

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

Un regard sur : l'esprit de famille au cœur de la rhumatologie



Éditorial

- Sortez et élargissez vos horizons

Prix, nominations et distinctions

- Des honneurs pour les D^{rs} Abraham Chaiton, Peter Dent, Gillian Hawker et Ronald Laxer

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

- Nouvelles du Comité des thérapeutiques

Des nouvelles de l'ICORA

- Les prix ICORA 2017

Arthroscopie

- DPC pour rhumatologues débordés
Apprentissage clinique efficace et efficient : peut-on cumuler des crédits du programme de MDC avec un apprentissage en temps réel?
- Prise en charge de l'arthrite juvénile idiopathique dans les pays en développement
- La présence canadienne en rhumatologie au Népal

In Memoriam

- Hommage au D^r Jerry Tenenbaum

Hommage boréal

- Dix choses les plus surprenantes au sujet des mariages entre rhumatologues selon les D^{rs} Jane Purvis et Fred Doris
- La famille Rohekar : les jumelles rhumatologues
- La famille Shojanian : les frères rhumatologues
- Lignes directrices 2017 de Rai et Sekhon pour maintenir les tracas conjugaux en rémission
- Le « rhumato-couple » : les D^{rs} Marguerite Stolar et Michael Ramsden
- Trois (!) générations de rhumatologues, seulement en Argentine
- Du bruit des sabots d'un cheval à ceux d'un zèbre : mon père, le rhumatologue
- Pourquoi ai-je choisi de faire une place à la rhumatologie

Articulons nos pensées

- Résultats du sondage sur les communications de la SCR

Nouvelles régionales

- Des nouvelles en provenance des territoires du Yukon et Nord-Ouest



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

Accès

- Services de transition
- Quote-part
- Accès pour des raisons humanitaires

Ressources

- Guichet unique
- Ressources multilingues
- Plans de bien-être relatifs au style de vie

Polyarthrite rhumatoïde

Soutien

- Soutien administratif
- Comptes rendus des progrès
- Éducation des patients

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
CA0116TOF008F



Sortez et élargissez vos horizons

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« Chaque personne que vous rencontrez sait quelque chose que vous ignorez. » [traduction]
– Émission télévisée Bill Nye, *the Science Guy*

Selon l'American College of Rheumatology (ACR), les rhumatologues sont les médecins spécialistes les plus heureux. Et aux dires de mes contacts dans l'industrie, il s'agit de personnes qui sont agréables à côtoyer, qui font preuve de respect mutuel et qui travaillent facilement avec les autres (cela étant dit, je sais bien que les rhumatologues débitent peut-être le même genre de banalités aux autres spécialistes qu'ils rencontrent!). Au sein de nos clubs de lecture et lors de nos conférences en milieu hospitalier, nous sommes souvent perçus comme de super diagnosticiens, capables d'élucider les cas difficiles qui s'accompagnent d'une multitude de symptômes mystérieux et que nos collègues omnipraticiens et spécialistes n'ont pas réussi à expliquer.

Pourtant, nous avons beaucoup à apprendre des autres médecins et professionnels de la santé. Bon nombre des activités d'apprentissage les plus mémorables auxquelles j'ai participé récemment étaient axées sur l'interdisciplinarité. Les principales maladies que nous traitons nous amènent naturellement à interagir avec des ophtalmologistes, des dermatologues et des gastro-entérologues. Ces derniers, qui nous ont déjà remerciés d'un ton taquin de les avoir éclairés durant la vague de gastro-pathies attribuables aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), nous parlent depuis peu de maladie inflammatoire chronique de l'intestin et de microbiome intestinal. Et maintenant que les maladies cardiovasculaires représentent la principale cause de décès chez nos patients, il serait peut-être utile que nous commençons à échanger davantage avec les cardiologues. Toutes ces interactions favorisent l'échange, l'enseignement et l'apprentissage pour le bien de nos patients actuels et futurs.

Malgré les difficultés, il faut se tenir au courant des avancées en rhumatologie et des affections qui accompagnent les maladies rhumatismales, mais il est aussi très important d'échanger sur d'autres sujets avec des collègues d'autres disciplines médicales. En tant que médecins et professionnels paramédicaux, nous jonglons tous avec des contraintes fiscales, des exigences croissantes de la part des patients et des organismes de réglementation, le désir de satisfaction professionnelle et l'équilibre travail-vie. Je me suis souvenu de cela alors que j'ai eu le privilège d'être invité, comme délégué de l'Ontario, à la 150^e édition de l'Assemblée annuelle et Conseil général de l'Association médicale canadienne (AMC) à Québec en août 2017. Sur les quelque 500 participants, nous étions seulement quatre rhumatologues, et j'ai eu la chance de croiser deux de mes trois collègues.

J'ai été étonné par l'énergie et le dynamisme des médecins canadiens ainsi que par la compétence des collègues plus jeunes.



Les D^{rs} Gillian Hawker et Philip Baer à la 150^e édition de l'assemblée de l'AMC.

La rencontre s'est déroulée sous le thème de l'innovation, et l'AMC avait fait appel à des conférenciers du monde des arts et de la technologie dont le parcours et les réalisations étaient susceptibles d'inspirer les participants. La rhumatologie pouvait tirer parti des divers sujets abordés, qui allaient de l'impression

3D d'attelles pour doigt (Julielynn Wong, M.D.) à la danse professionnelle avec une prothèse de pied (Jacques Poulin-Denis). Nous avons discuté des régimes d'assurance-médicaments, de l'intimidation et de l'épuisement professionnel au sein des professions médicales, de la crise des opioïdes ainsi que l'aide médicale à mourir. Récemment, on a beaucoup parlé de l'aide à mourir dans les médias ontariens lorsqu'elle a été accordée à un patient de l'Ontario atteint d'arthrose douloureuse; il s'agit donc d'un dossier dans lequel les rhumatologues pourraient devoir intervenir avant longtemps¹.

Le clou de l'événement pour moi a été la soirée de remise des prix de l'AMC. On danse peut-être davantage aux galas de l'Ontario Rheumatology Association (ORA) et de la SCR, mais les lauréats des prix de l'AMC, qu'ils soient étudiants en médecine ou médecins chevronnés, volent la vedette. Ces lauréats comptaient, entre autres, un étudiant en médecine qui a lancé le projet *Zombies Hungry for Organ Donations* ainsi que des pionniers de l'aide médicale à mourir, du traitement de l'infection par le VIH, des soins intensifs en milieu militaire, du dépistage prénatal et de la chirurgie de la main sur patient éveillé. Je suis fier d'avoir été présent lorsqu'une des nôtres, la D^{re} Gillian Hawker, a reçu le prix May Cohen pour femmes mentors décerné par l'AMC (voir la photo provenant de l'AMC).

La rhumatologie représente une spécialité et une carrière hors du commun, mais il y a aussi de nombreuses percées intéressantes à explorer dans les autres disciplines médicales. N'hésitez donc pas à sortir et à élargir vos horizons!

Référence :

1. Hasham, Alyshah (2017, 10 août) « Woman at centre of Ontario assisted death case dies ». Toronto Star, sur le site TheStar.com. Consulté le 22 septembre 2017. www.thestar.com/news/crime/2017/08/10/woman-at-centre-of-ontario-assisted-death-case-dies.html

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

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, M.D., 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 JSCR est en ligne! Visitez le www.craj.ca et sélectionnez l'onglet « Français ».
Code d'accès : **craj**

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

ÉQUIPE DE PUBLICATION

Paul F. Brand
Directeur de la publication
Russell Krackovitch
Directeur du contenu éditorial,
Division des projets personnalisés

Jyoti Patel
Rédactrice en chef
Catherine de Grandmont
Rédactrice-réviseuse, 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 : septembre 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.



Le Dr Abraham Chaiton a reçu le Prix du rhumatologue en milieu communautaire pour 2017, décerné par la Division de rhumatologie de l'Université de Toronto. Le prix a été remis au Dr Chaiton à l'occasion de la Journée de recherche Ogrzylo annuelle. Cette année, le Dr Chaiton a été choisi comme le rhumatologue en milieu communautaire de la région du Grand Toronto ayant apporté la plus remarquable contribution au domaine de la rhumatologie, tant au niveau communautaire que régional, de même qu'à la communauté universitaire de l'Université de Toronto.

Le Dr Chaiton a remercié ses collègues de l'Hôpital Sunnybrook et les membres de la SURC d'avoir soutenu sa passion pour l'application de l'échographie au point de service dans les soins aux patients, l'enseignement et la recherche. Il participe actuellement, avec le Comité des spécialités du Collègue royal, à l'élaboration d'un programme conduisant à un diplôme universitaire en échographie neuromusculosquelettique au point de service, en plus de préparer un atelier sur les procédures échoguidées en vue de l'assemblée annuelle de la SCR. Les répercussions de l'enseignement de l'échographie à plus de 250 rhumatologues ont conduit à l'ajout de cette formation à de nombreux programmes de formation postdoctoraux. Le Dr Chaiton prévoit que l'échographie au point de service sera bientôt intégrée à la pratique quotidienne de la rhumatologie. Le parcours du Dr Chaiton lui a permis d'exercer une influence tangible dans l'amélioration de la prestation des soins rhumatologiques.



Le 30 juin 2017, le Dr Peter Dent et 99 nouveaux membres ont été investis de l'Ordre du Canada. La lettre d'investiture du Dr Dent indique que l'honneur lui est conféré « pour sa contribution à l'amélioration de la santé des enfants dans le cadre des rôles qu'il occupe relativement à l'éducation médicale, à l'administration hospitalière et au service communautaire ». Le Dr Dent est professeur émérite en pédiatrie à l'Université McMaster.

Il a effectué ses études en rhumatologie et en immunologie à l'Université du Minnesota, après quoi il s'est joint à la Faculté de pédiatrie de l'Université McMaster en 1968 à titre de chercheur de carrière. Il a été directeur du Département de pédiatrie, puis directeur de la recherche des hôpitaux Chedoke-McMaster avant d'être nommé vice-doyen associé (Services cliniques) de la Faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster. Il a également exercé ses fonctions de rhumatologue-immunologue pour enfants jusqu'à son départ à la retraite, en 2017. Il a joué un rôle prépondérant dans l'établissement de l'Hôpital pour enfants McMaster et de la Maison Ronald McDonald d'Hamilton ainsi que dans la création de la sous-spécialité de rhumatologie pédiatrique par l'American Board of Pediatrics. En 1985, il a mis sur pied le serveur de liste de diffusion en rhumatologie pédiatrique. Il a été nommé maître de l'American College of Rheumatology en 2004. En 2012, il a reçu la récompense la plus prestigieuse de la Société canadienne de pédiatrie, le Prix Alan Ross, qui est décerné en hommage à l'excellence d'une vie dans les domaines de la recherche, de l'enseignement, des soins et de la défense des intérêts en pédiatrie.



La Dre Gillian Hawker a reçu le Prix May Cohen pour femmes mentors décerné par l'Association médicale canadienne (AMC) lors de l'assemblée annuelle de l'association en août 2017. Ce prix est remis à une femme médecin qui a fait preuve d'un mentorat exceptionnel en encourageant, favorisant et appuyant ses protégés pour faire avancer leur carrière et perfectionner leurs compétences en leadership; en contribuant au succès de ses protégés en les faisant profiter de sa perspicacité, de ses points de vue, de ses connaissances et de ses relations; et en servant de modèle en médecine. Tout au long de sa carrière de rhumatologue, de clinicienne-chercheuse et de leader en médecine à l'Université de Toronto, elle a eu le plaisir d'agir, tant officiellement qu'officieusement, comme mentor auprès de nombreuses personnes de grand talent qui travaillent en médecine musculosquelettique. Assister à la réussite de ses protégés, tant dans leur vie personnelle que dans leurs études, est pour elle un honneur et une joie.



J'ai eu la grande joie de recevoir le prix Dafna Gladman 2017. C'est un immense honneur de voir mon nom associé à un si grand nom dans le domaine de la rhumatologie. Une des importantes contributions de Dafna à la Division de rhumatologie de l'Université de Toronto a été le programme de formation en rhumatologie, qu'elle a dirigé pendant de nombreuses années. J'aime à penser que ce prix est, au moins partiellement, une reconnaissance à l'égard de ma propre participation à la formation des chercheurs en rhumatologie pédiatrique, qui a constitué l'aspect le plus gratifiant de ma carrière.

