendre beaucoup de choses et aussi d'avoir du plaisir.

Une mise à jour de l'ICORA

Par Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC

L'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) est le troisième organisme subventionnaire en importance pour l'arthrite inflammatoire et les autres maladies rhumatismales au Canada. Elle est dirigée par la SCR et financée grâce aux généreuses subventions de nombreuses entreprises pharmaceutiques. Les résultats du concours de 2017 seront annoncés sous peu. À l'approche d'une date anniversaire importante pour notre pays, nous devons prendre conscience de l'immensité géographique que représentent les personnes atteintes d'arthrite. Trois études récemment financées par des bourses de l'ICORA se penchent sur les obstacles aux soins adéquats (accès et traitement).

Une étude du concours de bourse de 2016 (*Measuring geographic variation in access to care for rheumatoid arthritis patients and related outcomes: a patient-centered approach*. Barber C. et coll.) examine les concentrations de cas de polyarthrite rhumatoïde (PR) à partir de la base de données administratives de l'Alberta et est conçue pour déterminer les régions géographiques présentant des disparités entre la densité de cas de PR et les services de santé. Autrement dit, les chercheurs essaient de repérer les disparités régionales entre la prévalence de la PR et les services disponibles dans la région. Ces travaux peuvent fournir des solutions permettant de déterminer où placer les ressources nécessaires pour combler les lacunes en matière de soins. On sait qu'en Ontario, les personnes âgées atteintes de PR qui vivent dans les zones rurales ont un moins bon accès aux antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) et aux consultations avec un rhumatologue (les deux semblent aller de pair) par rapport à celles qui vivent dans les centres urbains.

Une autre recherche financée en 2016 par une bourse de l'ICORA a pour but de comprendre les obstacles à la prise en charge de la maladie par les patients eux-mêmes dans les populations mal desservies (*Understanding the barriers to self-management support for underserved populations living with arthritis and co-morbidities and developing patient-derived tools for healthcare policy and practice*. Lacaille D. et coll.). Étudier les obstacles à l'accès aux soins adéquats (y compris la prise en charge de la maladie par les patients eux-mêmes) peut aboutir à des solutions pour fournir des soins dans les zones mal desservies.

Une troisième bourse a été accordée à une étude (*Assessing the provision, patterns, and costs of waiting for rheumatology care: a step towards optimizing the care of rheumatic diseases*. Widdifield J. et coll.) qui se penche sur l'accès aux soins de rhumatologie en évaluant les temps d'attente et les coûts de cette attente, comme le retard à recevoir les ARMM adéquats, l'impossibilité d'obtenir une émission, etc.

Ces projets financés viennent compléter les recherches menées par la D^{re} Cheryl Barnabe, qui démontrent le fardeau

Lauréats des prix pour résumés 2017 décernés par la SCR

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

M^{me} Rebecca Gole, Université de Manitoba
Superviseuse : D^{re} Christine Peschken

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

M^{me} Bailey Russell, Université de Toronto
Superviseur : D^r Christian Pagnoux

Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales présenté par un stagiaire

D^{re} Shirine Usmani, Université de Toronto
Superviseur : D^r Nigil Haroon

Meilleur résumé de recherche par un étudiant de premier cycle en médecine

M^{me} Carol Dou, Université de la Colombie-Britannique
Superviseurs : D^{re} Linda Li et D^r John Esdaile

Meilleur résumé de recherche sur l'adulte présenté par de jeunes professeurs

D^{re} Claire Barber, Université de Calgary
Superviseur : n/d

Meilleur résumé de recherche présenté par un résident en rhumatologie

D^{re} Dania Basodan, Université McGill
Superviseuse : D^{re} Rosie Scuccimarri

Meilleur résumé présenté par un étudiant de médecine

M^{me} Audrea Chen, Université de la Colombie-Britannique
Superviseuse : D^{re} Kim Morishita

Meilleur résumé présenté par un résident de niveau post-doctoral

D^r Kun Huang, Université de la Colombie-Britannique
Superviseur : D^r Antonio Avina-Zubieta.

Meilleur résumé présenté par un stagiaire de recherche inscrit aux cycles supérieurs

D^r Ryan Lewinson, Université de Calgary
Superviseuse : D^{re} Cheryl Barnabe

SCR : Appel de résumés

Nous vous invitons à soumettre vos résumés pour les présentations qui auront lieu dans le cadre de l'ASA de la SCR et de l'Assemblée de l'APSA de 2018!

La date limite pour soumettre les résumés est le **16 octobre 2017**. Pour plus de détails, veuillez consulter le www.rheum.ca.

des maladies rhumatismales et les résultats dans la population des Premières nations. La D^{re} Barnabe reçoit une subvention de l'ICORA qui lui permet de se consacrer à ses recherches pertinentes et importantes.

Ces diverses études nous aideront à traiter nos patients aux quatre coins de l'immense territoire du Canada. Nous sommes fiers de notre système universel de soins de santé, mais ce

Suite à la page 7

Message de la présidente

Par Joanne Homik, M.D., M. Sc., FRCPC

J'écris ce message alors que je termine la première année de mon mandat de deux ans comme présidente de la SCR. Cette dernière année a été excitante et productive; en effet, nous continuons de définir la raison d'être de notre travail, pour le bien de nos membres.

Pendant le mandat du Dr Cory Baillie, nous avons élaboré un ensemble solide de principes directeurs et de politiques de gouvernance. Nous avons ainsi pu nous concentrer sur la planification de l'orientation générale de l'organisation. Je suis fière des efforts que nous avons déployés pour consulter nos membres aux fins de l'élaboration des priorités stratégiques de la SCR.

Nous continuons à accorder la priorité aux activités clés en matière de formation et de recherche, comme l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) et le programme de bourses de l'ICORA. Nos membres perçoivent ces activités comme des avantages importants de leur adhésion à la SCR et réalisent que la formation et la recherche contribuent à la prestation de soins de qualité en rhumatologie. Nous avons également pu répondre à de nouveaux besoins non satisfaits des membres en commanditant la participation de certains d'entre eux à la formation sur les compétences autochtones (voir l'éditorial de ce numéro, à la page 3) et en incluant à notre ASA des sujets qui relèvent « d'experts non médicaux », comme les stratégies de communication, la science du sommeil et l'exploitation des tendances en matière d'activité physique.

Nous avons amorcé un processus de rencontres individuelles avec les présidents des comités opérationnels de la SCR (jusqu'à maintenant, nous avons rencontré les présidents des comités



sur les lignes directrices, les ressources humaines, l'optimisation des soins et la formation). Nous avons ainsi pu obtenir une meilleure compréhension de la manière dont les objectifs et les plans de ces comités nous aideront à réaliser les priorités stratégiques de la SCR. Ce fut un exercice d'apprentissage utile pour les deux parties.

Un des principaux défis de la SCR consiste à se faire reconnaître comme chef de file dans le domaine des soins de l'arthrite. Le soutien initial de la Société de l'arthrite dans les années 1950 a favorisé la croissance de la rhumatologie au pays en tant que sous-spécialité et a fait des rhumatologues les figures de

proue dans le domaine des soins de l'arthrite. Afin de demeurer les meneurs, nous devons établir des relations avec d'autres intervenants en soins de l'arthrite. Les décideurs, les payeurs et les organismes de réglementation demandent de plus en plus notre opinion, tant par l'intermédiaire de l'organisation qu'auprès de membres individuels. À cet égard, nos actions doivent demeurer pertinentes et nous devons mettre à profit notre expertise. Nous espérons en faire une priorité au cours de l'année à venir, et nous espérons vous faire part de nos réussites lors la prochaine ASA.

Au plaisir de vous voir à Vancouver, du 21 au 24 février 2018, au tout nouvel hôtel JW Marriott/Douglas du complexe immobilier Parq Vancouver.

*Joanne Homik, M.D., M. Sc., FRCPC
Présidente, Société canadienne de rhumatologie
Professeure agrégée de médecine, Université de l'Alberta,
Edmonton (Alberta)*

Une mise à jour de l'ICORA (Suite de la page 6)

système ne peut être qualifié d'universel que si tous les Canadiens atteints de maladies rhumatismales chroniques peuvent bénéficier d'un accès aux soins et d'un traitement adéquats.

Références :

1. Widdifield J, Bernatsky S, Paterson JM, et coll. Quality care in seniors with new-onset rheumatoid arthritis: A Canadian perspective. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Jan; 63(1):53-7.
2. Barnabe C, Jones CA, Bernatsky S, et coll. Inflammatory Arthritis Prevalence and Health Services Use in the First Nations and Non-First Nations Populations of Alberta, Canada. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Apr; 69(4):467-474.

3. Barnabe C, Hemmelgarn B, Jones CA, et coll. Imbalance of prevalence and specialty care for osteoarthritis for first nations people in Alberta, Canada. *J Rheumatol*. 2015 Feb; 42(2):323-8.

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

Prix du rhumatologue émérite : Dr Michel Zummer

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

À l'époque, lors de notre résidence en médecine interne, nous participions à des stages de deux mois dans chaque spécialité. La plupart d'entre nous ne connaissaient rien à la rhumatologie. J'ai été impressionné par l'attitude incroyable des patients qui parvenaient à s'adapter à des invalidités considérables, même si nous avions très peu à leur offrir en ce qui a trait aux antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), comparativement à aujourd'hui. Puisque notre spécialité ne s'occupe pas seulement de problèmes aigus, nous développons des relations à long terme avec nos patients. Nous devons pouvoir poser un diagnostic fondé essentiellement sur les antécédents et l'examen physique et nous nous reposons généralement peu sur la technologie. La moitié de ma carrière s'est déroulée avant l'avènement des médicaments biologiques. L'autre moitié est marquée par la découverte d'autres options thérapeutiques, y compris de stratégies de traitement optimisées. Il est très stimulant de constater les effets positifs de ces avancées sur nos patients, qui ont connu des améliorations incroyables de leurs symptômes et de leur fonctionnement. J'attends avec impatience la prochaine ère qui nous amènera à utiliser de nouveaux médicaments oraux ciblés.

Vous avez assumé des rôles de dirigeant au sein de la SCR. Vous avez joint l'organisation en tant que membre du conseil d'administration en 2000, puis avez occupé les fonctions de président de 2004 à 2006. Vous avez participé à l'organisation



de rencontres entre la SCR et le Mexican College of Rheumatology (MCR) et êtes vice-président de la Pan-American League of Associations for Rheumatology (PANLAR) depuis 2012.

(a) Pourquoi ce type d'engagement est-il si important pour vous?

J'ai été « traîné » à la SCR après avoir téléphoné au Dr Glen Thomson, qui était alors président, à propos d'un problème économique que nous avions au Québec. Avant que je com-

prenne ce qui se passait, il m'avait placé à la tête d'un comité. C'est ce qui a suscité mon intérêt, puis je me suis investi davantage et je me suis intéressé à ce que la SCR pouvait faire pour faciliter le changement dans chaque province. Nous avons appris à nous adapter au contexte thérapeutique changeant et à faire évoluer nos interactions avec l'industrie. J'aime aussi penser que le leadership national et l'échange de connaissances entre les différents territoires de compétence ont amélioré les soins offerts aux patients atteints d'arthrite.

(b) Comment votre travail a-t-il aidé à façonner le domaine de la rhumatologie ici et ailleurs?

J'ai eu le privilège de travailler avec des centaines de rhumatologues incroyables et avec d'autres personnes au sein de la SCR et de l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) afin de mettre au point un cadre pour la prestation de soins musculosquelettiques destinés aux personnes atteintes d'arthrite. Il est très satisfaisant de constater l'amorce de bon nombre de changements et d'améliorations considérables dans diverses provinces, qui ont utilisé

les ressources ou l'influence de l'AAC pour faire avancer leur cause.

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

Bien que la majorité de mon travail organisationnel s'effectue à l'échelle nationale, j'ai occupé des postes de dirigeant au Québec. Le travail acharné de nombreux rhumatologues dans d'autres provinces s'est traduit par de nombreuses réussites, particulièrement en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique. Toutefois, il a été extrêmement difficile d'induire un changement au Québec, en dépit du fort leadership de nos récents présidents. Le gouvernement québécois refuse de reconnaître l'arthrite comme une maladie chronique, et par conséquent, il n'effectue aucune planification à cet égard et n'alloue aucune ressource à nos patients. Récemment, toutes les fonctions de prise de décisions aux points d'intervention ont été abolies, et la prestation des soins de santé a été homogénéisée. Je crois qu'il en résultera une érosion encore plus importante de la qualité des soins que nous sommes en mesure d'offrir.

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

Les rhumatologues, de même que les médecins, doivent conserver leur professionnalisme, continuer à assumer leurs responsabilités et ne pas se laisser aller à devenir des fonctionnaires obéissant aux administrateurs du système. Nous devons cibler et saisir les possibilités de prôner des partenariats avec les gouvernements et tous les interve-



Le Dr Michel Zimmer recevant son prix des mains des Drs Joanne Homik, Carter Thorne et Vandana Ahluwalia.

nants afin d'inclure les points de vue et besoins de nos patients ainsi que de nos fournisseurs de soins de santé. Le processus est enclenché dans plusieurs provinces, et la SCR doit continuer d'encourager ces activités.

Qu'aimez-vous le plus de votre vie et de votre travail à Montréal?

Sandra et moi sommes tous deux nés à Montréal et y avons été élevés. Nous adorons notre ville (à condition d'ignorer la politique, les infrastructures qui s'effondrent et les cauchemars causés par la construction). Nous vivons dans une ville qui nous permet de nous déplacer à pied et qui compte de nombreuses cultures variées et intéressantes, sans compter une cuisine incroyable.

*Michel Zimmer, M.D., FRCPC
Chef du Service de rhumatologie,
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Professeur agrégé, Université de Montréal
Montréal (Québec)*

Prix du chercheur émérite : Dr Jacques Brown

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

J'ai reçu la nouvelle sur ma messagerie vocale. J'étais en déplacement, et le bureau de la SCR n'a pu me joindre à temps pour m'en faire l'annonce officiellement. J'ai été très surpris et ravi puisque mon domaine de recherche est quelque peu en dehors des champs d'expertise habituels dans le domaine de la rhumatologie au Canada.

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

Lorsque j'étais étudiant de première année en médecine interne à l'Université Laval, à Québec, j'étais attiré par deux sous-spécialités, la rhumatologie et la neurologie, qui offraient toutes deux à l'époque d'intéressantes possibilités de diagnostic, mais peu d'options de traitement. Finalement, j'ai choisi la rhumatologie, car j'ai eu un excellent stage au Service de rhumatologie du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) dirigé par le Dr Lucien Latulippe. J'ai été particulièrement impressionné par la passion du Dr Gilles Mathon et la sagesse du Dr Jean-Yves Lang. De concert avec la Dr^{re} Monique Camerlain de Sherbrooke, ils m'ont convaincu que la rhumatologie était une sous-spécialité qui portait une grande attention aux besoins des patients. Les Dr^{es} André Lussier et Henri Ménard ont stimulé mon intérêt pour la recherche lorsque j'ai suivi ma formation en rhumatologie à l'Université de Sherbrooke. En tant que chargé de recherche de La Société de l'arthrite, le Dr Lussier m'a servi de mentor tout au long de ma formation postdoctorale de deux ans sur les maladies métaboliques des os à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) de Lyon, en France.

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

D'abord, vous devez être passionné par ce que vous faites afin d'y trouver de l'agrément et de vouloir vous y consacrer



longtemps. En tant que médecin, nos sujets de recherche sont inspirés de besoins cliniques non comblés. Il faut croire fermement que si vous ne vous penchez pas sur le problème, il se peut que personne d'autre ne le fasse. Les collaborateurs sont essentiels à la réussite puisque même le plus talentueux des chercheurs ne possède pas toute l'expertise requise. Enfin, l'amélioration des soins offerts aux patients devrait toujours être au cœur de nos activités de recherche.

Vous avez constitué le Groupe de recherche en rhumatologie

et maladies osseuses qui est devenu le catalyseur d'un programme de recherche fécond combinant des activités de recherche novatrices en laboratoire, des essais cliniques et d'importantes études de cohortes. Vous êtes aussi cochercheur principal dans l'Étude canadienne multicentrique sur l'ostéoporose (CaMos). Quelles avancées importantes votre recherche vous a-t-elle permis de réaliser?

La plus importante a été la découverte, en 2001, du premier et du seul gène connu à ce jour associé à la maladie osseuse de Paget sur le chromosome 5q35-tel (mutation récurrente du gène qui code le séquestosome-1 [SQSTM1/p62]). Les coûts faramineux associés à la caractérisation phénotypique de près d'un millier de sujets ont été couverts en réinvestissant les fonds obtenus grâce aux subventions de recherche clinique octroyées par l'industrie pharmaceutique. Cette découverte nous a permis de recruter une jeune chercheuse, la Dr^{re} Laëtitia Michou, qui est maintenant à la tête de notre programme de recherche sur la génétique de la maladie osseuse de Paget et sur de rares maladies génétiques des os.

Je suis très fier de notre étude de cohorte épidémiologique CaMos et du programme Reconnaître l'ostéoporose et ses conséquences au Québec (ROCQ), qui a permis de ramener un jeune chercheur estimé dans notre unité, le Dr Louis Bessette. Les deux études ont fourni des données épidé-

miologiques uniques sur l'ostéoporose, puisqu'elles ont permis de définir les fractures de fragilisation, les fractures vertébrales cliniquement importantes, la morbidité et la mortalité de même que les coûts associés à cette maladie débilante.

Tout cela a été rendu possible grâce au travail acharné et dévoué de notre talentueux personnel infirmier en recherche clinique, de notre gestionnaire et de notre adjointe administrative qui ont géré la complexité grandissante des procédures de fonctionnement usuelles en matière de recherche clinique.

Y a-t-il d'autres domaines d'intérêt que vous voudriez approfondir un jour? Quels projets entreprendrez-vous dans un avenir proche?

Au cours des dernières années, j'ai effectué de la recherche sur les causes des fractures atypiques du fémur (FAF), un effet indésirable très rare, mais grave qui survient chez les patients recevant des bisphosphonates pendant une longue période pour traiter l'ostéoporose. Il s'agit de fractures « par insuffisance » ou « de fatigue » associées à une altération des propriétés du tissu osseux. En parallèle, j'ai découvert une famille dont les adultes étaient sujets aux FAF spontanées. Nous étudions actuellement les facteurs génétiques en cause dans l'espoir de trouver des marqueurs génétiques qui pourraient être utilisés pour cibler les patients qui risquent de subir ce genre de fractures lorsqu'ils reçoivent des bisphosphonates.

Quelle est l'incidence de votre recherche sur les soins cliniques aux patients? Que pouvez-vous transposer du laboratoire de recherche à la salle d'examen?

Le dépistage précoce de la maladie de Paget et du risque de FAF chez les patients améliorera grandement les soins cliniques. Notre recherche épidémiologique a contribué à approfondir nos connaissances quant aux processus pathologiques et à la prise en charge clinique de l'ostéoporose et des fractures qui y sont associées.

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

Le plus satisfaisant est de contribuer à la formidable croissance de nos connaissances sur divers processus pathologiques rhumatismaux, de collaborer au développement de nombreuses nouvelles options thérapeutiques qui améliorent les soins aux patients et de recevoir la reconnaissance de nos patients en retour.

L'aspect le plus difficile a été de ne pas réussir, en quelque sorte, à faire progresser l'ostéoporose et les maladies méta-



Le Dr Jacques Brown recevant son prix des mains des D^{res} Joanne Homik et Laëtitia Michou.

boliques des os dans l'échelle des priorités des organismes de financement et des acteurs du secteur de la santé.

Si vous vous retrouviez sur une île déserte, quel livre aimeriez-vous avoir?

La Bible, puisque je suis catholique pratiquant. J'aimerais également relire *Le parrain*, de Mario Puzo, qui illustre les conséquences délétères de l'expression « la fin justifie les moyens », une chose qu'il faut toujours garder en tête lorsque l'on mène une carrière brillante dans un milieu très concurrentiel!

On vous offre un billet d'avion pour la destination de votre choix. Quelle serait-elle?

J'irais en Écosse avec ma famille pour visiter la terre natale de nos ancêtres.

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

Il n'est pas essentiel de mener une carrière universitaire pour exceller dans la pratique de la rhumatologie, mais si vous êtes passionné et travaillez dur, il s'agit du parcours le plus facile pour parvenir à l'excellence.

Envisagez-vous la retraite? Que feriez-vous si vous n'étiez pas rhumatologue?

Je songe à prendre ma retraite d'ici cinq ans. J'aurais adoré être pilote d'avion.

Jacques Brown, M.D., FRCPC
Professeur de clinique, Département de médecine, Université Laval
Rhumatologue, CHU de Québec-Université Laval
Ville de Québec (Québec)

Prix du formateur d'enseignants : Dr David Robinson

Selon vous, quelles sont les qualités d'un bon pédagogue? Dans quelles mesures possédez-vous ces qualités?

Un bon pédagogue possède de vastes connaissances, éprouve une passion contagieuse pour son sujet, sait faire preuve de souplesse, s'exprime avec clarté, comprend ses étudiants et s'intéresse à eux. Dans quelle mesure je possède ces qualités? Mystère...

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

Je me souviens de plusieurs professeurs, mais c'est mon épouse, Enid Brown, qui m'a le plus marqué. Elle était l'une des enseignantes les plus respectées à l'Université de Winnipeg. C'est à elle que j'ai emprunté le « style d'enseignement » que je conserve encore aujourd'hui. Elle avait le don de simplifier les choses complexes et d'inspirer ses étudiants.

En plus de votre rôle d'enseignant clinique, vous avez occupé un certain nombre de postes dans le domaine de l'enseignement, y compris ceux de directeur de programme pendant 10 ans et de directeur médical du programme de premier cycle en rhumatologie à l'Université du Manitoba pendant plus de 15 ans. De votre point de vue, la nature de l'enseignement médical a-t-elle changé?

Oh oui! Qu'on le veuille ou non, l'enseignement supérieur, d'abord fondé sur l'apprentissage, est devenu beaucoup plus « professionnel », avec le resserrement des normes d'agrément, l'élaboration de CanMEDS et les restrictions touchant les heures de travail, sans compter les nombreux changements à venir touchant les programmes basés sur les



compétences. L'enseignement de premier cycle, autrefois axé sur les cours magistraux et la prise de notes, a évolué vers l'autoapprentissage et l'accès au matériel en ligne. La plupart des étudiants en médecine optent maintenant pour un apprentissage rapide en ligne au lieu d'assister aux cours magistraux. Il faut s'adapter ou périr!

Vous faites preuve d'un grand intérêt pour les maladies rhumatismales chez les Premières Nations et participez à des cliniques itinérantes qui leur sont destinées au Manitoba. Qu'est-ce qui

distingue le tableau clinique et l'épidémiologie des maladies rhumatismales chez les Premières Nations?

Chez les Premières Nations, la biologie des maladies rhumatismales, en particulier de la polyarthrite rhumatoïde, est unique, notamment de par les aspects génétiques particuliers, le jeune âge lors de la visite initiale, les titres élevés d'autoanticorps et la prédilection pour les grosses articulations. En 2017, ces difficultés peuvent être facilement surmontées grâce aux médicaments actuels. Malheureusement, en raison de la situation géographique de ces patients, des déterminants sociaux de la santé et des relations complexes qui existent entre les Premières Nations et le système de soins de santé, nous sommes encore témoins de l'histoire naturelle de ces maladies et des dommages qu'elles infligent. C'est très gratifiant d'apporter de l'aide à ces communautés.

On entend fréquemment parler des inégalités dont sont victimes les groupes des Premières Nations sur le plan de l'accès à des soins de santé de qualité. Qu'est-ce qui explique qu'il existe toujours une telle lacune et quelles mesures devraient être

prises (par le gouvernement et les dirigeants) pour y remédier?

Les lacunes dans les soins persistent en raison de la situation géographique de ces groupes, des déterminants sociaux de la santé et de la privation historique des droits des Premières Nations. Les cliniques itinérantes peuvent certainement contribuer à pallier ces lacunes. Dans les communautés que je visite, tous ceux qui désirent obtenir des soins peuvent en recevoir, bien que bon nombre des patients aient des priorités de vie concurrentes. Il existe toujours d'importantes carences, notamment en ce qui touche l'accès à la physiothérapie. Le dialogue que l'ACR a établi avec les responsables du programme fédéral Services de santé non assurés (SSNA) a bel et bien facilité l'accès des patients atteints de maladies rhumatismales aux médicaments. Toutefois, les provinces et le gouvernement fédéral doivent surmonter plusieurs autres obstacles juridiques. Seul un financement adéquat de l'éducation des communautés des Premières Nations permettra d'apporter des solutions à long terme. Il faudra au moins une génération pour éliminer les lacunes.

Qu'aimez-vous le plus de votre vie et de votre travail au Manitoba?

Mes collègues formidables et mon travail fascinant. Les liens familiaux. La ville de Winnipeg n'est ni trop grosse ni trop petite. Les étés exceptionnels. La proximité de notre maison de campagne et le fait que les prix du marché nous ont permis de nous l'offrir.

En tant qu'enseignant et formateur respecté, que conseillez-vous aux futurs rhumatologues?

Trouvez un mentor... voire deux. Soyez prêts à explorer des environnements professionnels moins connus (comme Winnipeg...). Spécialisez-vous dans un domaine, même si ce domaine ne compte que pour un faible pourcentage de votre



Les D^{rs} Joanne Homik et Cory Baillie remettant son prix au D^r David Robinson.

pratique. Votre travail n'en sera que plus gratifiant. Amusez-vous. La rhumatologie est une spécialité extraordinaire.

Si vous vous retrouviez sur une île déserte, quel livre aimeriez-vous avoir?

« La construction de radeaux pour les nuls ».

Lequel de vos talents est mal employé dans le cadre de votre travail?

Le monologue comique. Personne ne semble comprendre mes blagues.

Si vous aviez une heure de temps libre par jour, comment l'utiliseriez-vous?

À faire de l'exercice. Ou à boire le reste de la bouteille de vin.

*David Robinson, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeur agrégé, Département de médecine
Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba)*

BIENVENUE EN RHUMATO

C'est avec plaisir que nous accueillons les nouveaux membres suivants :

Nouf Alhammadi, Toronto (Ont.)

Adam Amlani, Calgary (Alb.)

Sibel Zehra Aydin, Ottawa (Ont.)