Le prix Dafna Gladman a été créé par l'Université de Toronto en 2004 pour reconnaître le dévouement et l'engagement de la Dre Gladman envers le mentorat, le counselling et la médecine universitaire.

- Dr Ronald Laxer

Nouvelles du Comité des thérapeutiques

Par Mary-Ann Fitzcharles, M.D., FRCPC

Les traitements pharmacologiques sont la clé de voûte de la prise en charge des maladies rhumatismales, et jamais les rhumatologues n'ont eu autant d'options thérapeutiques à leur disposition. Il va donc sans dire que l'accès à un tel arsenal pose des défis aux praticiens. Le Comité des thérapeutiques de la SCR aide les rhumatologues à y voir plus clair en leur offrant de l'information à jour sur une foule de questions relatives aux médicaments, comme la disponibilité, l'accès et les mises en garde, et même des données nouvelles qui auraient pu échapper aux médecins occupés. En harmonie avec la mission de la SCR, laquelle consiste à « offrir les meilleurs services et le meilleur soutien à ses membres afin que ces derniers puissent offrir les meilleurs soins possible à leurs patients », le Comité des thérapeutiques offre un mécanisme de surveillance additionnel ou un filet de sécurité aux membres de la SCR. Nous avons la chance de compter parmi les membres des experts mondiaux dans toutes les sous-spécialités en rhumatologie, et nous sommes reconnaissants de pouvoir faire appel à eux lorsque nous en ressentons le besoin. Voici un aperçu de quelques activités et réalisations du Comité des thérapeutiques au cours de la dernière année.

Il y a eu un problème de rupture de stock de méthotrexate injectable cette année, lequel est maintenant résolu, et le Comité a publié de l'information sur le site Web de la SCR afin de tenir les membres au courant de la situation. Depuis lors, nous avons mis au point un processus normalisé relativement aux pénuries de médicaments afin de nous assurer que tous les membres sont informés de la situation et de collaborer avec les intervenants visés afin de trouver des solutions de rechange, le cas échéant. Grâce à la pression exercée par l'Association médicale canadienne (AMC) sur le gouvernement, une nouvelle réglementation rend obligatoire la déclaration des pénuries de médicaments sur un nouveau site Web (www.penuriesdemedicamentscanada.ca). Heureusement, nous ne prévoyons pas d'autres pénuries de médicaments dans un proche avenir.

Nous avons entrepris un travail important et ambitieux afin d'uniformiser l'accès aux produits biologiques pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) dans l'ensemble du Canada. Les D^{rs} Jane Purvis et Carter Thorne dirigent le projet. Sous l'égide de l'Association canadienne des compagnies

d'assurances de personnes (ACCAP), des critères universels d'accès aux produits biologiques dans le traitement de la PR



ont été définis et acceptés par tous les assureurs privés du Canada associés à l'ACCAP, ce qui représente tout un exploit lorsqu'on sait qu'il n'y avait encore eu aucune entente nationale du genre visant un médicament ou une maladie. Malgré cette grande première, l'accès aux produits biologiques n'est toujours pas uniforme dans l'ensemble du pays, car les provinces n'ont pas toutes les mêmes critères. Il reste encore beaucoup à faire.

Nous avons également travaillé à préparer des énoncés de position à utiliser lorsque surviennent des litiges susceptibles d'avoir des répercussions sur les soins offerts aux patients. Depuis 2015, la SCR a publié des énoncés de position sur la marijuana à usage médical, les produits biologiques ultérieurs (avec une attention particulière au respect de la décision du rhumatologue traitant) et l'usage des opioïdes, ce dernier reflétant l'adhésion aux principes contenus dans les lignes directrices nationales 2017 sur la prescription d'opioïdes, tout en insistant sur l'importance de soigner tous les aspects de la santé du patient en collaboration avec les autres médecins traitants. Nous prévoyons que nous devons mettre à jour notre énoncé de position sur la marijuana à usage médical à la lumière de la tempête médiatique soulevée par la légalisation de cette substance.

Nous aimons collaborer avec les organismes de patients qui sont nos partenaires et nous avons assisté au Symposium sur la douleur organisé en mai par La Société de l'arthrite, qui a présenté son ambitieux projet visant à élaborer une stratégie canadienne de prise en charge de la douleur en collaboration avec les gouvernements, les patients et les professionnels de la santé. Nous étions bien représentés à cette occasion et nous sommes engagés à participer activement au projet.

Mary-Ann Fitzcharles, M.D., FRCPC
Professeure agrégée de médecine,
Centre universitaire de santé McGill
Montréal (Québec)

Les prix ICORA 2017

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

L'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) a organisé en mars son 10^e concours de bourses et a reçu cette année 34 demandes, un record.

La mission de l'ICORA, en tant qu'organisme subventionnaire unique, est d'améliorer les soins dispensés aux Canadiens atteints de maladies rhumatismales. À cet effet, l'ICORA accorde des bourses à des scientifiques dont les travaux de recherche aident à faire avancer nos connaissances et notre



Remise de bourses 2017 de l'ICORA

Aspirin Patterns of Use and Adherence for Prevention of Pre-eclampsia in Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Pregnancies¹

Investigatrice principale : D^{re} Evelyne Vinet

Prix : 83 000 \$

Raising Awareness of the Under-Recognized Burden of Psoriatic Disease¹

Investigatrices principales : D^{res} Lih Eder et Karen Tu

Prix : 119 024 \$

The Scleroderma Support group Leader Education (SSLED) Program Feasibility Trial: A Scleroderma Patient-centered Intervention Network (SPIN) Project¹

Investigateurs principaux : D^{rs} Brett D. Thombs et Marie Hudson

Prix : 75 000 \$

Bringing Patients and Therapies Together Sooner: Building Clinical Trial Capacity in Myositis to Facilitate Early Access to Treatments and Improved Outcomes²

Investigatrice principale : D^{re} Marie Hudson

Prix : 119 300 \$

Referral to Rheumatologists by Physiotherapists to Enhance Access to Care: Ability and Acceptability²

Investigatrices principales : D^{res} Debbie Feldman, Sasha Bernatsky et Linda Woodhouse

Prix : 117 160 \$

Self-assessment Triage in Inflammatory Arthritis: A Pilot Study²

Investigateurs principaux : D^{rs} Mary Bell et Barry Koehler

Prix : 70 000 \$

A Multi-disciplinary, Community-based Group Intervention for Fibromyalgia: A Pilot Randomized Controlled Trial³

Investigatrices principales : D^{res} Michelle Teo et Nelly Oelke

Prix : 91 231 \$

Pilot Study of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) in Patients with Rheumatoid Arthritis (RA) That Still Screen Depressed using the Centre for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) Questionnaire, Despite Adequate Control of Systemic and Joint Inflammation³

Investigateurs principaux : D^{rs} Gilles Boire, Patricia Dobkin et Isabelle Gaboury

Prix : 75 000 \$

Aspects fondamentaux : 1. Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement; 2. Accès rapide pour les patients atteints de maladies rhumatismales; 3. Équipes de soins multidisciplinaires

compréhension des maladies rhumatismales et qui, autrement, pourraient ne pas être admissibles à d'autres sources de financement approuvé par les pairs.

Plus précisément, le programme de bourses de l'ICORA appuie des projets durables qui contribuent à promouvoir l'un de ses trois thèmes centraux : sensibilisation/défense des intérêts/enseignement, accès rapide pour les patients souffrant de maladies rhumatismales, équipes de soins multidisciplinaires.

Félicitations à tous les bénéficiaires d'une bourse 2017! L'ICORA a subventionné trois bourses d'un an et cinq bourses de deux ans, pour un total d'un peu plus de 749 000 \$. Ce fut un cycle très concurrentiel. Les sujets proposés pour les bourses de l'ICORA étaient très larges, avec de nombreuses idées uniques. Nous adressons nos remerciements particuliers à nos commanditaires.

Nous remercions tout spécialement le D^r Paul Fortin pour sa contribution à l'ICORA à titre de président du comité d'examen. Le D^r Fortin occupait les fonctions de président depuis 2015 et a apporté une orientation et des directives précieuses au processus d'examen. Nous souhaitons la bienvenue à la D^{re} Marie Hudson, la nouvelle présidente du comité d'examen.

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)

Dix choses les plus surprenantes au sujet des mariages entre rhumatologues selon les D^{rs} Jane Purvis et Fred Doris

Par Fred Doris, M.D., FRCPC et Jane Purvis, M.D., FRCPC

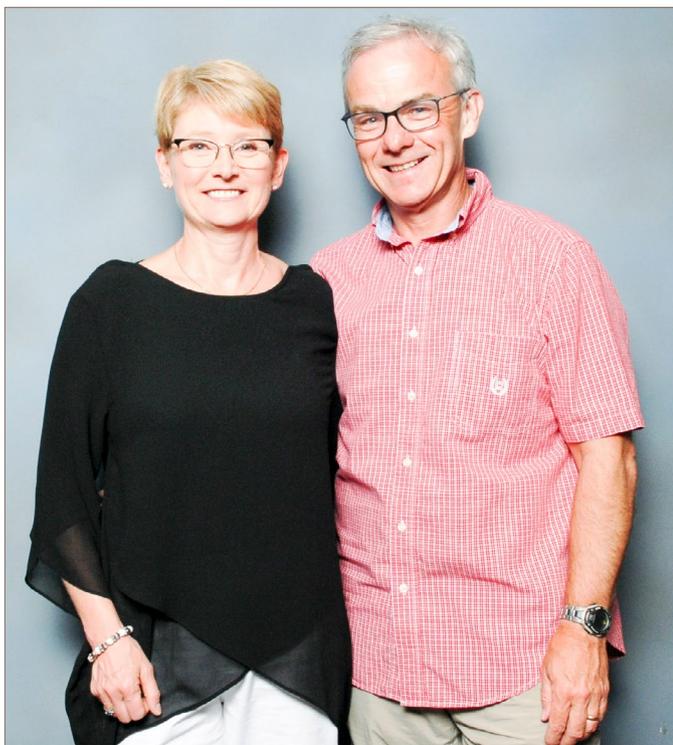
Nous avons sauté sur l'occasion d'écrire cette chronique pour le *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)*. Il s'agit pour nous d'une belle occasion de recruter des collègues. Une demande en mariage et un partage d'emploi avec une autre rhumatologue en raison d'un congé de maternité ont motivé Jane à s'installer à Peterborough au début des années 1990 pour devenir notre cinquième rhumatologue en milieu communautaire. Malheureusement, le nombre de rhumatologues a

diminué depuis, et il ne reste que nous deux. Nous avons eu des défis à relever lorsque nous avons commencé, notamment le fait de devoir partager les périodes de garde 2/8 de médecine interne pendant des années et de devoir faire nos tournées d'hôpital accompagnés de nos enfants en bas âge. Aujourd'hui, les périodes de garde sont terminées et nos enfants sont des adultes qui étudient à l'université.

Du fait de ce partage d'emploi initial, nous avons exercé dans des bâtiments différents, et c'est encore le cas aujourd'hui. Même si nos patients se ressemblent beaucoup, nos styles de pratique sont plutôt différents. Nous sommes tous deux spécialisés dans les maladies rhumatismales inflammatoires, mais d'aucuns seraient surpris de la sous-représentation ou de la surreprésentation de certains diagnostics entre nos deux pratiques. Nous apprécions tous deux notre autonomie, qui nous a permis de mettre sur pied un cabinet qui est à la fois agréable sur le plan esthétique et pratique quant à son lieu géographique. Il faut quand même avouer qu'à Peterborough, tout est à une distance de cinq minutes. Appelez-nous ou venez nous voir! Cette communauté médicale regroupe tout ce dont vous avez besoin pour exercer la rhumatologie dans un style qui vous convient. De plus, le coût de la vie est abordable, la nature est toute proche et les déplacements n'excèdent pas dix minutes.

Les dix choses les plus surprenantes au sujet des mariages entre rhumatologues

1. Après le travail, la réponse à l'habituelle question « Comment s'est passée ta journée? » est généralement brève. Elle tient en quelques mots, mais il est quand





Les D^{rs} Jane Purvis et Fred Doris.

même possible d'obtenir très rapidement une deuxième opinion.

2. Chacun a son centre d'excellence. L'un de nous gère les consultations de patients hospitalisés. L'autre organise des cliniques satellites dans les petites villes avoisinantes et est au cœur de la politique médicale.
3. Il faut toujours déterminer à qui des deux sont destinés les « résultats critiques » que LifeLabs veut nous transmettre après les heures de bureau.
4. Voyager signifie généralement voyager ensemble. Qui assure alors les consultations en rhumatologie?
5. Club de lecture : c'est n'importe où, n'importe quand!
6. Il est possible d'échanger des blagues d'initiés, comme des plaques d'immatriculation personnalisées sur lesquelles on peut lire « HLA B27 ».
7. Des nouvelles! Des potins! Je ne dîne pas à la cafétéria de l'hôpital et je ne travaille pas au bloc opératoire. En tant que rhumatologue exerçant en solo, ayant comme seul collègue l'administrateur du cabinet, Fred ne saurait jamais ce qui se passe réellement au

sein de la communauté médicale ou de l'Ontario Medical Association. (Fred : Merci Jane.)

8. Lorsque l'un se plaint de douleurs (généralement auto-infligées), l'autre ne manifeste aucune sympathie.
9. Il faut tirer à pile ou face pour déterminer qui assistera au prochain forum sur l'arthrite en milieu communautaire de La Société de l'arthrite. (Fred : Merci Jane – tout comme la fois où tu avais accepté d'être de garde lorsqu'on s'est rencontrés pour la première fois au tout début de notre spécialisation en rhumatologie.)
10. Et pour finir... Nous recevons DEUX exemplaires du JSCR.

*Jane Purvis, M.D., FRCPC
Présidente, Comité de la main-d'œuvre
Présidente sortante,
Ontario Rheumatology Association (ORA)
Rhumatologue, Peterborough (Ontario)*

*Fred Doris, M.D., FRCPC
Rhumatologue, Peterborough (Ontario)*

La famille Rohekar : les jumelles rhumatologues

Par Gina Rohekar, M.D., FRCPC et Sherry Rohekar, M.D., FRCPC

Ma sœur Sherry et moi sommes non seulement toutes deux rhumatologues, nous sommes également de vraies jumelles. Il n'est donc pas étonnant que cela crée de la confusion chez les patients, les résidents et les autres médecins. Et pour compliquer encore plus les choses, nous travaillons toutes les deux dans le même centre universitaire, le St. Joseph's Health Care de London (Université de Western Ontario). Lorsque, inévitablement, des gens me demandent comment nous distinguer, je leur réponds en plaisantant (ou non) que je suis la « bonne jumelle ».

Je crois qu'il y a probablement plus d'avantages que d'inconvénients à avoir un membre de sa famille également en rhumatologie. J'ai ainsi quelqu'un à qui parler de mes idées, auprès de qui je peux me défouler et qui ne me jugera pas si je me conduis accidentellement en imbécile. Cependant, il y a aussi certains inconvénients, car nous pensons presque constamment à la rhumatologie; nous pouvons donc aisément nous perdre dans nos conversations et nos pensées professionnelles et oublier les autres choses de la vie. En bref, il peut être difficile de « décrocher ».

Puisque j'ai passé toute ma carrière avec ma collègue monozygote, j'ignore s'il aurait été préférable que nous n'ayons pas suivi le même parcours. Mais je crois que nous sommes toutes les deux heureuses d'être à la fois sœurs et collègues. En fait, je dois m'assurer que Sherry est heureuse de travailler avec moi – qui sait, je pourrais un jour avoir besoin d'un de ses reins!

Et je profite d'un avantage que la plupart des autres familles de rhumatologues n'ont pas : comme Sherry et moi nous ressemblons beaucoup, si un patient m'aborde à l'improviste (par exemple, à l'épicerie) pour me poser des questions, je peux toujours prétendre qu'il se trompe de médecin et m'enfuir!



Pouvez-vous deviner qui est qui?

Sherry et moi avons suivi le même parcours professionnel : nous étions dans la même classe à l'école de médecine (où la D^{re} Janet Pope nous avait prédit, à chacune séparément, une carrière en rhumatologie) et ensemble durant notre programme de résidence et notre spécialisation en rhumatologie, et nous avons fini par exercer toutes les deux au même centre. Rien de tout cela n'était prévu; les choses se sont passées ainsi et, heureusement, nous nous entendons très bien. Je me suis sans doute habituée à avoir Sherry à mes côtés! Après tout, nous avons commencé notre vie dans le même utérus.

*Gina Rohekar, M.D., FRCPC,
Professeure agrégée,
Université Western
London (Ontario)*

*Sherry Rohekar, M.D., FRCPC,
Professeure agrégée,
Université Western
London (Ontario)*

La famille Shojanian : les frères rhumatologues

Par Kam Shojanian, M.D., FRCPC et Nima Shojanian, M.D., FRCPC

Tous les Shojanian de ce monde ont des liens de parenté. Nous avons tous les cheveux frisés et la même apparence un tantinet négligée et nous dansons tous en faisant les mêmes mouvements saccadés. En Amérique du Nord, un certain nombre de membres de la famille Shojanian sont médecins. Notre père Nasser, par exemple, est un dermatopathologiste aujourd'hui à la retraite qui vit à Victoria (Colombie-Britannique). Il ne faut donc pas s'étonner que deux des trois frères Shojanian soient eux aussi devenus médecins. Le troisième, Keyvan, est avocat; lorsqu'on lui demande pourquoi il a choisi le droit plutôt que la médecine, comme le veut la tradition familiale, Keyvan répond qu'il l'a fait parce qu'il « voulait aider les gens ». Notre mère, Mitra, a été quelque peu déçue d'apprendre que deux de ses fils voulaient devenir rhumatologues, car elle aurait préféré qu'au moins l'un d'eux devienne cardiologue ou chirurgien plasticien. Cependant, elle est aujourd'hui heureuse de savoir que ses fils aiment leur spécialité.

Mon frère rhumatologue et moi avons sept ans d'écart. Nous avons tous les deux fait nos études de premier cycle à l'Université de Victoria, puis nos études de médecine et notre résidence à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC). L'aîné, Kam, s'est établi près du domicile familial, à Vancouver, où il exerce en milieu universitaire, alors que le plus jeune, Nima, exerce la médecine communautaire à Kelowna. Bien que nous discutons souvent des avantages mais aussi des frustrations occasionnelles découlant de chacun de nos choix, nous convenons tous les deux que la pratique communautaire de la rhumatologie à Kelowna contribue à une excellente qualité de vie. L'un de nos moments favoris est lorsque toute la famille (oui, même l'avocat) se réunit à Kelowna, en août, pour pratiquer des sports nautiques, déguster d'excellents repas et boire du vin, tout en menant des discussions animées.

Nous avons un autre point en commun, soit d'avoir travaillé avec Barry Koehler à un moment ou l'autre de notre vie. Je ne sais pas s'il faut nous plaindre ou plaindre le Dr Koehler! Il faut toutefois reconnaître que nous avons



Les Drs Kam et Nima Shojanian à l'occasion de la réunion de famille de 2017.

beaucoup appris de Barry et de sa femme Mary, tant sur le plan professionnel que sur celui de la conciliation travail-vie.

Lorsque des patients déménagent de Kelowna à Vancouver ou vice-versa, nous aimons nous les adresser mutuellement; toutefois, cela pose un problème inusité, celui de savoir quelle formule d'appel utiliser dans notre correspondance. Comme « Dr Shojanian » nous semblait un peu guindé, nous avons opté pour la formule « Cher Kam/Nima », même si elle paraît un peu familière. Il arrive parfois que nos rapports de laboratoire et d'imagerie soient envoyés au mauvais destinataire; c'est ennuyeux, mais dans l'ensemble, notre expérience en tant que frères rhumatologues est positive. C'est fantastique d'avoir un proche avec qui discuter de problèmes de diagnostic ou partager une chambre lors des congrès. Le fait qu'il y ait deux frères rhumatologues pourrait également amener de la confusion chez les avocats en cas de plainte. Heureusement, nous avons une approche similaire en matière de rhumatologie clinique!

*Kam Shojanian, M.D., FRCPC
Professeur clinique et chef, Division de rhumatologie de l'UBC
Directeur médical, Mary Pack Arthritis Program
Vancouver (Colombie-Britannique)*

*Nima Shojanian, M.D., FRCPC
Enseignant clinique, Département de pratique familiale de l'UBC
Kelowna (Colombie-Britannique)*

Lignes directrices 2017 de Rai et Sekhon pour maintenir les tracas conjugaux en rémission

Par Raman Rai, M.D., FRCPC et Suneet Sekhon, M.D., FRCPC



Les D^{rs} Raman Rai et Suneet Sekhon avec leur fille, Aria.

Mon épouse est rhumatologue, comme moi. Nous travaillons les mêmes jours, dans la même clinique, et partageons le même bureau. Bref, nous passons BEAUCOUP de temps ensemble. Les gens nous demandent toujours si nous nous laissons parfois l'un de l'autre, et si nous parlons parfois d'autre chose que de rhumatologie. Plus d'un de mes collègues m'a déjà également conseillé de trouver une autre carrière de toute urgence!

La sagesse populaire veut que l'éloignement crée le manque... Quel est donc le secret pour entretenir l'harmonie conjugale lorsque vous passez plus de 95 % de votre temps avec votre douce moitié? Voici les cinq principales recommandations de nos dernières directives (toutes de niveau RE – respect ou échec) :

1. Trouvez votre créneau.

Cela peut être facile si vous avez tout simplement des intérêts différents, mais comment faire si vous êtes attirés tous deux par le même domaine? Dans ce cas, vous devrez creuser un peu plus pour vous différencier professionnellement. Dans notre cabinet, la D^{re} Sekhon s'occupe habituellement des consultations avec les patients atteints d'arthrite inflammatoire d'apparition récente, tandis que le D^r Rai voit ceux qui ont besoin d'un troisième avis et qui sont possiblement atteints de fibromyalgie.

2. Portez la tenue appropriée.

Après avoir passé une heure avec un patient, l'avoir écouté attentivement et lui avoir présenté un programme de soins personnalisé, il n'y a rien de plus agaçant pour la D^{re} Sekhon que d'entendre cette phrase si redoutée : « Quand est-ce que le vrai docteur arrive? » Cela signifie hélas qu'il faut porter un sarrau par-dessus ces jolis vêtements de marque.

3. Contrairement aux pizzas, ce n'est pas « deux pour le prix d'un ».

Pour reprendre les mots d'un patient : « Je suis un patient de cette clinique, et je vois le médecin qui peut me prendre tout de suite. » C'est une bonne philosophie, mais les patients doivent comprendre que la D^{re} Sekhon n'apprécie pas que le D^r Rai « se mêle » de ses cas.

4. Faites preuve de détachement.

Au travail, faire semblant d'ignorer l'autre comporte des avantages. Premièrement, les collègues n'ont pas l'impression de s'immiscer dans votre vie de couple. Deuxièmement, vous apprenez des potins croustillants concernant l'autre personne (p. ex. « j'ai vu que vous ignoriez le D^r Rai aujourd'hui, il a dû faire quelque chose qui vous a déplu... J'ai entendu dire qu'il avait aussi fait pleurer une pauvre vieille dame. » (Pour ma défense... c'est la vieille dame qui avait commencé.)

5. Profitez de quelques occasions pour vous échapper.

Il peut s'agir d'une occasion professionnelle, comme un club de lecture ou un congrès... mais soyons réalistes, il est probable que vous y alliez ensemble. Essayez plutôt de voir les tâches ingrates (faire le ménage, tondre la pelouse ou aller chercher votre enfant plus tôt à la garderie) comme d'agréables pauses l'un sans l'autre!

Plus sérieusement, même si avoir un conjoint dans le même domaine d'activité comporte des défis, c'est globalement une expérience positive (D^{re} Sekhon : c'est lui qui le dit, pas moi). La recommandation la plus importante est de ne pas prendre les choses trop au sérieux et d'essayer d'apprécier le temps que vous passez ensemble, que vous soyez au travail ou à la maison!

*Raman Rai, M.D., FRCPC
Rhumatologue, Hamilton (Ontario)*

*Suneet Sekhon, M.D., FRCPC
Rhumatologue, Hamilton (Ontario)*

Le « rhumato-couple » : les docteurs Marguerite Stolar et Michael Ramsden

Par Marguerite Stolar, M.D. FRCPC et Michael Ramsden, M.D. FRCPC

Marguerite : J'ai rencontré mon mari à l'Hôpital Wellesley lorsque j'étais interne et qu'il faisait sa spécialisation en rhumatologie. J'ai été inspirée par le dynamisme du groupe de rhumatologues et de stagiaires de l'Hôpital Wellesley, et j'ai décidé de devenir moi-même rhumatologue après ma formation en médecine interne. Nous nous sommes mariés, et nous avons tous deux une idée assez précise de ce que l'autre allait vivre dans les années à venir.