Pul King Chiang, Toronto (Ont.)

Jean-Philippe Deslauriers, Sherbrooke (Qc)

Georgina Tiller, Vancouver (C.-B.)

Paul Tsoukas, Pittsburgh (Penns.)

Brett Toombs, Montréal (Qc)

La SCR est heureuse d'annoncer que son Assemblée scientifique annuelle (ASA) ainsi que l'Assemblée annuelle de l'Association des professionnels de la santé pour l'arthrite (APSA) de 2018 auront lieu à Vancouver, en Colombie-Britannique. Veuillez consulter le site Web rheum.ca pour plus de détails.

Prix du jeune chercheur : Dr Vinod Chandran

Qu'est-ce qui vous a incité/ inspiré à devenir rhumatologue et clinicien chercheur?

J'ai terminé ma formation en immunologie et rhumatologie cliniques au début des années 2000, en Inde. À cette époque, la rhumatologie était une spécialité émergente. Elle était considérée comme une sous-spécialité naturelle pour ceux qui envisageaient de suivre une formation avancée en médecine interne et qui désiraient traiter des maladies générales complexes et parfois obscures. J'ai donc présenté une demande qui a été acceptée dans le seul centre en Inde offrant ce type de formation.

À l'Institut des sciences médicales Sanjay Gandhi de Lucknow, l'enseignement était structuré de façon à nous laisser suffisamment de temps pour réfléchir à nos cas, pour effectuer des travaux de recherche translationnelle et pour collaborer étroitement avec les chercheurs en sciences fondamentales et les étudiants au doctorat en immunologie. Les immunologistes nous enseignaient les notions fondamentales de leur science et, en retour, nous leur démontrions la pertinence clinique de leurs recherches. J'ai aussi passé un an à faire de la recherche en laboratoire. C'est ce qui a pavé la voie à ma carrière de chercheur translationnel. Par la suite, ma bourse de recherche et ma formation doctorale à l'Université de Toronto m'ont amené à devenir chercheur clinicien indépendant en recherche translationnelle dans mon domaine de prédilection, la spondylarthrite et les maladies connexes.

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

Erreur administrative! Mieux vaut attendre quelques jours avant d'en parler...



L'un des aspects de votre recherche actuelle est axé sur la mise au point d'un outil basé sur des biomarqueurs solubles qui permettra de faire le dépistage de l'arthrite psoriasique (une forme d'arthrite inflammatoire potentiellement invalidante) et d'en déterminer le pronostic. Quelles sont les répercussions cliniques potentielles de votre recherche? Comment pourrait-elle changer la perception d'un tel diagnostic?

Il existe une grande part de subjectivité dans le diagnostic et l'évaluation des spondylarthrites, y compris l'arthrite psoriasique. Il est souvent impossible de confirmer qu'un patient vu en clinique est bel et bien atteint de la maladie ou de déterminer s'il s'agit d'une forme évolutive de la maladie qui exigerait une intensification du traitement. Je crois que des biomarqueurs valides et fiables donneront de l'assurance aux cliniciens en ce qui concerne le diagnostic et l'évaluation de l'arthrite psoriasique, ce qui améliorera les soins offerts aux patients atteints de cette maladie hétérogène.

Dans vos recherches, de quelle réalisation êtes-vous le plus fier jusqu'à maintenant?

L'identification de biomarqueurs solubles reconnus grâce à l'analyse protéomique du liquide synovial et à l'examen de biopsies cutanées provenant de patients atteints de maladie psoriasique.

Vous avez publié 144 articles de revue, 2 livres et 7 chapitres de livres et obtenu un indice H de 32, vos travaux sur la génétique, les critères de classification et les biomarqueurs solubles étant les

plus cités. Quelle a été l'incidence de vos recherches sur l'environnement international et canadien de la recherche en rhumatologie?

Il est encore tôt pour se prononcer, mais ma recherche actuelle a ouvert de nouvelles avenues pour la découverte de biomarqueurs et se veut un complément aux études sur la génomique, la transcriptomique et la métabolomique dans le domaine des maladies psoriasiques. Parallèlement, ma recherche a aussi permis de découvrir de nouvelles cibles médicamenteuses possibles, de meilleures méthodes d'évaluation et de traitement ainsi que des obstacles au diagnostic de l'arthrite psoriasique et à l'orientation des patients touchés. Éventuellement, elle permettra d'améliorer les résultats chez les patients atteints de maladies psoriasiques.

On vous offre un billet d'avion pour la destination de votre choix. Quelle serait-elle?

Un billet ne suffira pas (il m'en faudrait deux) et je m'en volerais vers le Bhoutan, le pays du dragon du tonnerre, le dernier Shangri-La...

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

À lire de la non-fiction.

Quels conseils donneriez-vous à un étudiant qui songe à devenir chercheur dans le domaine des maladies rhumatismales?

Les maladies rhumatismales sont répandues et ont d'importantes répercussions négatives chez une vaste proportion de patients au Canada et ailleurs dans le monde. Il existe un certain nombre de besoins non comblés dans les soins destinés aux patients atteints de ces maladies. Si une personne souhaite passionnément améliorer la vie d'un grand nombre de patients, des occasions exceptionnelles s'offrent à elle en raison des récentes avancées dans les domaines de la technologie et des méthodes scientifiques. Ultiment, la recherche sur les maladies rhumatismales se révélera extrêmement satisfaisante.



Le Dr Vinod Chandran recevant son prix des mains des D^{res} Heather McDonald-Blumer, Dafna Gladman et Joanne Homik.

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

Le prix Siminovitch-Salter que j'ai remporté pour ma thèse de doctorat et le Prix du jeune chercheur que m'a décerné la SCR sont les moments forts de ma formation et de ma carrière jusqu'à maintenant. Mon premier défi a été de trouver ma propre voie indépendante dans l'environnement actuel, qui est hautement concurrentiel. Le soutien d'un mentor et la découverte d'avenues de recherche uniques grâce au réseautage et à des collaborations qui vont au-delà de mes champs de compétence en rhumatologie, en immunologie et en génétique m'aideront à faire face à mes défis actuels.

Qu'aimez-vous le plus du fait de vivre à Toronto?

Étant une personne introvertie, j'adore l'anonymat que procure la vie dans une grande ville animée. Il est fascinant de découvrir la diversité de la race et de l'âme humaines dans une zone de quelques kilomètres carrés!

*Vinod Chandran, MB, BS, M.D.
Professeur adjoint de médecine,
Division de rhumatologie
Université de Toronto
Médecin traitant, Division de rhumatologie
Toronto Western Hospital, Toronto (Ontario)*



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 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.



XELJANZ, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada inc., licencié
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada inc., licencié
© 2017 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5

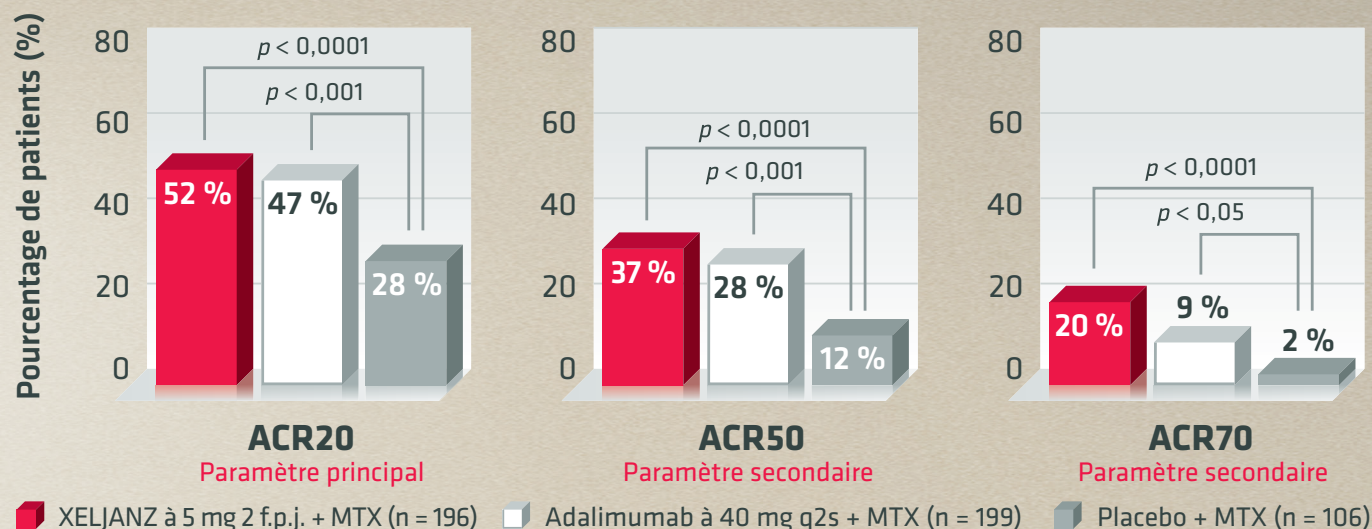
CA0116T0F024F

Efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

Réduction significativement plus marquée des symptômes démontrée chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX après 6 mois, comparativement au groupe placebo + MTX (comme l'indiquaient les taux de réponse ACR)^{1*}.

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

Taux de réponse ACR après 6 mois



Amélioration significativement supérieure de la capacité fonctionnelle observée chez les patients traités par XELJANZ + MTX après 3 mois, comparativement au groupe placebo + MTX (comme l'indiquaient les diminutions des scores HAQ-DI)^{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 et aux patients diabétiques en raison du risque accru d'infections graves.
- 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://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> 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.



Le bouchon du flacon de XELJANZ a reçu la mention « Facile d'emploi » de La Société de l'arthrite^{2†}.



Programme de soutien complet qui aide vos patients à prendre en charge leur traitement par XELJANZ.

Pour en apprendre davantage sur XELJANZ et le programme eXel, visitez le site XELJANZ.ca.

Références : 1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ, 15 septembre 2015. 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) en plus du MTX. 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.

XELJANZ^{MD}
(citrate de tofacitinib)

Prix Réflexion sur la pratique 2017

Par Sahil Koppikar, M.D. et Henry Averbs, MB, ChB, FRCP (UK), FRCPC

Colauréats de la bourse Or

Sahil Koppikar, M.D. et

Henry Averbs, MB, ChB, FRCP (UK), FRCPC

Nous aimerions remercier la SCR pour ce prix et pour l'importance qu'elle accorde à la réflexion sur la pratique en vue d'améliorer les soins dispensés aux patients. Bien que la vérification de dossiers cliniques soit pratique courante dans de nombreux pays, cette vérification ne fait pas partie des activités actuellement exigées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). La SCR a récemment reconnu qu'une profession autoréglémentée devait démontrer clairement son engagement en faveur de la réflexion sur la pratique et de l'évolution de la pratique, et cela a mené à la mise en œuvre de divers programmes de formation médicale continue axés sur l'auto-évaluation, la SCR voulant établir une bibliothèque de projets. Cependant, nous ignorons toujours combien de rhumatologues canadiens participent vraiment à des programmes d'autoréflexion.

Nous avons d'abord cherché à déterminer ce que les rhumatologues pensaient de la vérification des dossiers cliniques. Un sondage anonyme mené dans l'est de l'Ontario a révélé qu'un seul rhumatologue avait intégré la réflexion sur la pratique dans sa pratique. Bien que tous les rhumatologues reconnaissent que la vérification des dossiers cliniques pourrait améliorer les soins aux patients et permettre d'atteindre la norme en matière de soins, le manque de temps, les pénuries de personnel et le manque d'expérience dans la conduite de telles vérifications ont été mentionnés comme des obstacles majeurs à la mise en œuvre de cette pratique.

Nous avons donc conçu un outil de vérification pouvant facilement s'appliquer à grande échelle, pour aider les cliniciens qui étaient moins à l'aise avec ce processus. Dix membres de l'Eastern Ontario Rheumatology Association (EORA) ont participé à une vérification des dossiers cliniques portant sur la bonne posologie de l'hydroxychloroquine (HCQ) et sur le dépistage de la toxicité. Dans le cadre de ce projet, des formulaires de dépistage et un questionnaire à remplir durant les visites avec les patients ont été envoyés à toutes les cliniques participantes, et chacune a été informée des normes de vérification à suivre. Chaque formulaire n'a nécessité que 30 secondes supplémentaires avec le patient. Ayant observé que les rhumatologues prescrivaient régulièrement en deçà des normes recommandées, nous avons mené une simple intervention qui a consisté à fournir à chaque clinique des tableaux posologiques pour



Les Drs Averbs et Koppikar, colauréats de la bourse Or du prix Réflexion sur la pratique, prennent la pose avec le Dr Christopher Penney.

l'HCQ pouvant facilement être utilisés lors des consultations. Selon les commentaires obtenus, cette vérification a été bénéfique, car elle a permis d'améliorer les habitudes de prescription pour d'atteindre la norme de soins. Les rhumatologues se sont également dits prêts à envisager d'autres programmes d'auto-évaluation dans l'avenir.

Il ne fait aucun doute que les rhumatologues reconnaissent l'importance de la réflexion sur la pratique. La présentation aux cliniciens de normes et de formulaires de vérification, ainsi que de lignes directrices sur cette pratique, permettra d'éliminer les obstacles et favorisera la mise en œuvre étendue de programmes de réflexion, et ce, d'une manière simple et rentable. Quant à moi qui suis stagiaire, ce projet a permis de m'inculquer tôt une culture de la réflexion que je maintiendrai tout au long de ma carrière.

Nous aimerions remercier l'EORA et tous les participants, notamment les Drs Davis, Doris, Karsh, Kraag, Liu, Midzic, Purvis, Schellenberg et Thomson.

*Sahil Koppikar, M.D.
Résident en rhumatologie,
Université de Toronto
Toronto (Ontario)*

*Henry Averbs, MB, ChB, FRCP (UK), FRCPC
Rhumatologue consultant
Président, Association ontarienne de rhumatologie
Kingston (Ontario)*

RheumJeopardy! 2017

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

La ludification est devenue un thème très présent dans l'enseignement de la médecine. Le jeu *RheumJeopardy!* a fait ses débuts lors de l'ASA de la SCR qui s'est tenue à Lake Louise en 2016. Inspirée du populaire jeu télévisé animé par Alex Trebek, un Canadien expatrié, la première édition de *RheumJeopardy!* a été marquée par un combat entre deux équipes, celle des plus âgés dirigée par le Dr Geezer et celle des plus jeunes du Dr Young. J'ai animé ce jeu avec l'aide des Drs Evelyn Sutton et Chris Penney.

Au cours de l'été 2016, j'ai eu l'occasion d'examiner les évaluations formulées par les participants. Leurs commentaires étaient dans l'ensemble favorables, bien qu'un certain nombre de questions valables aient été soulevées, notamment la nécessité de se concentrer plus sur la rhumatologie et moins sur les rhumatologues et d'inclure davantage de questions en français et de questions sur les activités paraprofessionnelles des rhumatologues. Lorsque j'ai été invité à animer de nouveau le jeu *RheumJeopardy!* à l'ASA de la SCR de 2017, j'ai saisi l'occasion de prendre en compte les modifications proposées.

L'activité s'est déroulée à Ottawa, en un froid vendredi après-midi. Le Dr Tom Appleton a agi en qualité de maître du jeu; j'ai de nouveau animé le jeu et les capitaines d'équipe étaient les Drs Vinod Chandran (Est) et Raheem Kherani (Ouest). Afin d'équilibrer les équipes, la limite ouest de Toronto a été choisie comme ligne séparant l'Est et l'Ouest. Nous avons également inauguré un nouveau système de réponse, « *PollEverywhere* », qui a permis à tous les membres de l'auditoire de répondre aux questions. Nous tenons à remercier Mark Atkinson pour son aide technique dans la programmation de toutes les questions et réponses.

Nous avons remarqué que les capitaines d'équipe avaient un penchant pour les questions valant plus de points. Les questions étaient réparties entre les catégories suivantes: « *What's in a Name* » (Un nom qui en dit long), « *Rheumatology Places* » (Les places en rhumatologie), « *Celebrity Rheumatology* » (Les vedettes de la rhumatologie), « *Rheumatology Potpourri* » (Pot-pourri sur la rhumatologie), « *Osteoarthritis* » (Arthrose) et « *Mixed Bag* » (Divers).

La lutte a été très serrée pendant toute la durée du jeu. Les participants connaissaient bien les aspects en sillons et sandwich; ils ignoraient en revanche les noms de Celebrex (célécoxib) et de Xeljanz (tofacitinib) avant la commercialisation de ces produits. La signification des acronymes d'études telles que DESIR et AMBITION a également posé certaines difficultés. Nous avons aussi appris que Bursa était une ville de Turquie et que DISH désignait une ville du Texas (en l'honneur de la compagnie d'antennes paraboliques, et non l'hyperostose squelettique idiopathique diffuse). Le comédien qui jouait le rôle de Darth Vader (David Prowse, et non James Earl Jones) était atteint d'arthrite juvénile idiopathique, alors qu'Harold Ramis, l'un des membres



Le Dr Baer, notre rédacteur en chef, a organisé et animé le jeu *RheumJeopardy!* 2017.

de l'équipe de *S.O.S. Fantômes*, est mort d'une vascularite. L'effet protecteur de l'antigène HLA-B27 contre l'infection par le VIH était peu connu des deux équipes. Les traitements de l'arthrose ont aussi posé des difficultés, aucune des deux équipes ne croyant à l'utilité du traitement par l'ozone intra-articulaire (Résumé 311 de l'ACR 2015), tandis que les bienfaits du méthotrexate et de la spironolactone étaient appuyés par certaines données, mais non ceux des chaussures de décharge. La pachydermodactylie s'est révélée un élément de diagnostic visuel trop facile pour cet auditoire, mais le « biomimétisme » (essais non approuvés de fabriquer des biosimilaires) était un concept nouveau. Enfin, l'utilisation de la température cutanée au-dessus des articulations comme prédicteur des lésions radiologiques dans les cas de polyarthrite rhumatoïde était manifestement un concept inconnu. Comme l'ont indiqué les auteurs de cette étude (ACR 2016; 68(8): 1201-05), cette technique pourrait être utilisée de « l'Ouganda à l'Uruguay », le Canada en étant semble-t-il exclu!

Après s'être livrée une chaude lutte pendant une heure, les deux équipes ont eu à répondre à la question finale de *RheumJeopardy!*; l'équipe de l'Est menait alors avec 8 200 points, contre 6 800 pour l'Ouest. Les deux équipes ont risqué le tout pour le tout sur cette dernière question portant sur les « Loisirs de rhumatologues canadiens ». Comme la question portait sur l'observation d'oiseaux, les deux équipes ont deviné qu'il s'agissait du Dr Nigil Haroon (www.nigilharoonphotography.com/nature/birds). L'équipe de l'Est est donc sortie gagnante, avec un score final de 16 400, contre 13 600 pour l'Ouest.

Nous attendons les évaluations, mais nous pourrions être de retour pour une autre édition de *RheumJeopardy!* à Vancouver, lors de l'ASA 2018 de la SCR.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Rédacteur en chef, JSCR, Scarborough (Ontario)

DPC pour rhumatologues débordés : Le secret d'une bonne trilogie? Optimiser l'apprentissage et cumuler des crédits pour le programme de MDC

Par Raheem B. Kherani, B. Sc. Phm., M.D., FRCPC, MHPE;
Jerry M. Maniate, M.D., M. Éd., FRCPC; et Craig M. Campbell, M.D., FRCPC

Section 1

Vous vous souvenez des séances auxquelles vous avez assisté lors de l'ASA de la SCR en 2017 à Ottawa? Si on repense aux derniers mois, vous avez eu l'occasion de rencontrer vos confrères et consœurs en février, et vous avez même eu la chance de patiner sur le canal pendant les festivités du Bal de Neige! L'exposé d'ouverture du Dr Jonathon Fowles sur le thème « L'exercice : un médicament » était intéressant, car il expliquait quoi faire pour aider les patients à progresser encore davantage grâce à l'exercice physique. Vous aviez alors pensé au fait que vous aviez souvent suggéré à vos patients de faire de l'exercice, mais qu'ils vous avaient répondu que c'était trop difficile ou qu'ils n'avaient pas assez de temps. À la suite de ces réflexions, vous avez peut-être tenté de vous inscrire à l'atelier du Dr Fowles afin d'en apprendre davantage sur les moyens pratiques de prescrire des exercices à vos patients. Toutes ces activités d'apprentissage sont admissibles à des crédits de la section 1 du programme de MDC (www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/moc-program/moc-framework-f [1 heure = 1 crédit]).

Section 2

Pendant les mois qui ont suivi l'ASA, vous avez vu dans votre pratique clinique plusieurs patients pour lesquels des exercices simples seraient bénéfiques. Vos échanges avec ces patients vous ont peut-être incité à vous demander quels outils ou stratégies spécifiques sont efficaces pour encourager les patients à se mettre à l'activité physique. Dans le cadre de ce projet d'apprentissage, vous avez peut-être consulté le site Web *L'exercice : un médicament* (<http://exercisemedicine.org/canada/>) et certains des outils destinés aux patients (stratégies particulières pour prescrire de l'exercice physique, documents à remettre aux patients et vidéos pour leur apprendre à effectuer des exercices simples à l'aide d'une bande élastique). À partir de ces ressources, vous avez décidé comment utiliser ces outils avec les patients pour lesquels l'exercice serait bénéfique. Il s'agit d'un projet d'apprentissage personnel qui est admissible à des crédits de la section 2 du programme de MDC (www.royalcollege.ca/

[rcsite/cpd/moc-program/moc-framework-f](http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/moc-program/moc-framework-f) [1 heure = 2 crédits]). Attendez, ce n'est pas tout...

Section 3

À la fin d'une journée chargée à la clinique, vous vous demandez si le fait de prescrire de l'exercice physique aide les patients? Il existe des données probantes démontrant que l'exercice aide indubitablement les patients. Mais les questions que vous vous posez sont les suivantes : est-ce que cela aide mes patients? Puis-je aider d'autres patients dans le même cas? Cela vous motive à étudier la question par une vérification des dossiers médicaux. Après avoir lu les lignes directrices du Collège royal sur l'élaboration des activités de vérification clinique (www.royalcollege.ca/rcsite/documents/continuing-professional-development/clinical-audit-guidelines-f.pdf), vous décidez d'examiner les dossiers des 10 derniers patients auxquels vous avez prescrit des exercices afin de déterminer dans quelle mesure cette prescription a permis d'améliorer leur état fonctionnel (en fonction du score à l'évaluation globale du patient ou au questionnaire d'évaluation de l'état de santé [HAQ] trois mois plus tard). Certains patients n'ont pas fait de commentaires sur les bienfaits ressentis, ou du moins vous ne l'avez pas noté dans leur dossier médical. D'autres ont signalé une amélioration de 20 à 30 points de leur score à l'évaluation globale du patient (sur 100)! Vous passez en revue ces observations avec un collègue, qui vous donne son avis et vous aide à déterminer à quel point le fait de prescrire de l'exercice aide vos patients à l'heure actuelle, et comment rendre ces prescriptions encore plus efficaces. Le temps consacré à cette vérification des dossiers cliniques, qui comprend une période de réflexion et d'échange d'idées avec un collègue, est admissible à des crédits de la section 3 du programme de MDC (1 heure = 3 crédits).

Avec du recul, toutes ces activités d'apprentissage ont découlé de la séance d'ouverture d'une heure à laquelle vous avez assisté à Ottawa en février et ont permis d'améliorer les soins que reçoivent vos patients.

L'apprentissage séquentiel à l'aide de multiples activités des différentes sections du programme de MDC aide à faire passer les connaissances de la théorie à la pratique, tout en évaluant leurs répercussions sur les résultats des patients. Nous avons tous des vies bien remplies, tant sur le plan personnel que professionnel. Aucun doute, cette séance de formation unique peut se traduire par une bonne trilogie, non seulement pour votre participation au programme de MDC, mais aussi pour votre perfectionnement personnel et pour l'amélioration des soins que vous offrez à vos patients. Si vous avez d'autres questions sur le programme de MDC, veuillez consulter les pages du site Web du Collège royal consacrées aux activités de DPC (www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/moc-program/cpd-activities-can-record-f) ainsi que la rubrique Foire aux questions. Si vous avez des anecdotes ou des conseils à partager, veuillez communiquer par courriel avec Claire McGowan à claire@rheum.ca.

Remerciement : Au Dr Barry Koehler (ancien président de la SCR), pour la discussion qui a abouti à cet article, juste après l'ASA de la SCR de 2017.

*Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm.), M.D., FRCPC, MHPE
Président du Comité de l'éducation de la SCR
Professeur adjoint d'enseignement clinique,
Université de la Colombie-Britannique
Directeur médical, The Arthritis Program
GF Strong Rehabilitation Centre, Vancouver (C.-B.)
Rhumatologue, West Coast Rheumatology Associates
Richmond (Colombie-Britannique)*

*Jerry M. Maniate, M.D., M. Éd., FRCPC
Chef, Éducation médicale, recherche et bourses d'études en médecine, St. Joseph's Health Centre
Directeur adjoint des chercheurs, Wilson Centre,
Université de Toronto, Toronto (Ontario)*

*Craig M. Campbell, M.D., FRCPC
Directeur, Développement professionnel continu,
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Ottawa (Ontario)*

Études autochtones (Suite de la page 3)

Le point culminant de la formation était la participation à un atelier spécial à l'ASA de 2017 de la SCR, intitulé « Trouver un terrain d'entente : Communiquer avec vos patients autochtones ». Cet atelier était dirigé par le Dr Lynden Crowshoe, auteur de l'article sur le diabète publié dans le CMAJ (mentionné ci-dessus). Le Dr Crowshoe est également membre de la Première Nation Piikani, médecin de famille et professeur agrégé au Département de médecine familiale de la Faculté de médecine Cummin, à l'Université de Calgary. L'atelier mettait en vedette deux acteurs qui jouaient le rôle de patients, et plusieurs participants ont pu interagir avec eux; par la suite, le Dr Crowshoe et le groupe ont donné des conseils sur les meilleures pratiques dans le contexte donné. L'atelier a été filmé, et la vidéo servira de ressource pour les membres de la SCR et pour l'enseignement en faculté de médecine. L'atmosphère était accueillante et non menaçante et permettait de mettre en application les apprentissages du cours dans un milieu sûr.