Il y a beaucoup d'aspects pratiques à être marié à un autre rhumatologue, dont de réels avantages, comme la possibilité de partager les coûts d'un cabinet, de remplacer l'autre auprès des patients au besoin, de faire du covoiturage, de se transmettre les manuels et magazines de rhumatologie, d'avoir toujours à disposition un deuxième avis sur la prise en charge des patients et d'assister aux réunions ensemble. Sur le plan personnel, l'un des avantages est de pouvoir faire face à deux au défi quotidien de prendre soin de sa propre santé et de celle de sa famille tout en gérant le stress de prendre en charge les patients atteints de maladies rhumatismales. Je pense qu'il est plus positif que négatif de connaître à ce point le travail et les difficultés de son conjoint.

Lorsque nous avons commencé à travailler ensemble, je me souviens que d'autres médecins se demandaient comment nous allions pouvoir partager le même cabinet. La plupart du temps, nous nous voyons à peine avant la fin de la journée, et à ce moment-là, nous pouvons nous raconter notre journée pour tâcher de ne pas en reparler à la maison.

Mike : Comme Marguerite l'a dit, bien que nous partagions un cabinet (dont la taille a augmenté depuis nos débuts à deux en Colombie-Britannique en 1990, puisqu'il compte aujourd'hui quatre rhumatologues), nous ne nous croisons pas vraiment au bureau, sauf lorsque je lui apporte son cappuccino quotidien le midi. Nos journées de travail sont chargées, et nous demandons parfois de l'aide à l'autre pour les cas difficiles ou inhabituels, ou lorsque nous avons un petit trou de mémoire (quel

est le nom de ce médicament, déjà? Qui est le meilleur orthopédiste à...?).

Le covoiturage est utile : nous empruntons la voie réservée aux véhicules à plusieurs passagers (VPP) car nous sommes deux, mais Marguerite s'endort généralement au bout d'une minute, donc le trajet est paisible.

Nous ne parlons généralement pas de travail à la maison, sauf lorsque je dois rétablir la connexion au dossier médical électronique... Devinez qui est le technicien dans la famille!

Le mode de vie tant vanté des rhumatologues nous a permis d'être présents et disponibles pour nos enfants maintenant adultes. L'un étudie l'ingénierie à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC), le deuxième commence des études en médecine à l'Université McMaster et le troisième travaille en production dans le secteur télévisuel, avec un emploi du temps plus chargé que la plupart des médecins résidents.

Notre travail est parfois stressant, mais c'est sans comparaison avec le stress, et la joie qui le compense, d'élever une famille.

*Marguerite Stolar, M.D., FRCPC
Rhumatologue,
New Westminster (Colombie-Britannique)*

*Michael Ramsden, M.D., FRCPC
Rhumatologue,
New Westminster (Colombie-Britannique)*



Les Drs Marguerite Stolar et Michael Ramsden.

Trois (!) générations de rhumatologues, seulement en Argentine

Par Cecilia Catoggio, M.D. et Luis J. Catoggio, M.D., Ph. D.

Luis : Cette occasion qui m'est offerte aujourd'hui de parler des trois générations de rhumatologues de ma famille à mes collègues canadiens est pour moi un privilège inattendu. Peu après la fin de la Seconde Guerre mondiale, mon père, petit-fils de pauvres immigrants italiens arrivés en Argentine, a fait ses études en rhumatologie au Massachusetts General Hospital de Boston, sous la direction du D^r Walter Bauer. Il y travaillait comme boursier de recherche lorsque la cellule LE (caractéristique du lupus érythémateux) a été découverte et que la cortisone a été utilisée pour la première fois dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde par Philip Hench de la clinique Mayo. En 1949, mon père était présent lors du célèbre congrès international qui s'est tenu à l'hôtel Waldorf Astoria de New York et dans le cadre duquel la cortisone a été présentée pour la première fois; il y participait en qualité de titulaire d'une bourse de recherche et d'interprète (de l'anglais vers l'espagnol).

Après sa formation, mon père est retourné en Argentine pour travailler à l'hôpital universitaire; alors âgé de 30 ans, il fut l'un des pères de la rhumatologie « moderne » en Argentine. Il est ensuite devenu chef du service de rhumatologie d'un important hôpital situé en banlieue, puis directeur du service local de rhumatologie de l'Institut national de la santé au moment de leur création, en 1958 (ces établissements ont été dissous 10 ans plus tard par l'un de nos gouvernements militaires!).

Il est retourné à l'hôpital universitaire, où il travailla, en plus d'exercer en cabinet privé, jusqu'à sa mort à l'âge de 68 ans, des suites d'un cancer de la prostate.

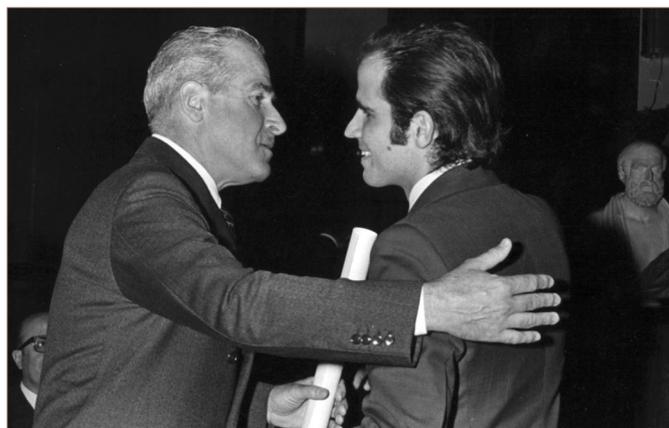
J'ai commencé à vouloir devenir médecin vers l'âge de cinq ans, sans doute sous l'influence de mon père. Je ne voulais pas me spécialiser en rhumatologie, mais j'y ai été plus ou moins « forcé » si je voulais continuer de travailler au Hospital Italiano, où j'ai été résident et résident en chef en médecine – et voilà pour les « choix multiples »!

J'ai suivi une formation de près de trois ans au Royal National Hospital for Rheumatic Diseases de Bath, au Royaume-Uni, sous la direction de personnes telles que les D^{rs} Peter Maddison, Allan St. J. Dixon, Paul Bacon et Paul Dieppe. Je ne l'ai jamais regretté! Notre première fille est née au Royaume-Uni et elle aussi est devenue rhumatologue!

À mon retour au Hospital Italiano, j'ai réussi au fil des ans à faire croître le service de rhumatologie, qui est passé d'un effectif formé d'un seul homme à un groupe qui comptait six médecins-conseils et six boursiers en formation au moment où j'ai quitté mes fonctions de chef de service, il y a quelques années. Je demeure toutefois actif au sein du service; je suis également professeur agrégé de médecine à l'école de médecine à laquelle notre hôpital est affilié et l'un des directeurs du programme de doctorat offert à cet établissement.



Les D^{rs} Walter Bauer et Pedro Catoggio en Argentine, 1954.



Le D^r Luis Catoggio recevant son diplôme de médecine des mains de Pedro Catoggio, 1976.



La D^{re} Cecilia Catoggio recevant son diplôme de médecine des mains de ses parents, les D^s Luis Catoggio et Patricia Gonzalez Salas de Catoggio, 2007.

Notre fille aînée Cecilia, qui est née à Bath, s'est destinée à la médecine à la fin de ses études secondaires. Mais je vais la laisser vous raconter son histoire!

Cecilia : J'ai toujours voulu être vétérinaire; ma décision a toutefois changé durant mes études secondaires, un jour où j'effectuais une visite en compagnie d'un médecin pour prêter assistance dans une école rurale défavorisée. J'ai fait ma résidence en médecine interne au Hospital Italiano, car j'aimais l'approche globale envers les patients qui y était pratiquée; je savais toutefois que je voulais me spécialiser. Pendant toute ma jeunesse, j'ai entendu parler de rhumatologie à la maison et j'ai finalement compris ce qui en faisait une spécialité aussi intéressante. Je considère que la rhumatologie offre un équilibre parfait entre le traitement de patients hospitalisés et de patients externes et qu'elle couvre un vaste éventail de disciplines, depuis la médecine clinique jusqu'à la biologie moléculaire. J'ai fait ma spécialisation en rhumatologie dans un autre hôpital, le Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), afin de suivre ma

propre voie. J'ai terminé ma spécialisation il y a deux ans et je travaille toujours à cet hôpital. J'ai eu mon premier enfant au milieu de ma spécialisation en rhumatologie et, il y a un an, j'ai donné naissance à mon deuxième enfant; j'apprends donc à devenir à la fois médecin et mère et j'essaie de profiter de chaque jour au maximum!

Cecilia Catoggio, M.D.

*Professeure adjointe de médecine, Instituto Universitario CEMIC
Membre du personnel,
Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC)
Buenos Aires (Argentine)*

Luis J. Catoggio, M.D., Ph. D.

*Professeur adjoint de médecine,
Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires
Membre honoraire associé et ancien chef,
Section de rhumatologie, Services médicaux,
Hospital Italiano de Buenos Aires
Buenos Aires (Argentine)*

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'enfant^{1,2}
- Plus de **20 ans d'expérience clinique dans le monde**¹
- Un élément du **programme BioAdvance® de Janssen**

REMICADE® est indiqué :

- En association avec le méthotrexate, pour la réduction des signes et des symptômes, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) modérément à sévèrement active.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, et pour l'amélioration de la capacité fonctionnelle des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active qui présentent une intolérance ou qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standards.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique 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



Remicade®
INFLIXIMAB
Vous et vos patients pouvez
compter sur nous



Du bruit des sabots d'un cheval à ceux d'un zèbre : mon père, le rhumatologue

Par Catharine Dewar, Ph. D., M.D., FRCPC

Mon père, David Lloyd George Howard, est décédé en 2015¹. J'étais très jeune quand il a commencé à me faire participer à son travail. Il m'emmenait avec lui quand il se rendait chez ses patients. Je l'attendais habituellement dans la voiture sauf s'il pensait que cela allait être long. Une belle aquarelle des chutes Bow qui m'est chère orne mon mur. C'est un legs de mon père qui l'avait reçue en cadeau de l'un de ses patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) grave. Mon père m'emmenait quand il allait faire sa tournée à l'hôpital. Je jouais avec les ballons médicaux en cuir dans le « gymnase » jusqu'à ce qu'il ait terminé. Je regardais passer le défilé du Stampede de Calgary de la fenêtre de son cabinet, assise sur la table d'examen. Mes frères et sœurs et moi-même faisons l'envie de nos camarades d'école. Non seulement notre père était-il docteur, mais en plus son cabinet offrait une vue plongeante sur le défilé annuel! Incroyable.



Dr Red Howard, 1948.

Quand nous nous promenions ensemble, mon père me demandait : « Que remarques-tu chez cet homme, Catharine? Vois-tu comment il marche? » Voilà comment il m'a appris ce qu'était la claudication de Trendelenburg. « Tu vois cet homme qui tourne son corps d'un seul bloc? » Ce fut ma première leçon sur la spondylarthrite ankylosante. « Tu vois

la femme qui a les lèvres bleutées et qui semble siffler? » J'ai ainsi appris ce qu'était la respiration lèvres pincées et la maladie pulmonaire chronique. Comme bien des rhumatologues de la première heure



Dr^e Catharine Dewar

au Canada, mon père a exercé à la fois en médecine interne et en rhumatologie la majeure partie de sa carrière. Il a reçu sa formation en rhumatologie à la Clinique Mayo au début des années 1950. Il m'a raconté qu'un de ses mentors l'avait réprimandé parce qu'il n'avait pas remarqué un clonus... d'une rotule! Il m'a raconté l'histoire d'un garçon dont les « crises » avaient mystifié de nombreux médecins. Un spécialiste avait été appelé et, comme par hasard, une crise est « survenue » alors qu'il examinait l'enfant. Le médecin a giflé le garçon sans perdre une seconde et lui a dit : « Bon, j'en ai assez. Arrête ce cirque IMMÉDIATEMENT! » Le garçon n'a plus jamais eu de crises, et tous les médecins étaient remplis d'admiration pour l'éminent spécialiste. Pas parce qu'il avait giflé le garçon (!), mais parce qu'il avait fait preuve de perspicacité. Que d'histoires racontées par mon père me reviennent à l'esprit quand j'utilise son marteau à réflexes ou son stéthoscope avec mes patients!

Né à Harris, en Saskatchewan, mon père était le fils d'un couple issu d'une lignée de fermiers. Ne comprenant pas pourquoi papa « voulait s'enrichir sur le dos des malades », grand-père avait décidé que ce serait ses deux fils aînés qui s'occuperaient de la ferme. Papa s'est donc tourné vers le médecin du village en qui il a trouvé un mentor. Il a quitté l'Université de la Saskatchewan pour aller faire sa médecine à Toronto, puis a suivi une formation en recherche à



Le Dr Red Howard alors âgé de 82 ans.

l'Université McGill sous la supervision du Dr Hans Selye². Sur les sages conseils d'Edward Dunlop³, mon père s'est ensuite expatrié pour aller étudier à la Clinique Mayo sous la direction du Dr Philip Hench⁴, grâce à une bourse de La Société canadienne contre

l'arthrite et le rhumatisme (CARS). La formation qu'il y a suivie ne serait pas offerte au Canada avant de nombreuses décennies.

C'est un parcours impressionnant pour un jeune homme qui avait dû laisser la ferme qu'il aimait derrière lui. J'ai eu le bonheur d'avoir mon père dans ma vie longtemps puisqu'il avait 93 ans quand il est décédé. J'ai donc pu bénéficier de son enseignement durant de nombreuses années. Et j'ai eu le privilège de sa compagnie lorsque l'Université de Toronto, son *alma mater*, m'a décerné le prix du médecin enseignant de l'année en 2000 à titre professeur de rhumatologie. Et nous nous sommes encore plus rapprochés lorsque ma mère a commencé à souffrir de PR alors qu'elle avait 66 ans⁵. Elle est décédée juste avant le début de l'ère des traitements biologiques que papa trouvait fascinants. Je dois toute ma carrière à mon père rhumatologue, mon tout premier mentor.

Références :

1. Dr David « Red » Howard, M.D. (18 janvier 1922-19 août 2015). Accessible à l'adresse : <http://www.legacy.com/obituaries/timescolonist/obituary.aspx?pid=175739581>. Consulté le 12 septembre 2017.
2. Hans Selye. Accessible à l'adresse : https://en.wikipedia.org/wiki/Hans_Selye. Consulté le 12 septembre 2017.
3. Edward Arunah Dunlop Jr. Accessible à l'adresse : https://en.wikipedia.org/wiki/Edward_Arunah_Dunlop,_Jr. Consulté le 12 septembre 2017.
4. Lloyd M. Philip Showalter Hench 1896–1965. *Rheumatology* 2002; 41:582-4.
5. Réflexions sur les mains rhumatoïdes. Accessible à l'adresse : <http://www.craj.ca/archives/2016/French/Printemps/Dewar.html>. Consulté le 12 septembre 2017.

Catharine Dewar, Ph. D., M.D., FRCPC
 Chef,
 Département de rhumatologie,
 Hôpital Lions Gate
 Vancouver-Nord (Colombie-Britannique)

INTERVENTIONS GUIDÉES PAR ULTRASONOGRAPHIE AVEC FORMATION PRATIQUE SUR DES CADAVRES



DATES: Cours post-SCR
 24 et 25 février 2018

LIEU: Centre for Excellence for Simulation Education & Innovation
 Vancouver General Hospital, Canada

cese.med.ubc.ca



DESCRIPTION:

Avec un accent sur la sonoanatomie pertinente, les participants bénéficieront des démonstrations et d'une expérience pratique supervisée du balayage des structures des membres supérieurs et inférieurs avec des cadavres humains embaumés. Le faible ratio enseignant-élève assure une attention individuelle à chacun pour favoriser l'acquisition de compétences avancées.

Corps Enseignant: De remarquables praticiens et enseignants chevronnés en matière d'ultrasonographie.

Directeurs de cours :



Gurjit S Kealey
 MBBS MRCP
 Jacksonville, Fla.
 Professeur de Médecine,
 Chef de la division de rhumatologie,
 Directeur de l'ultrasonographie
 Univ. de la Floride, Collège de médecine



Carlo Martinoli
 MD PhD
 Genova, Italy
 Professeur de Radiologie
 Université de Genova



Abraham Chaiton
 MD FRCPC RhMSUS
 Toronto, Ont.
 Professeur adjoint de
 Médecine
 Univ. de Toronto
 Rhumatologue – Hôpitaux de
 Sunnybrook et Humber River



Peter Inkpen
 MD FRCPC RMSK CSCN(EMG)
 Vernon, B.C.
 Université de la Colombie Britannique
 Dept de Physiatrie et Ultrasonographie
 Neuromusculosquelettique



Ralf Thiele
 MD FACR RhMSUS
 Rochester, N.Y.
 Professeur Associé de Médecine
 Département de Médecine
 Division d'Allergie/Immunologie &
 Rhumatologie
 Ecole de Médecine de l'Université
 de Rochester



Johannes Roth
 MD PhD FRCPC RhMSUS
 Ottawa, Ont.
 Professeur de Pédiatrie
 Université d'Ottawa
 Chef de la division de
 rhumatologie pédiatrique
 Hôpital pour enfants de l'est
 de l'Ontario

Coordinateur local:

Dr. David Collins – Professor Associe, Rhumatologie, UBC, Vancouver

FRAIS D'INSCRIPTION: \$1,450 CDN

Il est recommandé de s'inscrire à l'avance : www.crus-surc.ca/fr/courses/
 Tout matériaux du cours inclus. Tarif d'hôtel special chez J.W.Marriott parq & Douglas.

CRÉDITS DE FORMATION:

Admissible pour 3 heures de crédit en vertu de la section 1 du MDC du Collège royal et 11 heures de crédit en vertu de la section 3. Tous les crédits peuvent être convertis en crédits PRA de catégorie 1 de l'AMA.

Pourquoi ai-je choisi de faire une place à la rhumatologie

Par Caroline Rita Barry, M.D., FRCPC

Native de la petite ville de Rothesay au Nouveau-Brunswick, j'ai vu le jour au sein d'une grande famille dont les parents étaient tous deux des professionnels de la santé. J'ai fréquenté l'école primaire de ma ville natale et obtenu mon certificat bilingue à la fin de ma douzième année. J'ai par la suite mené de front mes études et une carrière de joueuse de tennis de niveau compétitif; une trajectoire qui fut abandonnée assez tôt lorsque je suis arrivée à Halifax, en Nouvelle-Écosse, où j'ai décroché mon diplôme en sciences. La médecine me tenant à cœur et désirant suivre les traces de ma sœur et de mon père, j'ai décidé ensuite de jeter l'ancre à St. John's, Terre-Neuve, pour l'obtention de mon diplôme en médecine à l'Université Memorial de Terre-Neuve.

Mon intérêt pour la rhumatologie s'est manifesté au tout début de mon cursus médical. On m'a fait découvrir la spécialité lors d'un stage d'été pour étudiants en médecine, qui était appuyé par la Société médicale du Nouveau-Brunswick. J'ai été ensuite jumelée à un rhumatologue local, le Dr Eric Grant, qui est rapidement devenu mon mentor. Cette exposition anticipée à la rhumatologie a immédiatement fait naître ma passion pour celle-ci. Mon intérêt n'a fait que grandir durant mes années d'externat, qui m'ont permis de découvrir la médecine musculosquelettique et l'immunologie. De retour à Halifax en 2013, j'ai choisi de poursuivre ma formation de résidence en médecine interne à l'Université Dalhousie en ayant comme objectif de me spécialiser en rhumatologie.

Au terme de ma troisième année de résidence, j'avais acquis davantage d'expérience dans le domaine grâce à des



Notre meilleure tentative d'égoportrait « à la Ellen DeGeneres », mettant en vedette (de gauche à droite) les docteurs Trudy Taylor, Caroline Barry, Alexa Smith, Evelyn Sutton et Alexandra Legge.

stages à l'Université de Toronto et à l'Université de Western Ontario. J'ai eu la chance de pouvoir être près de chez moi et de suivre la formation offerte par le programme de rhumatologie de l'Université Dalhousie, où je suis maintenant depuis cinq ans, et d'être épaulée par la directrice de programme la plus encourageante qui soit, la Dr^{re} Trudy Taylor.

La rhumatologie est un joyau caché. Les maladies, les traitements et la population de patients en constante évolution font de cette spécialité un cheminement sans fin rempli de découvertes académiques. La rhumatologie permet la continuité des soins et le maintien de relations à long terme avec vos patients. Avec le besoin croissant

de rhumatologues à travers le pays, de nombreuses opportunités s'offrent aux jeunes médecins. Je ne peux imaginer une spécialité qui ne soit plus enrichissante et stimulante à la fois, tant du côté de l'apprentissage que du côté des amitiés.

Alors que ma résidence tire à sa fin, j'aimerais remercier tous les rhumatologues que j'ai croisés le long de mon parcours, tout spécialement mes collaborateurs à Halifax avec lesquels j'ai la chance non seulement de former une équipe, mais aussi, une famille. Mon mari et moi avons hâte de retourner dans notre province natale, le Nouveau-Brunswick, à l'été 2018 pour y débiter notre pratique à Saint John.

*Carolina Rita Barry, M.D., FRCPC
Résidente en rhumatologie (5^e année),
Université Dalhousie
The Nova Scotia Rehabilitation Centre,
Halifax (Nouvelle-Écosse)*

Résultats du sondage sur les communications de la SCR

« Le seul problème majeur en communication est l'illusion qu'elle a eu lieu. »

– George Bernard Shaw

La mission de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) est de représenter les rhumatologues canadiens et de promouvoir la poursuite de l'excellence en matière de soins, de formation et de recherche sur l'arthrite et les maladies rhumatismales. En tant qu'organisation respectée tant à l'échelle nationale qu'internationale, nous continuons à servir de porte-parole national pour les rhumatologues praticiens et les chercheurs qui s'intéressent aux maladies rhumatismales. Comme toute organisation, la SCR ne peut réaliser son mandat qu'en communiquant de manière efficace avec ses membres. À cette fin, pour la rubrique *Articulons nos pensées* de ce trimestre, nous avons mené un sondage sur les communications entre l'organisation et nos membres. L'initiative visait principalement à recueillir les impressions des membres à propos du site Web *rheum.ca*, du bulletin électronique *Rheum to Go* et du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)*. Au total, 133 réponses ont été reçues sur les 541 sondages envoyés aux membres, ce qui se traduit par un taux de réponse de 33 %.

La première question du sondage visait à savoir si les membres avaient recours au site Web de la SCR pour chercher des renseignements (voir la Figure 1). La moitié des répondants a indiqué consulter le site Web occasionnellement, en fonction des besoins. Seuls 5 % ont indiqué ne jamais consulter le site Web, et 14 % ont dit y avoir rarement recours. Pour justifier leur réponse, certains ont précisé qu'ils ne connaissaient pas le contenu du site Web et qu'ils ne le trouvaient pas convivial. Quelques-uns ont dit qu'ils ne voyaient pas très bien quel renseignement du site pourrait être utile à leur pratique.

Figure 1. Consultez-vous le site Web de la SCR pour obtenir des renseignements?

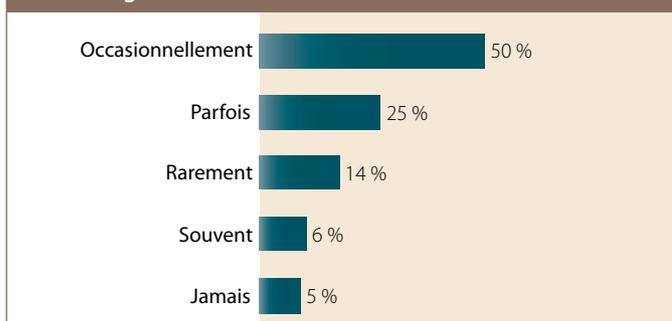
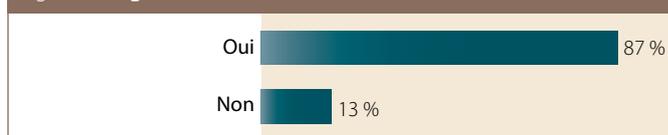


Figure 2. Jugez-vous le site Web de la SCR facile d'utilisation?