J'ai retiré beaucoup de connaissances de ma participation à cet exercice novateur. On peut remettre en question la pertinence d'investir dans une telle formation pour un rhumatologue chevronné dont la pratique autochtone est restreinte, mais j'ai aimé mon expérience. Ce genre d'initiative renforce la valeur d'être membre de la SCR. Je recommande fortement de suivre la formation et d'y investir le temps nécessaire si elle est offerte de nouveau par l'intermédiaire de la SCR. Les leçons

appries peuvent s'appliquer à tous les patients dont la culture est différente de la nôtre, qu'ils soient autochtones ou non.

Pour obtenir un aperçu de la formation et du programme San'Yas, vous pouvez écouter le balado « *I am a white settler: Why that matters in healthcare* » de l'émission radio de Radio-Canada *White Coat, Black Art*, animée par le Dr Brian Goldman. Le balado a été diffusé pour la première fois en décembre 2016⁶.

Traiter tous les patients de la même manière, peu importe leur culture, n'est pas nécessairement le meilleur modèle de soins.

Références :

1. Matthews R. The cultural erosion of Indigenous people in health care. CMAJ. 2017 Jan 16; 189:E78-9. doi: 10.1503/cmaj.160167
2. Andermann A, CLEAR Collaboration. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. CMAJ. 2016 Dec 6; 188(17-18):E474-83.
3. Jacklin KM, Henderson RI, Green ME, et coll. Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. CMAJ. 2017 Jan 23; 189(3):E106-12.
4. Les Compétences Essentielles en matière de santé des Inuits, des Métis et des Premières nations. Disponible en ligne : <https://afmc.ca/pdf/CoreCompetenciesFr.pdf>
5. Énoncé des valeurs et des principes en matière de santé des Autochtones. Disponible en ligne : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/health-policy/indigenous-health-values-principles-report-f.pdf>
6. « I am a white settler: Why that matters in healthcare » (balado de CBC). Disponible en ligne : <http://www.cbc.ca/radio/whitecoat/i-am-a-white-settler-why-that-matters-in-healthcare-1.3900354>

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

Traitement conservateur pour réduire les symptômes de l'arthrose de la hanche ou du genou : le programme GLA:D^{MC} Canada

Par Aileen Davis, B. Sc. Physio., Ph. D. et Rhona McGlasson, Physio., MBA

Selon le rapport intitulé *L'impact de l'arthrite au Canada : aujourd'hui et au cours des 30 prochaines années* qui a été publié par l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) en 2011, d'ici une génération, plus de 10 millions de Canadiens (soit un sur quatre) seront atteints d'arthrose, un nouveau cas d'arthrose devant être diagnostiqué toutes les 60 secondes.

L'arthrose est une maladie de l'articulation complète, dont l'évolution s'échelonne souvent sur de nombreuses années. La maladie se manifeste d'abord par des symptômes mineurs variables – pouvant inclure une enflure, une douleur ou une raideur de l'articulation – puis elle peut évoluer et causer une douleur sévère s'accompagnant de limitations physiques. Ces modifications peuvent nuire aux activités physiques de tous les jours et empêcher notamment les personnes de pratiquer leurs loisirs et de se rendre au travail. De fait, seulement 12 % des personnes atteintes d'arthrose de la hanche ou du genou respectent les exigences minimales d'activité physique prévues dans les Directives canadiennes en matière d'activité physique. La douleur et l'invalidité qui accompagnent l'arthrose entraînent non seulement une réduction de la qualité de vie, mais également une hausse significative de la mortalité toutes causes confondues et des événements cardiovasculaires graves.

L'évaluation clinique et le diagnostic des patients atteints d'arthrose de la hanche ou du genou sont difficiles en raison de l'absence de corrélation entre les symptômes et les

observations radiologiques. Ainsi, de nombreuses personnes n'éprouvent aucune douleur ni aucun problème fonctionnel malgré d'importantes anomalies à la radiographie, alors que d'autres ne présentent que des anomalies radiologiques minimes qui pourtant s'accompagnent d'une vive douleur et d'une perte de fonction. Le diagnostic et les recommandations connexes en matière de traitement doivent donc être basés sur les symptômes, les observations cliniques et les facteurs de risque, sans tenir compte des observations radiologiques. De fait, lorsque le tableau clinique indique clairement une arthrose, il arrive souvent que les radiographies ne soient pas nécessaires.

Le traitement de première intention des personnes atteintes d'arthrose consiste en un traitement conservateur devant inclure l'éducation sur la maladie, l'activité physique et le contrôle du poids. À cette fin, il existe un certain nombre d'exercices différents, dont des exercices d'aérobie et de renforcement. Les exercices neuromusculaires sont une forme d'exercices de renforcement qui visent à stabiliser l'articulation en faisant appel aux principes biomécaniques et à la rétroaction sensorimotrice. Ces exercices sont extrêmement importants pour les personnes atteintes d'arthrose de la hanche ou du genou, car ils visent à corriger les mouvements anormaux provoqués par le processus morbide. Pour bien des personnes, ce schéma thérapeutique alliant éducation, exercices et contrôle du poids suffit. Quelques-unes ont besoin de mesures de prise en charge supplémentaires et peuvent décider de prendre des médicaments par voie orale ou d'utiliser des appareils fonctionnels comme des béquilles ou des orthèses. Chez un faible pourcentage de ces personnes, la maladie continuera d'évoluer et nécessitera la consultation d'un chirurgien orthopédiste pour discuter des options chirurgicales. Comme de nombreuses recherches démontrent aujourd'hui l'efficacité limitée de la chirurgie arthroscopique du genou, l'option chirurgicale qui s'offre aux personnes atteintes d'arthrose de la hanche ou du genou est l'arthroplastie totale.

Cependant, quels que soient le stade de la maladie ou les options de prise en charge médicale, l'éducation, les exercices et le contrôle du poids doivent faire partie du traitement. Un programme mis au point au Danemark, désigné *Good Life with*



Osteoarthritis in Denmark ou GLA:D[®], vise à aider les personnes atteintes d'arthrose de la hanche ou du genou à atténuer leurs symptômes et à augmenter leurs niveaux d'activité physique. Le programme GLA:D[®] prévoit deux séances d'éducation (ou trois séances avec un participant au programme jouant le rôle de conférencier-motivateur) et 12 séances d'exercices neuromusculaires supervisés, échelonnés sur une période de 6 semaines. Ce programme est offert en groupe pour favoriser une dynamique de groupe positive et motiver les participants. Des thérapeutes agréés proposent aux participants des exercices personnalisés visant à les aider à maîtriser les mouvements de leurs articulations pour favoriser la stabilité de l'articulation et la maîtrise du tronc et des membres inférieurs. Les exercices sont basés sur des activités de tous les jours qui exigent des mouvements coordonnés des genoux et de la hanche, par exemple passer de la position assise à la position debout et monter et descendre des marches. En exécutant des exercices de contrôle musculaire dans un cadre supervisé, les participants apprennent à appliquer ces habiletés dans leurs activités de tous les jours. Il en résulte une réduction des stress anormaux qui s'exercent sur les structures articulaires, ce qui en retour se traduit par une atténuation des symptômes, une augmentation de la force de l'articulation, ainsi qu'une amélioration de la confiance quant à la stabilité de l'articulation.

Ce programme est efficace chez les personnes qui présentent des symptômes légers, modérés et graves, y compris celles en attente d'une arthroplastie. La formation sur le programme GLA:D[®] a été offerte à plus de 900 physiothérapeutes du Danemark; les données sur les résultats obtenus sont recueillies auprès des participants au début du programme, puis 3 et 12 mois après la fin du programme. Plus de 21 000 personnes ont suivi le programme normalisé, lequel a contribué à atténuer les symptômes dans une proportion de 32 %, et les gains étaient toujours présents après un an.

L'Association canadienne d'orthopédie (ACO) a introduit le programme au Canada en vertu d'un contrat de licence conclu avec les concepteurs danois du programme. Le programme est actuellement mis en place dans l'ensemble du Canada sous l'appellation « GLA:D^{MC} Canada », la formation étant offerte par l'entremise de Bone and Joint Canada (BJC), une division de transfert des connaissances de l'ACO. Conformément au contrat de licence, le contenu du programme canadien est fidèle à celui du Danemark et comprend deux (ou trois) séances éducatives, 12 séances d'exercices ainsi que la collecte de données au début, puis à 3 et 12 mois. L'ensemble du matériel a été adapté au contexte canadien.

Afin de s'assurer de l'applicabilité du programme au Canada, un projet pilote a été mené au Holland Orthopedic and Arthritic Centre du Sunnybrook Health Sciences Centre de



Toronto. Le programme a été offert à des personnes qui, après évaluation, n'étaient pas candidates à une arthroplastie totale de la hanche ou du genou et qui avaient décidé de poursuivre un traitement conservateur. Les résultats ont été comparables à ceux obtenus au Danemark, et autant les thérapeutes que les patients ont formulé des commentaires très positifs, ce qui laisse croire que le programme est approprié pour le Canada.

Le programme GLA:D^{MC} Canada a maintenant été lancé dans l'ensemble du Canada. Des séances de formation pour l'agrément des professionnels de la santé admissibles ont été offertes dans diverses régions du pays, notamment en Ontario (avec le soutien de la Fondation Trillium de l'Ontario), en Alberta (avec le soutien des Alberta Health Services) et en Colombie-Britannique (avec le soutien de la Société de l'arthrite). Le programme sera lancé dans les Prairies en juin et dans la région de l'Atlantique à l'automne 2017.

Pour plus de renseignements sur le programme ou pour connaître l'emplacement des cliniques, consulter le site [Web gladcanada.ca](http://www.gladcanada.ca); vous pouvez également adresser vos questions à Rhona McGlasson, à l'adresse rhonaamcglasson@gmail.com.

Références :

1. Alliance de l'arthrite du Canada. L'impact de l'arthrite au Canada : aujourd'hui et au cours des 30 prochaines années. 2011. Disponible en ligne : <http://www.arthritisalliance.ca/fr/>
2. Hawker GA, Croxford R, Bierman AS, et coll. All-Cause Mortality and Serious Cardiovascular Events in People with Hip and Knee Osteoarthritis: A Population Based Cohort Study. *PLoS One*. 2014; 9(3):e91286.
3. Roos EM, Arden NK. Strategie for the prevention of knee osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol*. doi: 10.1038/nrrheum.2015.135. Epub 2015 Oct 6.
4. Tremblay MS, Warburton DE, Janssen I, et coll. New Canadian physical activity guidelines. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2011 Feb; 36(1):36-46; 47-58.
5. Schieir O, Hogg-Johnson S, Glazier RH, et coll. Sex Variations in the Effects of Arthritis and Activity Limitation on First Heart Disease Event Occurrence in the Canadian General Population: Results From the Longitudinal National Population Health Survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 Jun; 68(6):811-8.
6. Skou ST, Roos EM. Good Life with osteoarthritis in Denmark (GLA:DTM): evidence-based education and supervised neuromuscular exercise delivered by certified physiotherapists nationwide. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 Feb 7; 18(1):72.

Aileen Davis, B. Sc. Physio., Ph. D.
Scientifique principale, Réseau universitaire de santé
Professeure, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Rhona McGlasson, Physio., MBA
Directrice exécutive
Bone and Joint Canada
Toronto (Ontario)

Cas de lupus complexe : une histoire déchirante

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

Cas : Une Vietnamiennne de 31 ans, qui était auparavant en bonne santé et qui a émigré au Canada il y a 10 ans (G2TA1), a donné naissance à un garçon en santé en octobre 2016 après 41 semaines + 3 jours de grossesse. Une césarienne a été nécessaire en raison de l'absence de progrès du travail malgré l'intensification du traitement par l'oxytocine. La patiente a reçu de la pénicilline avant l'accouchement à la suite d'un résultat positif au dépistage du streptocoque du groupe B; autrement, la grossesse s'est déroulée sans incident. La sœur aînée de la patiente est atteinte de lupus érythémateux disséminé (LED) et prend de la L-thyroxine pour traiter une hypothyroïdie.

Deux mois après l'accouchement, la patiente consulte son médecin de famille pour un mal de gorge et une légère éruption cutanée au visage; de l'amoxicilline est alors prescrite. Comme ses symptômes s'aggravent, elle se présente dans un hôpital communautaire local deux jours plus tard. Elle reçoit des soins de soutien (acétaminophène et dimenhydrinate) et obtient son congé avec un diagnostic de syndrome pseudogrippal. Elle retourne à l'hôpital plusieurs jours plus tard, avec une toux plus grave, une fièvre élevée, une éruption cutanée plus marquée au visage, une myalgie et une arthralgie. On l'hospitalise en raison d'une pneumonie présumée et d'un œdème des jambes qui s'aggrave; un traitement par la ceftriaxone en perfusion intraveineuse est instauré, même si les cultures de différents échantillons biologiques sont négatives. Elle reçoit son congé, mais se présente à l'hôpital universitaire plusieurs jours plus tard avec une insuffisance biventriculaire (peptide natriurétique cérébral [BNP] > 3 000 [très élevé]). Admise à l'unité de soins coronariens, elle est placée sous ventilation en pression positive à double niveau (BiPAP), reçoit de la milrinone et une transfusion sanguine et fait l'objet d'une surveillance étroite par l'équipe de transplantation cardiaque. Les services de rhumatologie et de néphrologie sont consultés en raison d'un soupçon de LED fondé sur l'aggravation aiguë de son érythème en papillon et l'altération soudaine des résultats de laboratoire, y compris une détérioration de la fonction rénale associée à un sédiment urinaire actif. La recherche d'anticorps antinucléaires est positive, celle des antigènes nucléaires extractibles (ENA), négative, et le taux d'ADN double brin, très élevé. La patiente présente également un important déficit en protéines du complément (C3/C4) et une pancytopénie (hémoglobine : 83 g/L, plaquettes : 92 000/μL, globules blancs : $1,0 \times 10^9/L$, neutrophiles : $0,5 \times 10^9/L$). La recherche des anticorps antiphospholipides (c.-à-d. anticorps anticardiolipine et anticoagulants lupiques) est négative. Une biopsie rénale révèle une néphrite proliférative diffuse (classe IV). À l'échocardiographie, on observe une fraction d'éjection (FE) du ventricule gauche de 10 à 15 %.