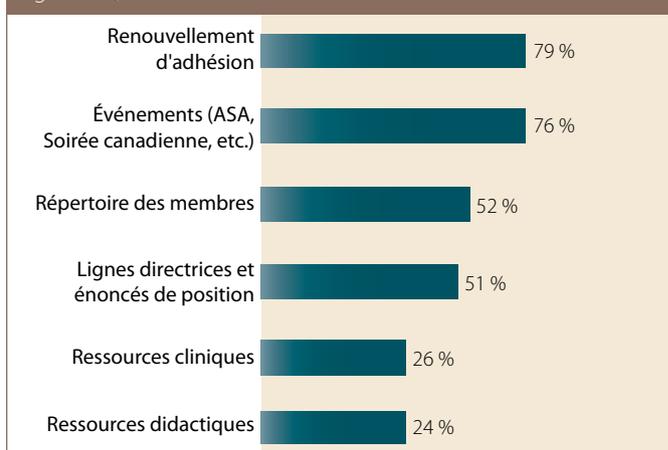


À la question suivante, on demandait aux membres d'évaluer la navigation sur le site Web : 87 % des utilisateurs ont jugé le site de la SCR facile d'utilisation (Figure 2). Nous espérons faire encore mieux avec notre tout nouveau site Web, dont le lancement se fera cet automne.

Selon le sondage, les rubriques les plus populaires du site Web de la SCR sont les suivantes : Renouvellement d'adhésion (79 %), Événements (c.-à-d. renseignements sur l'ASA et la Soirée canadienne) (76 %), Répertoire des membres (52 %) et Lignes directrices et énoncés de position (voir la Figure 3 pour plus de détails). L'un des répondants, apparemment surpris, a indiqué qu'il « ne savait pas que des formations et des emplois étaient affichés sur le site Web »!

Lorsqu'on leur a demandé quels autres renseignements ils souhaiteraient voir sur le site Web de la SCR, beaucoup de répondants au sondage ont expliqué qu'ils aimeraient voir plus de ressources cliniques et didactiques comme des lignes directrices, des discussions sur des cas cliniques ainsi que des documents sur les maladies et les médicaments à l'in-

Figure 3. Quelles sections du site Web de la SCR consultez-vous?



tention des patients. Il a également été suggéré d'ajouter des ressources pour les crédits de la section 3 du programme du Collège royal, de l'information sur les possibilités de financement des publications, des nouvelles européennes concernant la rhumatologie, un lien vers le *Journal of Rheumatology (JRheum)* ainsi qu'un forum communautaire. Étant donné que beaucoup de ces ressources sont déjà disponibles sur le site Web, nous devons trouver un moyen de les faire connaître à nos membres et de les rendre plus accessibles.

On a aussi demandé aux membres de la SCR de fournir des commentaires sur le bulletin électronique de la SCR, *Rheum to Go*. Trente-deux pour cent des répondants ont affirmé lire régulièrement *Rheum to Go*, et 35 % ont déclaré le lire parfois (Figure 4). Ceux qui ont répondu qu'il le lisaient rarement ou ne le lisaient jamais ont été invités à préciser pourquoi. Bon nombre de ces membres ont alors cité comme raisons le manque de temps et le trop grand nombre d'autres choses à lire.

Figure 4. Lisez-vous le bulletin électronique de la SCR, *Rheum to Go*?

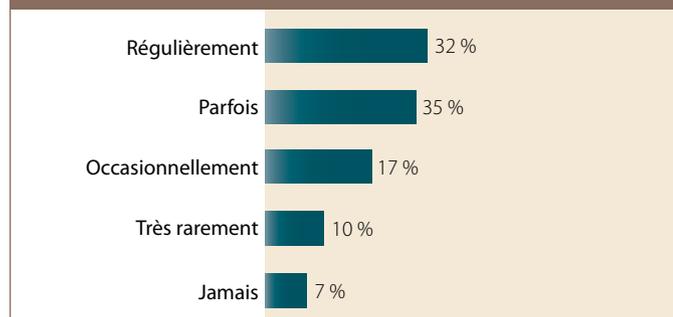


Figure 5. Lisez-vous le *JSCR*?

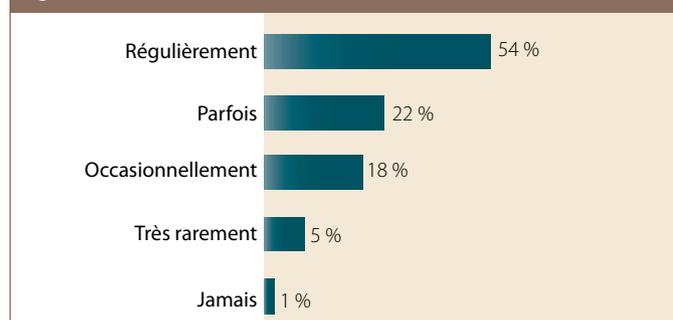
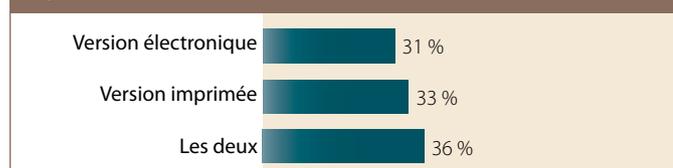


Figure 6. Lisez-vous la version électronique ou la version imprimée du *JSCR*?



Le sondage demandait ensuite à quelle fréquence les membres souhaiteraient recevoir *Rheum to Go*, qui est diffusé régulièrement tous les deux mois. Plus de la moitié des répondants ont déclaré vouloir recevoir le bulletin tous les deux mois (comme actuellement), et 37 % ont répondu qu'ils préféreraient une fréquence mensuelle.

Pour terminer, le sondage contenait aussi des questions sur notre revue, le *JSCR*. Concernant le taux de lecture du *JSCR*, plus de la moitié des répondants ont affirmé le lire régulièrement. Vingt-deux pour cent ont répondu qu'ils le lisaient parfois et 18 %, occasionnellement (Figure 5). Ceux qui ont déclaré ne jamais ou rarement le lire ont donné comme principale raison le manque de temps.

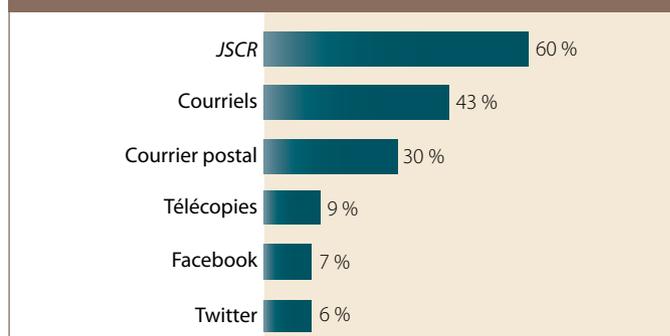
Au sujet de la préférence pour le format électronique ou papier, la répartition était équilibrée, 31 % des répondants témoignant d'une préférence pour la version électronique du journal, 33 % lisant la version imprimée et 36 % optant pour les deux formats (Figure 6).

La dernière question visait à recueillir des commentaires généraux sur l'un ou l'autre aspect des communications de la SCR. Ces commentaires ont été variés. Une personne a suggéré de ne pas envoyer de courriels trop fréquents sur des sujets mineurs, en expliquant que « cela devenait plutôt irritant qu'utile ». D'autres répondants ont dit être pleinement satisfaits de la situation actuelle (voir la Figure 7 pour plus de détails).

En résumé, même si les membres apprécient le site Web et le bulletin électronique, il existe toujours des possibilités d'amélioration. La SCR évaluera attentivement les résultats de ce sondage, en particulier les commentaires, et s'efforcera de mettre à jour et d'améliorer ses communications pour le bien de tous ses membres.

Si vous avez d'autres commentaires à nous transmettre, nous vous invitons à communiquer avec Claire McGowan, à l'adresse claire@rheum.ca. Pour tout commentaire concernant le *JSCR*, merci de bien vouloir communiquer avec Jyoti Patel, à l'adresse jjotip@sta.ca.

Figure 7. Veuillez indiquer quel autre outil de communication vous trouveriez utile.



DPC pour rhumatologues débordés

Apprentissage clinique efficace et efficient : peut-on cumuler des crédits du programme de MDC avec un apprentissage en temps réel?

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

« Après avoir lu l'article "Développement professionnel continu (DPC) pour rhumatologues débordés" dans l'édition de l'été 2017 du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)*, j'ai consulté le site Web du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) (<http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/moc-program/moc-framework-f>) et je me suis assurée que toutes les conférences en milieu hospitalier auxquelles j'assistais me permettaient d'obtenir des crédits du programme de Maintien du certificat (MDC), section 1. Puis-je faire quelque chose de plus? », a demandé la D^{re} AKI Joint, une rhumatologue membre de la SCR.

« C'est bien d'enregistrer des apprentissages pour la section 1 acquis lors de conférences en milieu hospitalier, mais qu'en est-il des recherches que je fais pour répondre à certaines questions soulevées lors mes activités auprès des patients?, s'interroge la D^{re} Joint. Il est plus facile d'accumuler des crédits et de l'autoapprentissage dans la section 2, en réfléchissant aux besoins réels dans ma pratique de la rhumatologie. »

« La semaine dernière, en clinique, on m'a envoyé une femme de 37 ans présentant une polyarthrite, de la fièvre, de la fatigue et des taux de ferritine très élevés. Le tableau clinique, bien qu'évocateur de la maladie de Still chez l'adulte, a suscité chez moi la question suivante : quelles pourraient être les options thérapeutiques basées sur des données probantes, à part la prednisonne? Puis-je demander des crédits pour l'apprentissage que j'ai tiré de mes recherches, alors que je cherchais à répondre à cette question issue de ma pratique quotidienne? »

« Sur le site du Collège royal, j'ai lu qu'il existe plusieurs stratégies d'apprentissage planifié dans la section 2. Si j'effectuais un projet de formation personnel, cela permettrait assurément d'obtenir des crédits pour la section 2. Dans mon cas de mala-

die de Still chez l'adulte, j'avais déjà une question définie et j'ai ensuite créé un plan pour rechercher les plus récentes données probantes. J'ai conclu de mes lectures que les autres options thérapeutiques qui pourraient être envisagées comprenaient [...] et, après être parvenue à cette conclusion, j'ai noté avoir consacré deux heures à ce projet de formation personnel. Mais comment entrer ces renseignements dans MAINPORT? »

Projet de formation personnel

Dans MAINPORT, j'ai trouvé un modèle qui m'a permis de saisir chacun des renseignements suivants :

- **Type de projet** : Répondre à des questions cliniques ou théoriques en vertu du cadre CanMEDS
- **Heures consacrées** : 2 heures (= 4 crédits)
- **Décrire la question** : Quelles sont les options thérapeutiques basées sur des données probantes autres que les stéroïdes dans les cas de maladie de Still chez l'adulte?
- **Date** : 19 octobre 2017
- **Ressources utilisées** : (1) *UpToDate* (site Web); (2) Klippel JH, Dieppe PA. *Rheumatology* 1998; et (3) Pouchot J, Arlet JB. *Biological treatment in adult-onset Still's disease*. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. Août 2012; 26(4):477-87.
- **Questions de réflexion** : Consolider les connaissances acquises et aider à les mettre en pratique. C'est là que j'ai noté le principal résultat ou apprentissage pour moi!
- **Rôles CanMEDS pertinents** : Collaborateur, communicateur, promoteur de la santé, leader, expert médical, professionnel et érudit

« Par le passé, je conservais des dossiers de mes activités de développement professionnel continu (DPC) et je m'effor-

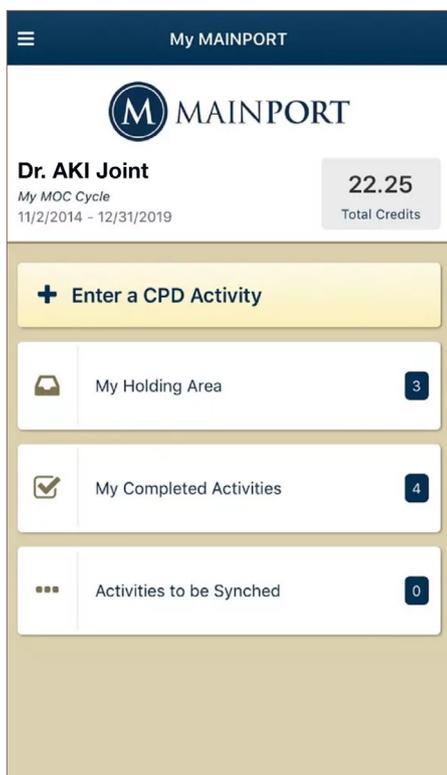


Figure 1. Interface de l'application.