En plus des traitements de soutien pour son insuffisance cardiaque grave, la patiente reçoit de la méthylprednisolone en perfusion intraveineuse rapide à raison de 1 g par jour pendant 3 jours, puis de la prednisone à une dose de 1 mg/kg/jour. Après de longues discussions entre différents spécialistes pour décider s'il faut lui administrer de la cyclophosphamide ou du mofétilmycophénolate (MMF), c'est finalement le MMF qui est prescrit à raison de 1 000 mg deux fois par jour (dose ciblée de 1 500 mg deux fois par jour; poids de la patiente, 50 kg), en plus de l'hydroxychloroquine à 300 mg par jour. Compte tenu de la faible réponse au traitement de la maladie cardiaque et de la possibilité que la cardiomyopathie soit liée à son SLE aigu, on ajoute du rituximab à 1 000 mg à deux semaines d'intervalle; la première dose a été administrée dans les deux semaines suivant l'admission.

Un examen d'IRM cardiaque est effectué environ quatre semaines après l'instauration du traitement contre le LED. On n'observe alors aucun rehaussement retardé par le gadolinium ni d'infarctus, d'infiltrat ou d'anomalie valvulaire. La patiente présente un léger épanchement péricardique antérieur et une grave dilatation du ventricule gauche (FE de 22 %), mais le ventricule droit est normal. Il faut retarder les examens d'imagerie cardiaque en raison de la grande instabilité de la patiente; en effet, la tachycardie et l'insuffisance rénale sont trop importantes pour que les examens puissent être réalisés plus tôt.

Malgré un séjour à l'hôpital compliqué par de graves idées suicidaires (IRM du cerveau normale), l'état de la patiente se stabilise en l'espace de quatre semaines et un ECG de suivi révèle que la FE du ventricule gauche atteint de 30 à 35 %. Sur le plan clinique, les symptômes d'insuffisance cardiaque se sont nettement améliorés, passant à la classe II de la New York Heart Association (NYHA) après la sortie de l'hôpital et un traitement à base de carvedilol, de ramipril et de spironolactone. À l'exception des effets secondaires des stéroïdes, notamment un faciès lunaire, la patiente ne présente aucune manifestation persistante de lupus, comme un lupus cutané aigu ou chronique, une pancytopénie ou de l'arthrite. Sa fonction rénale s'est normalisée et le sédiment urinaire est redevenu inactif. Les taux de protéines du complément et d'ADN double brin sont aussi revenus à la normale.

La patiente retourne travailler à son nouveau salon de beauté dans les deux semaines suivant son congé et a continué à prendre soin de son fils de quatre mois. Elle se pose toujours des questions sur son diagnostic et sur la nécessité de prendre des médicaments à long terme; de plus, elle comprend mal la cause de sa maladie cardiaque, officiellement diagnostiquée comme une cardiomyopathie du post-partum par l'équipe de cardiologie. En revanche, les différents consultants en rhumatologie qui ont participé à ses soins ont attribué les symptômes cardiaques à son LED actif.

Ce cas complexe de LED d'apparition récente chez une jeune femme en post-partum a posé de nombreux défis aux différents consultants et stagiaires qui ont contribué aux soins; en fait, il n'est pas possible de tous les nommer dans cette édition de *Consultation de couloir*. Ces défis comprenaient les suivants : a) détermination de la cause des manifestations cardiaques; b) interventions thérapeutiques urgentes pour un LED actif comprenant des manifestations cardiaques; c) étiologie des idées suicidaires; d) limites à mener les meilleures évaluations cardiaques pendant le séjour à l'unité de soins coronariens en raison de l'instabilité de la patiente; e) manque de congruence entre les attentes de la patiente et des médecins par rapport au pronostic et aux traitements à long terme; et f) communication avec la patiente et les autres spécialistes lorsque des diagnostics particuliers étaient remis en question.

La cardiomyopathie du post-partum touche les femmes sans antécédents de maladies cardiaques dans le mois précédant l'accouchement et jusqu'à cinq mois après; près de 11 % des décès maternels peuvent y être attribués¹. Une rémission complète est attendue dans les six mois suivant l'apparition de la maladie chez environ 50 % des femmes, mais les séquelles à long terme comprennent l'insuffisance cardiaque ou le décès; une récurrence de la maladie lors d'une grossesse ultérieure est observée chez jusqu'à 50 % des femmes¹. L'étiologie de la cardiomyopathie du post-partum n'est pas claire, mais pourrait faire intervenir l'inflammation, des processus auto-immuns, l'apoptose, des infections virales, la malnutrition, des anomalies hormonales, des cytokines activées par le stress et une dysfonction endothéliale². De plus, on croit que la prolactine pourrait jouer un rôle important dans l'apparition de la maladie; la prolactine serait clivée par la cathepsine-D, produisant un stress oxydatif touchant l'endothélium, les vaisseaux cardiaques et la fonction des cardiomyocytes^{3,4}.

Dans les cas de LED, la maladie cardiaque englobe le spectre des maladies artérielles coronariennes et non coronariennes. Les maladies artérielles non coronariennes comprennent les végétations valvulaires (p. ex. syndrome de Libman-Sacks), les anticorps antiphospholipides, les maladies valvulaires, les maladies péricardiques, la myocardite et les troubles de la conduction^{5,6,7}. La myocardite lupique, la cardiomyopathie et l'insuffisance cardiaque sont rarement associées au lupus⁸. En ce qui concerne la prévalence de la myocardite lupique, il y a une divergence entre les résultats d'analyses de biopsies effectuées lors des autopsies comparativement aux diagnostics cliniques de myocardite et aux observations issues de séries de cas cliniques⁹. Si on extrapole à notre patiente, d'autres facteurs que l'inflammation du myocarde pourraient avoir joué un rôle physiopathologique déterminant en induisant une maladie qui s'apparente à une cardiomyopathie de stress^{8,10,11}.

Dans le cas présent, la patiente a fait l'objet d'interventions urgentes en raison d'une insuffisance cardiaque et d'un lupus aigu grave concomitant. Il a été impossible de procéder à une biopsie du myocarde en raison de l'instabilité clinique; au moment où la patiente aurait pu tolérer l'intervention, le traitement était déjà bien avancé et l'état de la patiente s'était amélioré. Le choix de prescrire du MMF plutôt que de la cyclophosphamide était fondé sur l'ensemble des symptômes de lupus, le jeune âge de la patiente (même si tous ont convenu qu'elle devait éviter toute grossesse ultérieure) et les préoccupations soulevées par différents collègues quant au

risque d'insuffisance cardiaque attribuable à la cyclophosphamide (bien que le risque est faible et sans doute sujet à controverse dans cette situation clinique). Les données probantes sur le traitement de la cardiomyopathie/myocardite liées au LED demeurent observationnelles et principalement basées sur des rapports de cas et des séries de cas^{12,13}.

Heureusement, la patiente s'est rétablie durant la période où l'on s'attendait à ce que ses médicaments contre le LED, y compris le rituximab, le MMF et l'hydroxychloroquine, agissent, alors qu'elle continuait aussi à prendre de la prednisone à dose modérée et des médicaments contre l'insuffisance cardiaque congestive. La résolution clinique est également survenue au cours de la période où la cardiomyopathie du post-partum s'améliore habituellement. Même si les spécialistes en rhumatologie et en cardiologie ne s'entendaient pas sur les causes de son insuffisance cardiaque, une théorie unificatrice pourrait reposer sur l'hypothèse que l'apparition aiguë du LED a été un stress suffisamment important pour déclencher la cardiomyopathie du post-partum. Toutefois, le caractère aigu des manifestations et le fait que le LED peut provoquer une insuffisance cardiaque significative sont difficiles à ignorer.

Compte tenu du fait que la morbidité et la mortalité associées à la cardiomyopathie du post-partum et à la cardiomyopathie liée au LED peuvent être importantes, la patiente a beaucoup de chance d'être actuellement sur la voie de rétablissement, puisque le pronostic était très réservé. On prévoit de continuer à suivre sa fonction cardiaque de concert avec l'équipe de cardiologie, et les évaluations à la clinique spécialisée en lupus se poursuivent. Pour améliorer le pronostic à long terme, il est essentiel de renseigner la patiente sur ses médicaments, particulièrement à la lumière des questions qu'elle a posées à la fin de son dernier rendez-vous de suivi, alors qu'elle a demandé quand elle pourrait arrêter de prendre l'hydroxychloroquine et si la possibilité d'une autre grossesse était vraiment exclue.

Références :

1. Lewey J, Haythe J. Cardiomyopathy in pregnancy. *Semin Perinatol*. 2014 Aug; 38(5):309-17.
2. Hliffiker-Kleiner D, Sliwa K. Pathophysiology and epidemiology of peripartum cardiomyopathy. *Nat Rev Cardiol*. 2014 Jun; 11(6):364-70.
3. Halkein J, Tabruyn SP, Ricke-Hoch M, et coll. MicroRNA-146a is a therapeutic target and biomarker for peripartum cardiomyopathy. *J Clin Invest*. 2013 May; 123(5):2143-54.
4. McGregor A, Barron R, Rosene-Montella K. The pregnant heart: cardiac emergencies during pregnancy. *Am J Emerg Med*. 2015 Apr; 33(4):573-9.
5. Moder KG, Miller TD, Tazelaar HD. Cardiac involvement in systemic lupus erythematosus. *Mayo Clin Proc*. 1999 Mar; 74(3):275-84.
6. Roldan CA, Shively BK, Lau CC, et coll. Systemic lupus erythematosus valve disease by transesophageal echocardiography and the role of antiphospholipid antibodies. *J Am Coll Cardiol*. 1992 Nov 1; 20(5):1127-34.
7. Mandell BF. Cardiovascular involvement in systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum*. 1987 Nov; 17(2):126-41.
8. Ishimori ML, Agarwal M, Beigel R, et coll. Systemic lupus erythematosus cardiomyopathy—a case series demonstrating a reversible form of left ventricular dysfunction. *Echocardiography*. 2014; 31(5):563-8.
9. Doherty NE, Siegel RJ. Cardiovascular manifestations of systemic lupus erythematosus. *Am Heart J*. 1985; 110:1257-65.
10. Samuels MA. The brain-heart connection. *Circulation*. 2007 Jul 3; 116(1):77-84.
11. Bybee KA, Prasad A. Stress-related cardiomyopathy syndromes. *Circulation*. 2008 Jul 22; 118(4):397-409.
12. Naarendorp M, Kerr LD, Khan AS, Ornstein MH. Dramatic improvement of left ventricular function after cytotoxic therapy in lupus patients with acute cardiomyopathy: report of 6 cases. *J Rheumatol*. 1999 Oct; 26(10):2257-60.
13. Thomas G, Cohen AF, Chiche L, et coll. Lupus Myocarditis: Initial Presentation and Longterm Outcomes in a Multicentric Series of 29 Patients. *J Rheumatol*. 2017 Jan; 44(1):24-32.

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

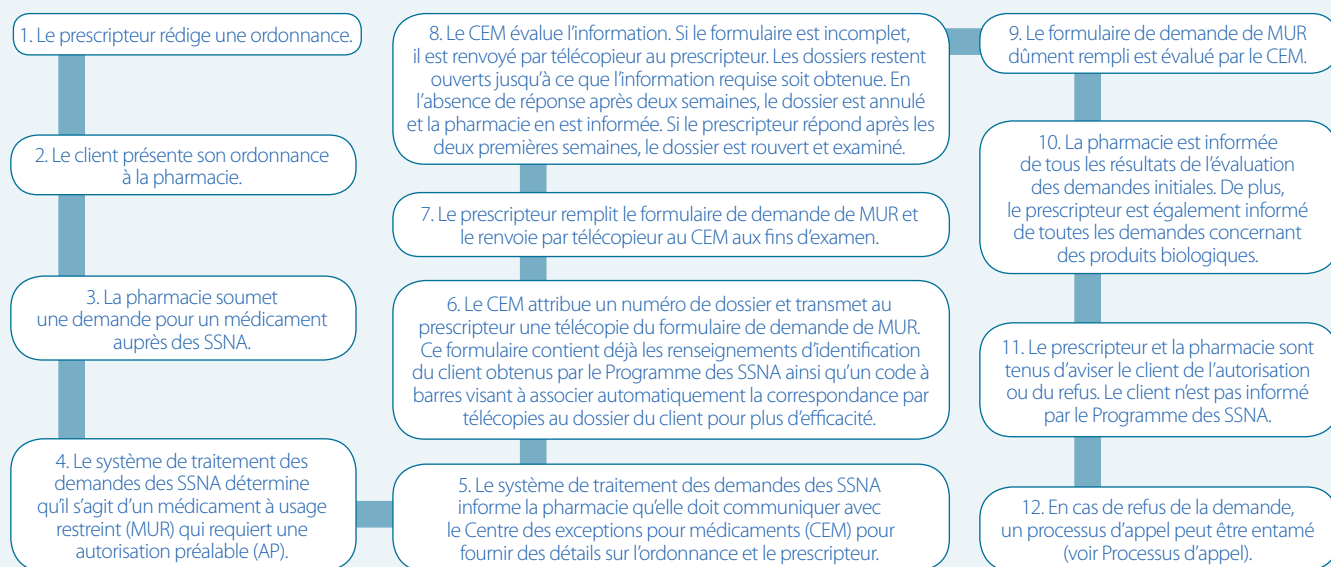
Dix choses à savoir (que les rhumatologues ignorent peut-être) sur le Programme des SSNA

Par Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC, M. Sc.; Karen Fortin, B. Sc. Phm., ACPR;
Susan Pierce, B. Sc. Phm., ACPR; Henry Aaverns, MB, ChB, FRCP (UK), FRCPC; et
David Robinson, M.D., M. Sc., FRCPC

La SCR, par l'intermédiaire du Comité pour l'optimisation des soins (anciennement Comité d'accès aux soins), entretient des relations avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada afin de s'assurer que les patients en rhumatologie couverts par le Programme des services de santé non assurés (SSNA) ont un accès équitable aux traitements nécessaires. Ces 10 points passent en revue les aspects de la couverture qui concernent les rhumatologues.

1. Le Programme des SSNA offre des prestations aux Indiens inscrits (reconnus par Affaires autochtones et du Nord Canada) ou aux Inuits reconnus par Nunavut Tunngavik Incorporated, Société régionale Inuvialuit ou Société Makivik. Il ne couvre pas les membres des Premières Nations sans droits issus de traités ni les Métis. Le Programme des SSNA agissant à titre de payeur de dernier recours, toute couverture dont les patients pourraient bénéficier par l'intermédiaire de régimes privés ou d'organismes publics provinciaux devrait être utilisée en premier.
2. Il existe cinq types de prestations couvertes par le Programme des SSNA : i) prestations en pharmacie; ii) transport médical; iii) soins de la vue, iv) soins dentaires; v) équipement médical et fournitures médicales.
3. Les SSNA se sont récemment joints à l'Alliance pan-canadienne pharmaceutique (APP) qui fournira des recommandations sur l'inscription des produits sur la liste des médicaments. En ce qui concerne les prestations en pharmacie, la liste de médicaments des SSNA est publiée chaque année et des mises à jour trimestrielles sont fournies. Les agents disponibles sont indiqués sur le site Web des SSNA : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/services-sante-non-assures-pour-premieres-nations-et-inuits.html. Le Comité pour l'optimisation des soins met régulièrement à jour les critères d'accès et de réponse sur le site Web de la SCR : rheum.ca/fr/members/non_insured_health_benefits_nihb. Les autres types de prestations figurent également sur le site Web des SSNA.
4. Les antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM, y compris les seringues préremplies de méthotrexate), les corticostéroïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et l'allopurinol sont des médicaments couverts sans restriction, qui ne requièrent aucune autorisation préalable et peuvent être délivrés en pharmacie. En ce qui concerne les médicaments à usage restreint comme les produits biologiques et les ARMM synthétiques ciblés, un processus d'autorisation préalable est en place. Une fois l'ordonnance présentée en pharmacie, une demande est envoyée et les formulaires à remplir sont ensuite transmis par télécopieur au prescripteur/médecin. Lorsque les formulaires sont renvoyés par le prescripteur, l'information qu'ils contiennent est examinée par un spécialiste en traitement des demandes, les antécédents de médicaments délivrés sont vérifiés et une décision est prise quant à l'approbation ou au refus de la demande. La Figure 1 donne un aperçu de ce processus d'approbation.
5. Pour prescrire des produits à usage restreint pour des indications en rhumatologie, le prescripteur doit être un rhumatologue. Si les critères d'usage restreint sont

Figure 1. Processus d'autorisation des SSNA pour les médicaments à usage restreint



CEM : Centre des exceptions pour médicaments

Adapté de : https://rheum.ca/images/documents/NIHB_process_for_CRA_April_2017.pdf

respectés, l'autorisation pour une période d'au moins un an est accordée. La liste de médicaments des SSNA et l'aide-mémoire de la SCR contiennent l'information la plus à jour sur les critères d'accès initiaux, mais le Tableau 1 fournit un aperçu général des critères d'usage restreint pour différentes indications.

6. Pour un renouvellement de médicaments à usage restreint, une nouvelle ordonnance est requise, ce qui relancera le processus d'autorisation. La liste de médicaments des SSNA et l'aide-mémoire de la SCR contiennent l'information la plus à jour sur les critères de renouvellement, mais le Tableau 2 fournit un aperçu général des critères d'usage restreint pour différentes indications. Un renouvellement d'un an est fourni, mais les patients qui démontrent une réponse continue au traitement sont admissibles à une autorisation allant jusqu'à cinq ans selon l'indication du produit.
7. Un processus d'appel peut être entamé quand la couverture d'une prestation est refusée. Les appels sont soumis par le client, le parent/tuteur légal ou le représentant du client. Par conséquent, certains rhumato-logues obtiennent un consentement écrit du client à

l'instauration du traitement pour agir à titre de représentants. Au premier niveau d'appel, une lettre manuscrite et signée est envoyée par la poste contenant les renseignements du client (numéro d'inscription de l'Indien/Inuit et date de naissance), le nom et l'adresse du prescripteur, la pharmacie où le médicament a été refusé, l'affection pour laquelle le médicament est prescrit, le diagnostic, le pronostic et les autres médicaments essayés, les résultats des tests diagnostiques pertinents et tout renseignement supplémentaire à l'appui comme des notes de cas. Les appels de niveau 1 sont examinés par le gestionnaire de la Division de l'élaboration des politiques sur les médicaments; les appels de niveau 2 sont examinés par le directeur de la Division de la gestion et du service de révision des prestations; les appels de niveau 3 sont examinés par le directeur général du Programme des SSNA. Les détails concernant le processus d'appel se trouvent au www.canada.ca/fr/sante-canada/services/services-sante-non-assures-pour-premieres-nations-et-inuits/services-sante-non-assures/appele-decision-cadre-programme-services-sante-non-assures-descrip

Tableau 1.

Critères d'accès initiaux

Polyarthrite rhumatoïde	Patient réfractaire au méthotrexate pris seul ou en association avec au moins deux autres ARMM pendant au moins 12 semaines. En cas de contre-indication ou d'intolérance au méthotrexate, une association d'au moins deux autres ARMM doit être essayée.
Arthrite psoriasique	En cas de maladie périphérique : <i>Au moins deux des critères suivants sont respectés</i> : au moins cinq articulations enflées, ou au moins une articulation proximale enflée par rapport au poignet ou à la cheville ou incluant le poignet ou la cheville; érosion; dactylite de deux doigts ou plus, ténosynovite ou enthésite réfractaire aux AINS oraux et aux injections (non requis pour le tendon d'Achille) + prise quotidienne de corticostéroïdes, utilisation d'opioïdes > 12 heures par jour pour une douleur associée à l'inflammation. Patient réfractaire ou intolérant aux AINS (essai de deux AINS différents pour une durée totale combinée de 4 semaines), plus à au moins deux ARMM. En cas de maladie axiale : Indice d'activité de la spondylite ankylosante de Bath (BASDAI) ≥ 4 ET patient réfractaire ou intolérant aux AINS (essai de deux AINS différents pour une durée totale combinée de 4 semaines).
Spondylite ankylosante	En cas de maladie axiale : BASDAI > 4 et patient réfractaire ou intolérant aux AINS (essai de deux AINS différents pour une durée totale combinée de 4 semaines). En cas de maladie périphérique : BASDAI > 4 et patient réfractaire ou intolérant aux AINS (essai de deux AINS différents pour une durée totale combinée de 4 semaines) et essais du méthotrexate et de la sulfasalazine (doses et durées des essais précisés dans la liste des médicaments).
Arthrite juvénile idiopathique (AJI) polyarticulaire	<i>Tous les critères suivants sont respectés</i> : au moins cinq articulations enflées, au moins trois articulations avec amplitude de mouvement limitée et/ou sensibilité/douleur, et affection réfractaire au méthotrexate.
AII systémique	Réponse inadéquate aux AINS et aux corticostéroïdes à action générale en raison d'une intolérance ou d'un manque d'efficacité du traitement.

1. [tion-service.html](#). Les appels concernant les soins de la vue, le transport médical, les fournitures et équipements médicaux, et le counseling en santé mentale sont soumis au Programme des SSNA dans la province ou le territoire de résidence du patient.
2. La couverture pour la prise en charge de l'arthrose comprend les préparations de corticostéroïdes administrées par voie intra-articulaire. Les préparations à base d'acide hyaluronique administrées par voie intra-articulaire ne sont approuvées qu'à titre d'exception pour traiter l'arthrose du genou quand d'autres traitements ont échoué. Les AINS topiques (Pennsaid à 1,5 % et préparations magistrales) sont couverts, mais un formulaire de demande de médicament à usage restreint doit être rempli. Les appareils fonctionnels (cannes, appareils orthodontiques, etc.) sont fournis sur une base limitée, et les fournisseurs doivent présenter une demande et recevoir l'autorisation avant de remettre les appareils au client.
3. Récemment, une limite relative aux équivalents des opioïdes a été mise en place dans le Programme. Les traitements analgésiques d'appoint par voie orale couverts sans restriction comprennent les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), la gabapentine, la duloxétine, les antidépresseurs tricycliques et les anticonvulsivants, comme le valproate et

Tableau 2.

Critères de renouvellement

Polyarthrite rhumatoïde	Une réduction > 20 % du nombre d'articulations douloureuses et enflées ET une amélioration > 20 % dans l'échelle d'appréciation globale du médecin et du patient OU une réduction > 20 % de la vitesse de sédimentation (VS) ou du dosage de la protéine C-réactive.
Arthrite psoriasique	Amélioration d'au moins deux des quatre critères de réaction de l'arthrite psoriasique : articulations douloureuses, articulations enflées, Évaluation globale de l'activité de la maladie du médecin ou Évaluation globale de l'activité de la maladie du patient; dont l'un doit porter sur le nombre d'articulations douloureuses ou enflées; et aucune aggravation dans les quatre critères. Une réaction quant au nombre d'articulations touchées correspond à une réduction de $\geq 30\%$. Une réaction quant à l'Évaluation globale de l'activité de la maladie du médecin ou du patient correspond à une réduction de 1 point.
Spondylite ankylosante	Amélioration d'au moins 50 % ou de 2 points au score BASDAI.
Arthrite juvénile idiopathique (AJI) polyarticulaire	Amélioration de 30 % dans 3 des 6 paramètres cliniques suivants : articulations touchées, articulations avec perte d'amplitude de mouvement, VS, Évaluation globale de l'activité de la maladie du médecin et du patient/parent, CHAQ
AJI systémique	Amélioration de 30 % dans 3 des 6 paramètres cliniques suivants : articulations touchées, articulations avec perte d'amplitude de mouvement, VS, Évaluation globale de l'activité de la maladie du médecin et du patient/parent, CHAQ
Vascularite	Examen au cas par cas.

le topiramate. La prégabaline et le nabilone sont des médicaments à usage restreint.

- Si vous avez des questions sur l'un des aspects de la couverture du Programme des SSNA, communiquez avec le Centre des exceptions pour médicaments au 1-800-580-0950 (appuyez sur le 2 pour parler à un superviseur). Les patients peuvent également communiquer avec leur navigateur du Programme des SSNA pour obtenir de l'aide.

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

Professeure agrégée,

Université de Calgary

Calgary (Alberta)

Au nom de Karen Fortin, B. Sc. Phm., ACPR;

Susan Pierce, B. Sc. Phm., ACPR;

Henry Averbs, MB, ChB, FRCP (UK), FRCPC; et

David Robinson, M.D., M. Sc., FRCPC



Des nouvelles du Dr Paul Dancey, Terre-Neuve-et-Labrador

*L'*autre jour, je me suis brièvement égaré dans les bois. J'ai été surpris de voir à quel point cela s'était produit rapidement. J'avais croisé trop d'intersections dans un sentier enneigé sur mon vélo à pneus à neige. Comme cela devait être une courte randonnée à ma sortie de la clinique de rhumatologie, je ne m'étais pas vraiment préparé. À mesure que le soleil se préparait à se coucher, j'ai dressé mentalement la liste des choses que j'aurais dû apporter, y compris un phare pour mon vélo. J'ai pu retrouver mon chemin, mais j'étais préoccupé par la noirceur grandissante, jusqu'à mon retour à la voiture. Et finalement, je n'étais même pas en retard pour le souper!

C'est l'une des choses dont je profite encore ici. De la fenêtre de mon bureau, je vois l'orée du parc à proximité où de nombreuses personnes font du ski, du vélo ou de la randonnée pédestre. Vous pensez sûrement que nous sommes submer-

gés par les candidatures. Il est vrai que le recrutement pour les postes en rhumatologie pour adultes s'annonce bien. Outre la présence régulière des Drs Sean Hamilton, Proton Rahman et Majed Khraishi, nous sommes heureux que le Dr Sam Aseer ait posé sa candidature pour un poste permanent, après une année à titre de médecin suppléant. Des signes positifs indiquent également que deux ou trois rhumatologues supplémentaires pourraient venir rejoindre nos rangs dans le futur.

À l'extérieur de St. John's, il existe des cliniques itinérantes pour Corner Brook, Gander et Labrador City. Ces cliniques jouent un rôle important, car comme la population est répartie sur un territoire de 405 000 km², les déplacements dans la province peuvent être très coûteux pour les patients.

La province est un endroit extraordinaire où travailler, explorer et parfois s'égarer. Venez vous joindre à nous!

Dr Paul Dancey



Crédit photo : Dr Paul Dancey

Coucher de soleil admiré en février dernier à Pippy Park, St. John's (Terre-Neuve).

Hommage au Dr Bill Bensen

Par Rick Adachi, M.D., FRCPC

Le Dr Bill Bensen, M.D., FRCPC, décédé le 15 mars 2017, était un médecin et un rhumatologue qui avait une vision de la rhumatologie : des médecins à la tête d'une équipe de professionnels paramédicaux – y compris des infirmières, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des pharmaciens et des travailleurs sociaux – travaillant en coopération avec la Société de l'arthrite et engagés à l'égard des soins aux personnes atteintes d'arthrite. Bill cherchait constamment à améliorer les soins grâce à l'innovation. Il reconnaissait que la principale limite aux soins était le manque de ressources humaines, c'est-à-dire de rhumatologues formés. Par conséquent, il a introduit le recours au personnel infirmier pour prendre conjointement en charge les patients atteints d'arthrite inflammatoire. De plus, avec son fils Rob, il a intégré des services pharmaceutiques spécialisés à la pratique de la rhumatologie afin d'améliorer l'éducation des patients, de simplifier l'accès aux traitements et, ultimement, d'améliorer les résultats pour les patients.

Le père de Bill était médecin de famille à Hamilton; il a été touché tôt dans sa vie par des complications liées à la polyarthrite rhumatoïde. C'est ce qui l'a inspiré à devenir rhumatologue. Il était déterminé à offrir les meilleurs soins possible à ses patients atteints d'arthrite.

À titre d'éducateur, Bill était un titan. En effet, il a grandement influencé ma décision de devenir rhumatologue et de demeurer à Hamilton. Il était un orateur compétent et charismatique, qui pouvait communiquer aussi bien avec le grand public qu'avec les étudiants en médecine, les médecins résidents et les autres médecins. Ses compétences étaient si grandes qu'on l'a invité à s'adresser aux Nations Unies.

De plus, Bill reconnaissait les complexités de la médecine. Il simplifiait les problèmes difficiles afin d'améliorer



1950–2017

les soins et les résultats pour les patients. En guise d'exemple, Bill a travaillé avec sa femme, Wynn, pour élaborer *Bone Destiny*, un outil novateur d'évaluation du risque de fracture, et ce, bien avant que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) développe *FRAX*, son propre outil d'évaluation de ce risque. *Bone Destiny* a été jugé comme un nouvel outil simple et prometteur lorsqu'il a été présenté à l'assemblée scientifique annuelle de l'American Society for Bone and Mineral Research, la plus importante assemblée scientifique internationale. Depuis, il a été prouvé que l'outil *Bone Destiny* est aussi

efficace que les autres outils pour évaluer le risque de fracture, tout en étant plus simple à utiliser.

L'influence de Bill a continué de se faire sentir non seulement dans la communauté de la rhumatologie, mais également à la Faculté de médecine McMaster, grâce à son implication dans la *White Coat Ceremony* et le *Annual Founder's Dinner*. Il a également lancé l'événement « *Joy of Rheumatology* » (Les joies de la rhumatologie) pour attirer les étudiants en médecine dans cette spécialité.

Bill n'hésitait jamais à faire part de son opinion, et nombreux sont ceux qui ont profité de ses conseils. On se souviendra de lui pour ses importantes contributions aux soins des patients atteints de maladies rhumatismales. Chose certaine, la communauté de la rhumatologie veillera à perpétuer son héritage.

Rick Adachi, M.D., FRCPC
Professeur, Département de médecine,
Université McMaster
Rhumatologue,
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

**Le premier et le seul anti-TNF indiqué
dans le traitement de la nr-Ax SpA^{1*†}**

TOUS LES TYPES DE SPONDYLARTHRITE AXIALE NE PEUVENT ÊTRE VUS PAR RAYON-X²

Indication :

SIMPONI® est également indiqué pour :

- La réduction des signes et des symptômes chez les patients adultes atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante.

Usage clinique :

- Aucune étude n'a été menée chez des patients pédiatriques.
- Comme les infections sont plus fréquentes chez la population âgée en général, la prudence s'impose lors du traitement des patients âgés. L'étude portant sur la nr-Ax SpA ne comptait aucun patient âgé de 65 ans et plus.

Contre-indications :

- Infection grave comme le sepsis, la tuberculose et les infections opportunistes.
- Insuffisance cardiaque congestive modérée ou grave (de classe III ou IV selon la NYHA).
- Hypersensibilité au golimumab ou à l'un des autres composants du produit ou du contenant.

Mises en garde et précautions les plus importantes :

Infections :

- Des infections graves ayant entraîné une hospitalisation ou un décès, y compris le sepsis, la tuberculose, les infections fongiques invasives et d'autres infections opportunistes, ont été observées à la suite de l'emploi d'antagonistes du TNF, y compris le golimumab. Si un patient présente une infection grave ou un sepsis, le traitement par SIMPONI® doit être cessé. Le traitement par SIMPONI® ne doit pas être instauré chez des patients présentant des infections actives, y compris des infections chroniques et localisées.
- Les médecins doivent user de prudence lorsqu'ils envisagent de prescrire SIMPONI® aux patients ayant des antécédents d'infections récurrentes ou latentes (y compris

la tuberculose), ou des troubles sous-jacents, qui pourraient les prédisposer à des infections, ou aux patients ayant résidé dans des régions où la tuberculose et les infections fongiques invasives, comme l'histoplasmosse, la coccidioidomycose ou la blastomycose, sévissent à l'état endémique.

- La tuberculose (principalement sous la forme clinique disséminée ou extrapulmonaire) a été observée chez des patients ayant reçu des inhibiteurs du TNF, y compris le golimumab. La tuberculose pourrait être due à la réactivation d'une tuberculose latente ou à une nouvelle infection.
- Avant d'entreprendre un traitement par SIMPONI®, il importe d'évaluer tous les patients, afin de s'assurer qu'ils ne sont pas atteints de la forme active ou latente de la tuberculose.
- Chez les patients faisant l'objet d'un diagnostic de tuberculose latente, un traitement antituberculeux doit être instauré avant de commencer un traitement par SIMPONI®.
- Les médecins doivent surveiller les patients recevant SIMPONI®, y compris les patients ayant un résultat négatif au test de dépistage de la tuberculose latente, afin de déceler tout signe ou symptôme de tuberculose active.

Affections malignes :

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

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Personnes âgées (≥ 65 ans) : la prudence s'impose lors du traitement des patients âgés.
- Risque de réactivation du virus de l'hépatite B.
- Risque d'aggravation ou d'apparition d'une insuffisance cardiaque congestive.
- Risque d'infection avec l'emploi concomitant de l'anakinra, de l'abatacept ou d'autres agents biologiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.



**Pour les patients atteints de nr-Ax SpA* active grave qui
présentent des signes objectifs d'inflammation (SIO)**

Choisissez SIMPONI®

NOUVELLE INDICATION

Traitement des adultes atteints de spondylarthrite axiale non radiographique (nr-Ax SpA) active grave qui présentent des signes objectifs d'inflammation, tels qu'un taux élevé de protéine C-réactive (CRP) et/ou des signes visibles à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et dont la réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est inadéquate ou qui ne tolèrent pas ces médicaments.

- Risque de réactions hématologiques.
- Risque de réactions d'hypersensibilité.
- Risque de sensibilité au latex.
- Risque d'infections cliniques, y compris des infections disséminées, avec l'administration concomitante de vaccins vivants et d'agents infectieux thérapeutiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
- Risque d'auto-immunité.
- Peut entraîner une immunosuppression; peut agir sur les défenses de l'hôte contre les infections et les affections malignes.
- Possibilité d'erreurs posologiques.
- Risque d'apparition ou d'exacerbation de troubles de démyélinisation du SNC.
- Risque d'infection périopératoire.
- Les femmes en mesure de procréer doivent utiliser une méthode de contraception adéquate pour ne pas devenir enceintes et doivent continuer la contraception pendant au moins six mois après le dernier traitement.
- Les femmes ne doivent pas allaiter durant le traitement ni pendant au moins 6 mois après le dernier traitement par SIMPONI®.
- À utiliser avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique.
- Pourrait exercer une légère influence sur la capacité à conduire, car son administration pourrait entraîner des étourdissements.

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.com/canada/fr/products#prod-456> pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document.

Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-387-8781.

* Spondylarthrite axiale non radiographique

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

Références : 1. Monographie de SIMPONI®, Janssen Inc., 8 août 2016. 2. Hochberg, MC, Silman, AJ, Smolen, JS, et al. (2015). *Rheumatology*, Philadelphia: Mosby/Elsevier.

Marques de commerce utilisées sous licence.
Toutes les autres marques de commerce sont
détenues par leurs propriétaires respectifs.
© 2016 Janssen Inc.

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

SRBR160320F



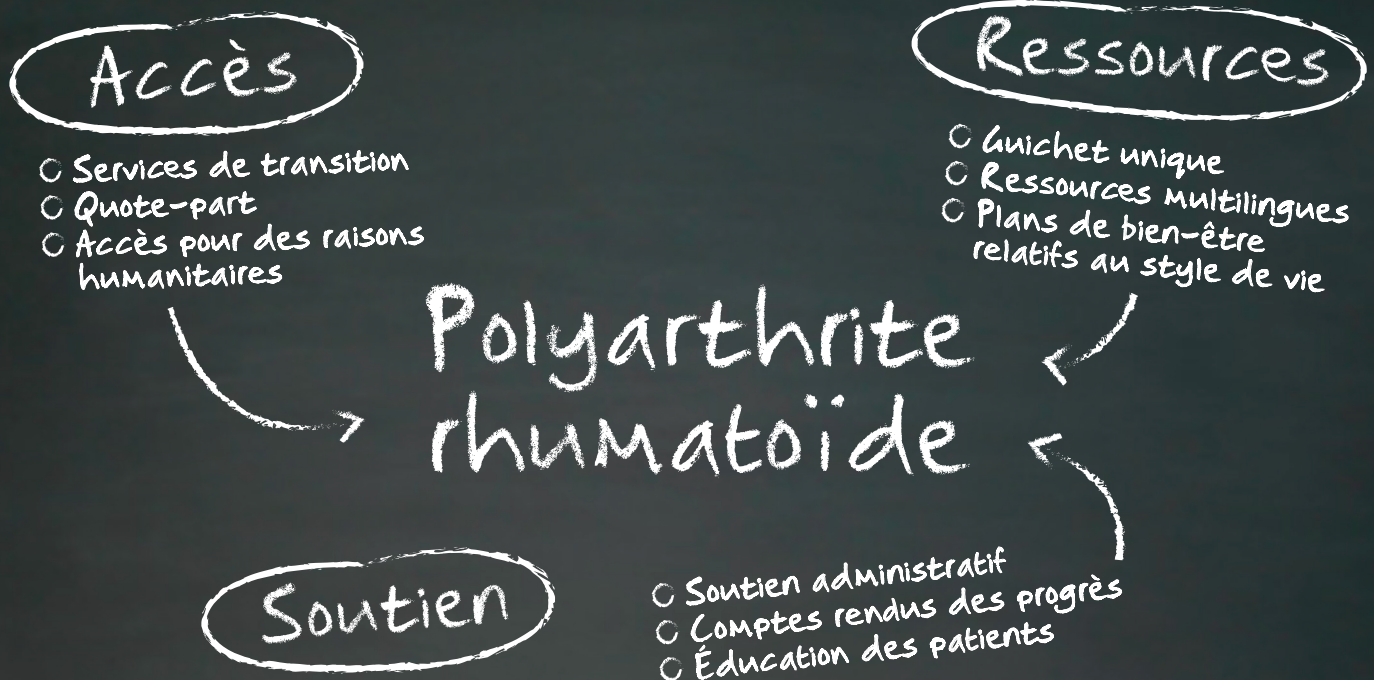
MEMBRE DE
MÉDICAMENTS NOUVEAUX CANADA

Une fois par mois
Simponi®
golimumab

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF **johnson-johnson**



**Programme de soutien complet qui aide
vos patients à prendre en charge leur traitement par ^{Pr}XELJANZ^{MD}**



**Conçu pour contribuer au
soutien de vos patients atteints
de polyarthrite rhumatoïde**

1-855-XEL-EXEL (1-855-935-3935)

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 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.

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions relatives à l'usage clinique. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.



XELJANZ, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada inc., licencié
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada inc., licencié
© 2017 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5
CA0116T0F008F