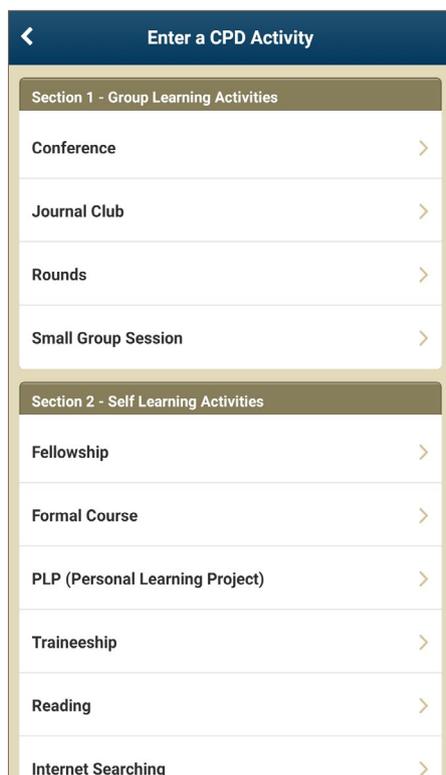


Figure 2. Catégories de la section.

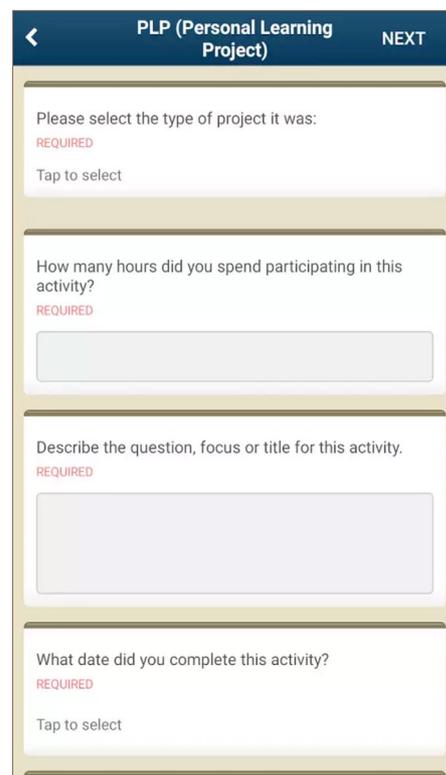


Figure 3. Questions sur le projet d'apprentissage personnel.

çais chaque fin d'année de toutes les consigner dans le système MAINPORT. J'ai aussi lu sur le site Web du Collège royal (<http://www.royalcollege.ca/rcsite/resources/access-royal-college-apps-f>) que le système comprend maintenant une application MAINPORT pour les utilisateurs de l'iPhone et d'Android (Figures 1, 2 et 3). Cela encourage la consignation et la saisie en temps réel des occasions d'apprentissage ainsi que le suivi des requêtes. Je peux maintenant utiliser l'application pour incorporer le suivi en temps réel de l'apprentissage que je fais en vue d'améliorer les soins aux patients. »

L'application MAINPORT encourage et permet l'enregistrement de ces activités d'apprentissage clinique naturelles axées sur les soins aux patients.

Restez à l'écoute des aventures de la D^{re} AKI Joint et de son parcours d'apprentissage, alors qu'elle explorera les crédits de la section 3 du programme de MDC.

Remerciements : D^r Barry Koehler (ancien président de la SCR), pour la discussion tenue juste après l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR de 2017 et qui a donné lieu à cette série d'articles.

*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)*

Prise en charge de l'arthrite juvénile idiopathique dans les pays en développement

Par Mercedes Chan, MBBS, MHPE, FRCPC

Située à une heure et demie de Johannesburg, en Afrique du Sud, la ville de Muldersdrift, déclarée patrimoine mondial par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), est mieux connue sous le nom de « berceau de l'humanité » en raison du grand nombre de fossiles d'hominidés qui s'y trouvent. Quinze rhumatologues pédiatriques de partout dans le monde se sont réunis dans cet endroit mythique sur le plan de l'évolution musculosquelettique pour formuler des recommandations consensuelles pour la prise en charge de l'arthrite juvénile idiopathique (AJI) dans les pays en développement. Ce groupe de travail était formé de personnes qui désirent ardemment faire avancer la rhumatologie pédiatrique dans les pays en développement et qui travaillent dans les domaines de l'éducation médicale, de l'épidémiologie des maladies rhumatismales chez l'enfant, de l'immunologie et de l'établissement de lignes directrices cliniques. À titre de rhumatologue pédiatrique ayant un intérêt pour l'éducation médicale et la santé mondiale, j'ai eu le grand privilège de faire partie de ce groupe, en compagnie de deux autres rhumatologues pédiatriques canadiens, les D^{rs} Ron Laxer et Ross Petty, qui ont tous deux largement contribué à l'éducation et à la formation médicales de rhumatologues pédiatriques partout dans le monde.

La *Juvenile Idiopathic Arthritis Management for Less Resourced Countries Initiative* (ou tout simplement « JAMLess ») a été mise sur pied par les D^{rs} Christiaan Scott (Le Cap, Afrique du Sud) et Ricardo Russo (Buenos Aires, Argentine) et regroupe des représentants d'un peu partout sur la planète, notamment de l'Inde, de la Tanzanie, du Brésil, du Royaume-Uni, de l'Italie et de la Belgique. Grâce à une subvention de la Ligue internationale d'associations pour la rhumatologie, les D^{rs} Scott et Russo se sont mis au travail, reconnaissant que les défis qui se présentaient à eux dans leur milieu clinique étaient différents de ceux qui se posent dans les pays développés où ils avaient tous les deux fait leurs études (le D^r Scott à Louvain, en Belgique, et le D^r Russo à Toronto, au Canada). En outre, bon nombre des recommandations déjà publiées en matière de prise en charge de l'AJI s'adressent principalement aux praticiens des pays

développés et peuvent difficilement être mises en application dans les pays en développement. Dans ces pays, par exemple, les maladies endémiques comme la malaria, la tuberculose et le VIH/sida doivent souvent être prises en considération dans le diagnostic différentiel et la prise en charge de l'AJI. De plus, la pauvreté, les conflits sociaux et le manque de ressources restreignent encore plus l'accessibilité à des soins adéquats.

L'initiative JAMLess axera ses recommandations sur quatre aspects fondamentaux de la prise en charge de la maladie, soit 1) la prise en charge clinique (diagnostic, orientation vers un spécialiste et suivi); 2) l'éducation; 3) la défense des intérêts des patients et les réseaux; et 4) la recherche. Bien qu'il s'agisse d'un projet évolutif, nous espérons que ces recommandations pourront servir à tous les praticiens des pays en développement susceptibles de voir des cas d'AJI en tant qu'outil pour l'éducation médicale, la défense des intérêts et la prise en charge clinique. Au vu de la mondialisation rapide et de la faisabilité croissante des voyages internationaux, il est probable que ces recommandations finiront aussi par être utiles et applicables dans les pays développés. En outre, de telles ressources seront utiles à un grand nombre de gens des pays en voie de développement qui vont suivre une formation dans des pays développés comme le Canada, car les normes de soins et les ressources accessibles sont souvent différentes dans leur pays d'origine.

Des programmes de formation et divers établissements offrent aux professionnels de la santé de nombreuses occasions de participer à cette initiative mondiale en rhumatologie. Partout au Canada, bien d'autres professionnels de la santé contribuent à combler les besoins mondiaux en rhumatologie. Tous les ans, les D^{rs} Simon Huang, Ian Tsang et Barry Koehler demandent à des boursiers en rhumatologie de l'Université de la Colombie-Britannique de les accompagner à Canton, en Chine, pour donner un cours de rhumatologie optionnel de deux semaines à des étudiants en médecine. Les D^{res} Rosie Scucimarri, Ines Colmegna et Carol Hitchon (McGill et Université du Manitoba) se sont associées à des collègues au Kenya pour réaliser des études épidémiologiques sur les maladies rhumatismales en Afrique de l'Est. Ce ne sont là que deux exemples



Les membres du groupe de travail de l'initiative JAMLess photographiés en Afrique du Sud, juillet 2017. De gauche à droite, dernière rangée : Helen Foster (R.-U.), Carine Wouters (Belg.), Nicola Ruperto (It.), Ron Laxer (Can.), Ross Petty (Can.). Rangée du milieu : Gecilmara Peliggi (Brésil), Claudia Saal Magalhães (Brésil), James Chipeta (Zambie), Gail Faller (Afr. du Sud), Raju Khubchandani (Inde). Première rangée : Frances Furia (Tanz.), Ricardo Russo (Arg.), Chris Scott (Afr. du Sud), Mercedes Chan (Can.), Waheba Slamang (Afr. du Sud).

de participation de la communauté canadienne de la rhumatologie au mouvement « Rhumatologie sans frontières »¹ qui vise à accroître l'accès aux soins et à la formation en rhumatologie dans le monde. Les établissements d'enseignement et les cliniciens des pays en développement sont désireux d'interagir avec les enseignants de toutes les facultés de médecine du monde afin d'échanger des connaissances et de participer à l'avancement des réseaux éducationnels, cliniques et de recherche.

Ma participation à l'élaboration des recommandations dans le cadre de l'initiative JAMLess m'a appris beaucoup et m'a remplie d'humilité. J'ai un immense respect pour mes collègues qui travaillent dans des milieux sans grandes ressources et qui poursuivent malgré tout leur apprentissage, animés d'une motivation, d'une persévérance et d'un dévouement inébranlables à faire avancer la rhumatologie dans leur pays et au-delà. Finalement, le monde est peut-être aussi petit qu'on le dit, mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir dans le domaine de la rhumatologie.

Référence :

1. Lau CS, Feng PH. Rheumatology without borders. *Nat Clin Pract Rheumatol.* juin 2007; 3(6):305.

Mercedes Chan, MBBS, MHPE, FRCPC

*Professeure adjointe en pédiatrie, Université de l'Alberta
Rhumatologue pédiatrique, Hôpital pour enfants Stollery
Edmonton (Alberta)*



**ANNUAL SCIENTIFIC MEETING
L'ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE ANNUELLE**

VANCOUVER • FEB 21-24 FÉV 2018

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, Colombie-Britannique, du 21 au 24 février.

**Pour plus d'information concernant
l'événement et les dates importantes,
veuillez visiter le site rheum.ca**

La présence canadienne en rhumatologie au Népal

Par Stephen Aaron, M.D., FRCPC

En 1977, la SCR a créé la Bourse internationale d'étude et de recherche Metro A. Ogryzlo, en hommage au fondateur de *Journal of Rheumatology* et en reconnaissance de ses autres réalisations. De 1981 à 2008, cette bourse a permis à 26 médecins de tous les coins du monde de suivre une formation avancée en rhumatologie, et la plupart d'entre eux sont retournés dans leur pays d'origine, dont le Népal, pour y améliorer les soins dispensés aux patients.

Le Népal est un pays remarquable par sa géographie – il compte 7 des 10 plus hautes montagnes du monde – et par son mélange mystique de spiritualisme bouddhiste et hindou. Cependant, ce pays de 30 millions d'habitants, enclavé entre les plaines du nord de l'Inde et le plateau tibétain, est également un pays pauvre. Il se situe en effet au 157^e rang mondial pour ce qui est de son PIB par habitant.

Le D^r Buddhi Paudyal est né dans une petite ville des plaines occidentales du Népal. Durant sa jeunesse, il a travaillé dans un hôpital de la Mission des Nations Unies au Népal, où il a fait la rencontre de la D^{re} Helen Huston d'Edmonton. Il était enthousiaste à l'idée de devenir médecin et il a eu la possibilité de faire des études de médecine; il a ensuite fait sa résidence à Katmandou. Bien au fait de la polyarthrite rhumatoïde, puisque son père en était atteint, il a fait une demande en vue de décrocher un poste à l'Université de Toronto et d'obtenir la Bourse d'étude et de recherche Ogryzlo.

À Toronto, Buddhi a été motivé par ses professeurs, les D^{rs} Heather McDonald-Blumer, Peter Lee, Dafna Gladman, Art Bookman, Vivian Bykerk et Simon Carette. Il a été le dernier boursier Ogryzlo.

Fidèle à sa promesse, Buddhi est retourné au Népal et à l'Hôpital Patan, près de Katmandou. Il y a mis sur pied la première clinique publique de rhumatologie du Népal. La plupart des médecins, y compris les seuls cinq autres rhumatologues à temps partiel du pays, travaillent en cabinet privé. L'Hôpital Patan est un hôpital public dont les cliniques desservent une vaste population.

L'établissement est vite devenu le siège d'une nouvelle école de médecine, l'Académie des sciences de la santé Patan (PAHS, pour Patan Academy of Health Sciences), qui bénéficie du soutien de bénévoles du monde entier, y compris du Canada. Cette école a pour mission d'attirer des étudiants motivés en provenance de régions rurales mal desservies et de les encourager à retourner dans leur région à la fin de leur formation en milieu communau-



Les D^{rs} Keshav Sigdel, Stephen Aaron et Buddhi Paudyal à la PAHS, au Népal.

taire. Le D^r Paudyal est un chef de file en médecine musculosquelettique et en médecin interne dans le cadre de ce programme.

J'ai rencontré Buddhi en 2011, alors que je faisais du bénévolat pour l'école de médecine, et j'y suis retourné régulièrement depuis. Grâce aux efforts et aux encouragements du D^r Paudyal, le D^r Keshav Sigdel, qui a terminé sa formation en rhumatologie en Chine, vient de se joindre à son équipe.

L'Hôpital Patan commencera à offrir des programmes de formation postdoctorale en août. Il n'existe pas de certification en rhumatologie au Népal, mais le D^r Paudyal a obtenu l'autorisation de lancer le premier programme de bourses de recherche du pays en 2018, l'établissement où il travaille étant considéré comme un centre de formation, de soins, de recherche et de promotion des intérêts des patients. Au cours des premières années, ce programme devra toutefois compter sur une aide extérieure pour la formation des étudiants tant que le nombre de professeurs ne sera pas suffisant.

Si vous désirez vous joindre à moi pour venir en aide aux patients népalais atteints d'arthrite, n'hésitez pas à m'écrire à stephen.aaron@ualberta.ca; je serai heureux de vous en dire davantage.

Pour de plus amples renseignements sur l'Hôpital Patan et la PAHS, consultez le site www.pahs.edu.np.

*Stephen Aaron, M.D., FRCPC
Professeur, Département de médecine,
Division de rhumatologie, Faculté de médecine,
Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)*

Au Yukon, des services de rhumatologie sont offerts par un rhumatologue itinérant, le D^r B. Daniel McLeod, et une infirmière en rhumatologie, Lee Ash. Le rhumatologue itinérant précédent, le D^r Graham Reid, avait négocié l'ajout des services d'une infirmière en rhumatologie lors des cliniques, et cet ajout s'est révélé très précieux, pour ne pas dire indispensable.

Les cliniques sont organisées dans la région de l'Hôpital général de Whitehorse, où exerce le spécialiste itinérant, sous la direction du chef de bureau des services de consultation externe, Jason Durand.

Le soutien administratif est assuré par Mary Gottshall. Les cliniques sont organisées tous les deux mois.

Certains patients sont aussi dirigés vers des rhumatologues de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, puisque nous ne sommes pas en mesure de répondre à la demande. Un interniste consultant itinérant, le D^r Kevin McLeod, aide également à réduire la demande pour les services de rhumatologie. Des cliniques sont également organisées avec des spécialistes itinérants en psychiatrie, en orthopédie, en dermatologie, en gastro-entérologie, en neurologie et en néphrologie. Localement, l'accès à l'échocardiographie est très limité. L'exploration fonctionnelle respiratoire et l'ostéodensitométrie ne sont pas offertes dans le territoire et les patients doivent être dirigés à l'extérieur de la région pour ces examens.

— D^r B. Daniel McLeod



Le D^r McLeod et M^{me} Lee Ash, infirmière en rhumatologie, sont posés devant l'Hôpital général de Whitehorse.



Territoires du Nord-Ouest

Crédit photo : aboriginalcanada.ca

Cet été, cela fera 20 ans que je me rends dans les Territoires du Nord-Ouest pour participer à des cliniques itinérantes en rhumatologie. En 1997, à peine plus d'une semaine après la fin de ma résidence, s'amorçait ce qui s'est révélé le volet à la fois le plus difficile et le plus satisfaisant de ma pratique. Je suis toujours aussi surpris de constater que dans une population de moins de 50 000 personnes, j'observe quand même des affections des plus fascinantes. Je continue à participer à des cliniques de quatre jours quatre fois par année, parfois accompagné d'un stagiaire en rhumatologie d'Edmonton.

Au fil du temps, la liste d'attente pour les consultations de routine s'est allongée pour atteindre des niveaux qui n'étaient plus acceptables. J'ai eu des réunions productives avec les hauts responsables de l'administration afin de trouver des solutions pour diminuer les temps d'attente. J'ai rédigé un guide d'orientation qui devrait aider à réduire les consultations non nécessaires auprès des spécialistes et permettre le diagnostic et le traitement précoces de l'arthrite inflammatoire par les médecins de soins primaires. Nous étudions la possibilité d'élargir le rôle des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et

des infirmières praticiennes, qui sont déjà des acteurs importants dans la prestation de services dans les Territoires du Nord-Ouest. Le déploiement du dossier médical électronique dans l'ensemble du territoire a grandement contribué à améliorer l'efficacité du triage et de la gestion des cas.

J'ai été ravi lorsqu'une de nos nouvelles diplômées en rhumatologie, la D^{re} Carrie Ye, a manifesté le désir de participer à quelques cliniques cette année pour aider à réduire la liste d'attente. Elle a tellement aimé travailler avec moi à Yellowknife en tant que résidente qu'elle souhaitait en faire

plus. Le temps d'attente pour une consultation de routine est passé de 2,5 ans au début de 2017 à un délai plus acceptable de 3 à 6 mois maintenant.

À l'avenir, le défi consistera non seulement à continuer d'offrir un accès rapide aux nouveaux patients, mais aussi à assurer un suivi et un soutien adéquat après des fournisseurs de soins primaires qui prennent en charge nos patients atteints d'arthrite.

—D^r Dale Sholter



Les époustouflantes aurores boréales.

Crédit photo: Carrie Ye



Le centre médical de Stanton et le tout nouveau centre hospitalier en construction (en arrière-plan).

Hommage au Dr Tenenbaum

Par Heather McDonald-Blumer, M.D., M. Sc., FRCPC

Le Dr Jerry Tenenbaum nous a quittés le jeudi 6 juillet 2017. Il est décédé des complications d'une intervention chirurgicale ayant eu lieu à la fin juin. Jerry était considéré comme un rhumatologue passionné qui se consacrait à corps perdu à son travail de clinicien, de professeur, d'éducateur et de mentor. Sa présence souvent plus grande que nature nous manquera énormément.

Jerry est né en Allemagne et a émigré au Canada avant son premier anniversaire lorsque sa famille s'est installée à Toronto. Il a effectué ses études de premier cycle et ses études de médecine à l'Université de Toronto, où il a été admis à la société médicale honorifique Alpha Omega Alpha. Jerry a poursuivi ses études à l'Université de Toronto, y terminant sa formation en médecine interne et sa résidence en rhumatologie, avant de s'inscrire à l'Université de Miami pour y effectuer deux ans de recherches fondamentales sur le cartilage articulaire/l'arthrose. Il est ensuite revenu à Toronto pour y occuper un poste permanent en 1979.

Alors que Jerry poursuivait ses activités de recherche au début de sa carrière à l'Université de Toronto, il est devenu de plus en plus actif dans l'enseignement, l'éducation et l'administration de l'éducation. Il a occupé d'importantes fonctions de leadership, agissant notamment comme vice-doyen de la formation médicale continue, directeur du Département de la médecine interne et des sous-spécialités et directeur du programme destiné aux diplômés internationaux en médecine pour l'Ontario. Ses contributions ont été soulignées et il a reçu le titre de professeur de médecine en 2002. On lui a attribué de nombreux prix pour l'excellence de son enseignement, notamment le prix d'excellence en enseignement clinique de l'Hôpital Mount Sinai à plusieurs occasions, le prix Anderson pour sa contribution remarquable à la mission éducative de l'Hôpital Mount Sinai et du Réseau universitaire de santé, le prix Aikens pour l'enseignement de premier cycle et le prix du professeur de l'année du Département de médecine.



1948–2017

Pendant la dernière partie de sa carrière et de sa vie, Jerry travaillait à Toronto et à Victoria. Il continuait de recevoir ses patients dans les deux cabinets, parvenant à gérer les déplacements avec une aisance et une grâce manifestes. Il a aussi continué à enseigner au sein des divisions de rhumatologie à Victoria et à Toronto. Il a maintenu ses liens avec l'Université de Toronto et a aussi été nommé professeur adjoint à la Division de rhumatologie de l'Université de la Colombie-Britannique. Il a exercé une influence considérable

et palpable sur plusieurs générations de rhumatologues partout au pays.

En dehors de la médecine et de la rhumatologie, Jerry était un formidable historien, incollable sur tous les aspects de la scène musicale contemporaine, surtout en ce qui touchait son idole Bob Dylan. C'était aussi un partisan passionné des Maple Leafs, et son optimisme envers leur éventuel retour en force était toujours présent. Mais par-dessus tout, Jerry éprouvait un grand amour pour sa famille, sujet qui l'enthousiasmait plus que tout autre. En plus de sa mère, de ses deux sœurs et d'une grande famille élargie tissée serrée, Jerry laisse derrière lui ses deux fils et leur famille ainsi que sa partenaire, Lucretia van den Burg.

Comme le disait si justement un des neveux de Jerry : « On retiendra de Jerry son éthique de travail, son engagement envers ses patients et l'enseignement, sa fierté à l'égard de sa spécialité et, par-dessus tout, sa voix puissante ».

La présence et les contributions de Jerry manqueront assurément à toute la communauté de la rhumatologie.

*Heather McDonald-Blumer, M.D., M. Sc., FRCPC
Directrice de division, rhumatologie,
Université de Toronto
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., CICr < 40 mL/min).
- XELJANZ ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.

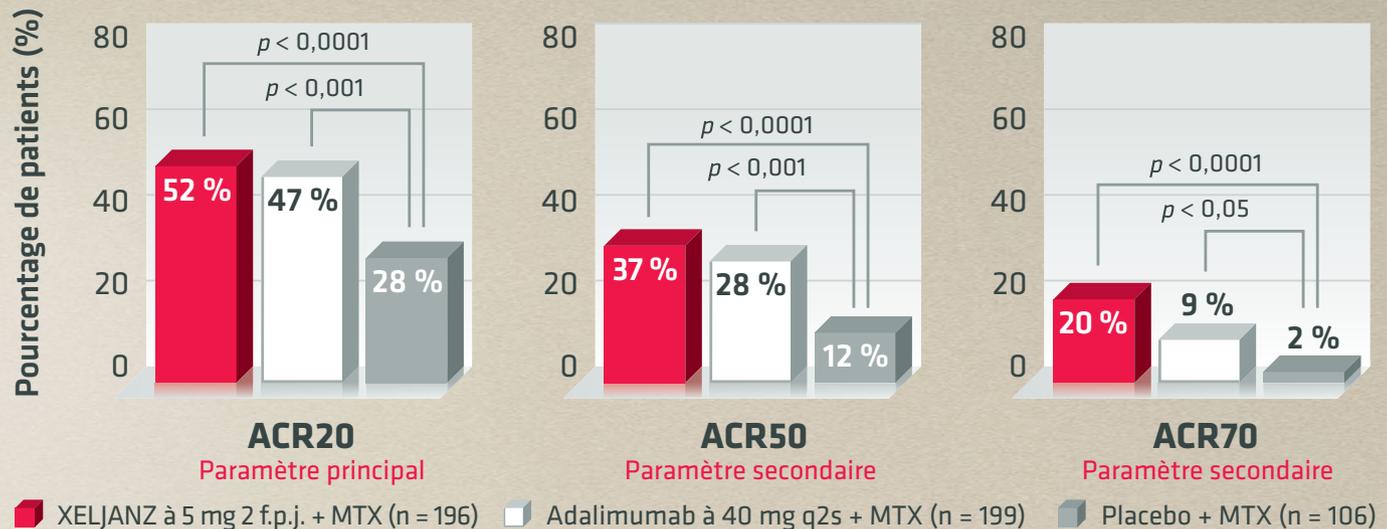


Efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

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 Arthrite (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.

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'enfant^{1,2}
- Plus de **20 ans d'expérience clinique dans le monde**¹
- Un élément du **programme BioAdvance® de Janssen**

REMICADE® est indiqué :

- En association avec le méthotrexate, pour la réduction des signes et des symptômes, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) modérément à sévèrement active.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, et pour l'amélioration de la capacité fonctionnelle des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active qui présentent une intolérance ou qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standards.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique 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



 **Remicade**
INFLIXIMAB
Vous et vos patients pouvez
compter sur nous



Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson