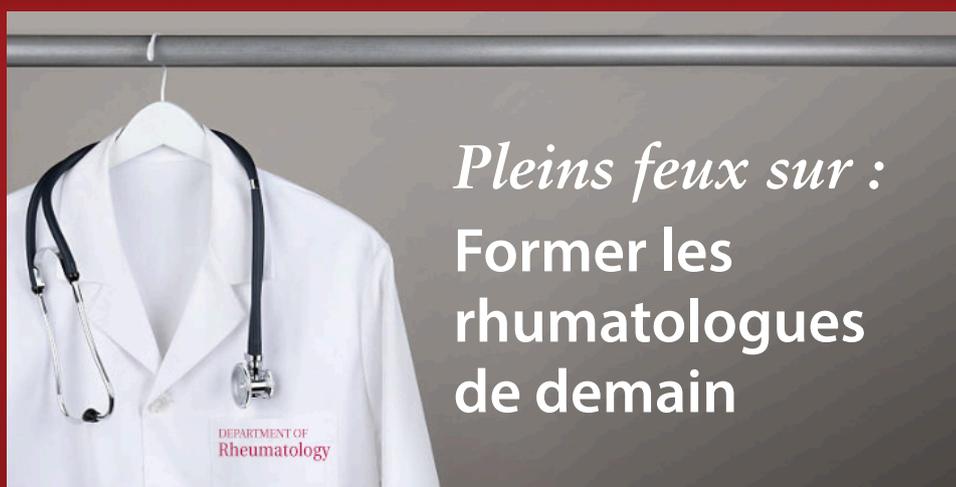


# CRAJSCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



## Éditorial

- Le joyeux guerrier

## Que fait la SCR pour vous?

- Mise à jour sur les programmes de la SCR destinés aux étudiants et aux rhumatologues débutants

## Arthroscopie

- Recommandations CanVasc pour le traitement des vascularites à ANCA

## Articulons nos pensées

- Sondage 2017 de la SCR : Des recommandations sur les lignes directrices?

## In Memoriam

- Hommage au Dr Guy Germain

## Impression et opinion

- Redéfinir le bonheur : mon expérience des systèmes de santé américain et canadien
- L'évolution de la polyarthrite rhumatoïde : « *Flipping the Switch – Reverse Thinking* »

## 10 points à savoir

- Dix points que les rhumatologues devraient savoir sur les maladies inflammatoires de l'intestin

## Consultation de couloir

- Imagerie de la spondylarthrite : que doit savoir le rhumatologue?

## Hommage boréal

- Former les rhumatologues de demain (projet TROT)
- Nous nous sommes levés pour être comptés... Et ensuite?
- Étendre les soins en rhumatologie en Colombie-Britannique
- Excusez-moi, aimeriez-vous devenir rhumatologue?
- *Nuit Rheum* : une nuit mémorable!
- De jeunes rhumatologues aiment le FLIRT
- Dilemme en rhumato : « *You Used to Call Me on My Cell Phone* »
- Le chemin menant de stagiaire d'été de la SCR à rhumatologue
- L'expérience d'un mentoré à l'Assemblée scientifique annuelle 2016 de la SCR
- Mon parcours pour devenir rhumatologue
- Former nos collègues : Journée de pratique clinique en rhumatologie de l'Université McMaster

# MAINTENANT REMBOURSÉ PAR LA RAMQ

en tant que médicament d'exception

## XELJANZ – Critères de remboursement de la RAMQ

- en association avec le méthotrexate pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses au méthotrexate.

### Lors de l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au plan radiologique;
  - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
  - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
  - une augmentation de la vitesse de sédimentation;

et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. L'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

Pour en apprendre davantage, visitez le site [XELJANZ.ca](http://XELJANZ.ca) ou communiquez avec votre représentant Pfizer.

XELJANZ (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou grave qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ (tofacitinib) en monothérapie.

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

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 d'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  
© 2017 Pfizer Canada Inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5

CA0115T0F011F

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

# Le joyeux guerrier

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

« *Qui est le joyeux guerrier? Qui est-il?  
Que devrait être l'essence de tout homme portant les armes?  
– C'est la générosité, qui dans les tâches de la vie réelle,  
Dans le cadre du rêve qui nourrissait ses pensées puérides,  
Dont les grandes réalisations sont la lumière intérieure  
Qui illumine toujours son chemin,  
Qui avec un instinct naturel discerne ce que le savoir peut accomplir,  
et ce qu'il doit apprendre,  
Se plie à cette détermination et ne s'arrête pas,  
Mais fait de son être moral son souci primordial.* »

William Wordsworth, « *Character of the Happy Warrior* », poème écrit à la suite du décès de Lord Nelson, héros de guerre britannique (traduction libre).

En consultant mes récentes chroniques ainsi que celles à venir pour le JSCR, j'ai noté un thème récurrent. Il semble que je me plains beaucoup, ces jours-ci, au sujet des difficultés liées aux sondages, aux paiements, aux engagements pour le repas du midi et aux pharmaciens de détail. Et pourtant, je m'épanouis dans mon travail et dans ma vie au quotidien. Exprimer mes frustrations me permet peut-être de demeurer positif. Comme le concept de « joyeux guerrier » a trouvé écho en moi, j'ai approfondi mes recherches à ce sujet.

Quoique le poème soit britannique, l'étiquette de « joyeux guerrier » est davantage liée à la politique présidentielle américaine. En 2006, le magazine *The American Spectator* a indiqué que Grover Cleveland « adorait le poème, prenait plaisir à le réciter à ses amis et souhaitait qu'on le lise à ses funérailles ». Franklin D. Roosevelt l'a utilisé dans un discours pour la nomination à l'investiture du gouverneur de l'État de New York, Al Smith, dans le cadre de la Convention nationale du parti démocrate en 1924. En octobre 2016, à New York, dans le cadre du souper caritatif Al Smith qui les mettait en vedette, les deux candidats à la présidence, M. Trump et Mme Clinton, ont tenté de faire un discours humoristique au sujet de leur adversaire respectif. Aucun d'entre eux n'a réussi à transmettre l'image d'un joyeux guerrier. La plupart du temps, cette étiquette est utilisée pour décrire les vice-présidents américains, d'Hubert Humphrey, dans les années 1960, à Joe Biden, encore tout récemment. Parmi d'autres personnalités auxquelles on a accolé ce sobriquet, on trouve le président actuel de la Chambre des représentants, Paul Ryan, et le regretté sénateur Ted Kennedy.

Un cabinet ou une clinique de rhumatologie n'est pas toujours un lieu où il fait bon être. On nous force à voir plus de patients, à ne pas faire trop attendre les patients pour obtenir un rendez-vous, à nous occuper de la paperasse ainsi qu'à gérer les interactions avec le personnel. On doit transmettre les mauvaises nouvelles de manière honnête tout en faisant preuve

d'empathie qu'il s'agisse d'un diagnostic de lupus systémique chez une jeune femme ou d'une sclérodémie et d'une fibrose pulmonaire à évolution rapide chez un homme d'âge moyen.

Toutefois, bon nombre de nos interactions sont propres à la prise en charge de la maladie chronique : des patients stables qui se portent bien et qui exigent une réévaluation périodique de l'état clinique, la gestion des flambées intercurrentes et des affections concomitantes, les ajustements posologiques des médicaments et la surveillance des analyses de laboratoire et d'autres indices de l'activité de la maladie. Les visites peuvent être agréables pour toutes les parties visées, et le rire, comme meilleur remède, peut jouer son rôle. Quelques exemples me viennent en tête :

Une de mes patientes souffrant depuis longtemps de polyarthrite rhumatoïde, maintenant âgée de plus de 90 ans et vive d'esprit, vient toujours à mon cabinet avec sa fille. Je prenais son pouls qui était de 52 battements par minute, ce qui était tout à fait prévisible, car elle prenait un bêta-bloquant. Elle m'a demandé de lui indiquer le résultat, puis en me regardant d'un air impassible, a dit à sa fille que son pouls était faible parce que « le médecin ne lui faisait aucun effet ». Alors, maintenant, même les nonagénaires se moquent de moi! Nous avons tous bien ri.

Un autre exemple est celui d'un jeune homme qui a commencé à venir à 16 ans parce qu'il souffrait d'anémie, qu'il était de petite taille et qu'il avait des douleurs aux membres inférieurs depuis plusieurs années. En fait, il était atteint de spondylarthropathie juvénile, avec dommage aux hanches et épanchements récurrents aux genoux. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), la physiothérapie et les injections de stéroïdes dans les deux genoux ont été très efficaces. Quelques années plus tard, il est arrivé très enthousiaste à son rendez-vous. Il suivait des cours d'informatique au CEGEP et il m'a montré un de ses devoirs, une animation intitulée « *L'aiguille magique* ». Il m'a dit qu'il s'était inspiré de ses premières visites à mon cabinet et du soulagement qu'il avait éprouvé à la suite des injections intra-articulaires de stéroïdes. Le récit était fidèle à la réalité, mais j'ai remarqué qu'il avait changé mon nom et le sien, sans doute pour des raisons de confidentialité. C'est en revoyant l'animation que j'ai remarqué que je m'appelais maintenant Dr Cooper, et que je ressemblais à Sheldon Cooper de la série télévisée *The Big Bang Theory*. À ce moment-ci, je ne peux que me demander s'il s'agissait d'un commentaire sur mon intelligence et ma perspicacité diagnostique, ou sur mes aptitudes sociales ou mes manques dans ce domaine. J'en ris, mais je pense que je ne lui demanderai pas ce qu'il voulait vraiment dire.

La médecine est une affaire sérieuse. Par contre, il est possible de s'amuser au travail et d'être un joyeux guerrier. Toutefois, évitez d'afficher un large sourire lorsque vous enfoncez une aiguille dans les articulations d'un patient; les gens n'aiment pas vraiment cela.

Philip A. Baer, M.D., C.M., FRCPC, FACP  
 Rédacteur en chef, JSCR, Scarborough (Ontario)

# COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

**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., C.M., FRCPC, FACR  
Président,  
Section de la rhumatologie,  
Association médicale de  
l'Ontario (AMO)  
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  
Chef du service 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 adjointe,  
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,  
Université McMaster  
Divisions d'immunologie  
clinique, d'allergies et  
de rhumatologie  
Shanty Bay (Ontario)

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

**Deborah Levy,**  
M.D., M.S., FRCPC  
Professeure adjointe,  
Université de Toronto  
Équipe de recherche,  
Child Health Evaluative  
Sciences Research Institute  
Toronto (Ontario)

**Bindu Nair,**  
M.D., M.Sc., 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  
Hôpital de Moncton  
Moncton (Nouveau-Brunswick)

**Jacqueline C. Stewart,**  
B.Sc.(Hons), B.Éd., M.D., FRCPC  
Rhumatologue  
Hôpital régional de Penticton,  
Penticton (Colombie-Britannique)

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



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

## ÉQUIPE DE RÉDACTION

**Paul F. Brand**  
Directeur de la publication

**Russell Krackovitch**  
Directeur de la rédaction,  
Division des projets sur mesure

**Jyoti Patel**  
Rédactrice

**Catherine de Grandmont**  
Rédactrice, version française  
Responsable des services linguistiques

**Donna Graham**  
Responsable, Gestion de la production

**Dan Oldfield**  
Responsable, Conception graphique

**Mélissa Drouin**  
Responsable des services administratifs

**Robert E. Passaretti**  
Éditeur

© STA HealthCare Communications, 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, photocopie, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. Numéro de convention de la poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : mars 2017. Les auteurs des articles sont choisis selon l'étendue de leur expertise dans une spécialité donnée. Les articles publiés dans le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Société canadienne de rhumatologie ou de STA HealthCare Communications inc., et leur contenu n'engage que leurs auteurs respectifs. 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 Rte Transcanadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5.

# Mise à jour sur les programmes de la SCR destinés aux étudiants et aux rhumatologues débutants

Par Christine Charnock, présidente-directrice générale de la SCR

Depuis sa création, la SCR travaille à la promotion et à l'avancement du domaine de la rhumatologie par l'organisation d'activités de réseautage, de formation et d'éducation pour les cliniciens, les étudiants, les professionnels de la santé et les chercheurs. Les programmes qui suivent ne sont que quelques-unes des initiatives visant à mettre en valeur la rhumatologie auprès des étudiants et des résidents et à appuyer les résidents et les rhumatologues en début de carrière.

### FLIRT

FLIRT (*Future Leaders in Rheumatology Training*) est un programme de mentorat conçu pour les rhumatologues en début de carrière qui sont susceptibles de devenir des chefs de file de la recherche, de l'éducation ou de la défense des intérêts des patients au Canada.

Ce programme a pour but de cibler et promouvoir le leadership communautaire, la recherche, ainsi que les rhumatologues universitaires prometteurs dès le début de leur carrière. Il repose sur diverses initiatives issues d'une évaluation des besoins réalisée auprès des participants et d'une collaboration avec des mentors et des conseillers experts canadiens. Le programme est présenté par des sommités des milieux universitaire et communautaire et aborde des sujets pertinents pour toutes les « étoiles montantes », peu importe leur milieu de travail.

Pour en apprendre davantage, visitez le site <https://rheum.ca/fr/members/flirt>, et rendez-vous à la page 11 pour la description de ce populaire programme de mentorat rédigée par la Dre Janet Pope.

### Dilemme en rhumato

Dilemme en rhumato est une série de téléconférences didactiques conçue pour les rhumatologues récemment certifiés et les stagiaires. Chaque séance met en vedette un expert d'un domaine particulier qui parle des cas soumis par les participants et répond à leurs questions. Les sujets abordés lors de ces téléconférences changent constamment et les suggestions de futurs sujets sont les bienvenues.



Les prochaines séances porteront notamment sur ces sujets :

- Maladies auto-inflammatoires, maladie de Behçet et autres cas complexes – 6 juin 2017 à 20 h, HE
- Sarcoïdose et autres cas complexes – 10 mai 2017 à 20 h, HE

Les commentaires reçus des participants ont été fabuleux; ils aiment la possibilité de poser des questions directement aux experts dans le domaine. Pour vous inscrire, veuillez visiter le site [https://rheum.ca/fr/education/dilemma\\_rheum](https://rheum.ca/fr/education/dilemma_rheum). Pour en apprendre plus sur *Dilemme en rhumato*, lisez l'article d'un ancien participant, le Dr Tom Appleton, à la page 12.

### Fin de semaine nationale des résidents en rhumatologie

Nous nous affairons à planifier la prochaine édition de la *Fin de semaine nationale des résidents en rhumatologie*, qui vise à réunir tous les résidents et les directeurs de programme du Canada afin d'aborder des sujets qui se prêtent davantage à des séances éducatives et à des discussions en grand groupe. Il s'agit également d'une occasion pour les résidents en rhumatologie d'étendre leur réseau et de former des relations professionnelles et personnelles qui peuvent durer toute la vie.

### Cours préparatoire pour les résidents

Nous continuons d'appuyer le précieux cours préparatoire pour les résidents, lequel accueille tous les étudiants qui assistent à l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR. Ce cours traite de sujets qui ont été suggérés par les résidents et les directeurs de programme. Les séances populaires portent notamment sur la planification de carrière, l'installation en

*Suite à la page 28*

La SCR aimerait également annoncer que l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR de 2018 (ASA) et l'Assemblée annuelle de l'Association des professionnels de la santé pour l'arthrite (APSA) auront lieu à Vancouver (Colombie-Britannique). Restez à l'affût pour plus de détails.

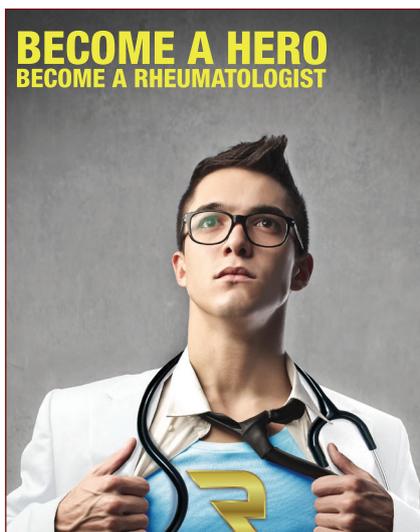
# Former les rhumatologues de demain (projet TROT)

Par Diane Crawshaw, coordonnatrice du projet TROT

« On ne peut pas connaître la rhumatologie sans faire de la rhumatologie »

Le Canada est confronté à une pénurie critique de rhumatologues dans tout le pays, et cette pénurie est encore plus prononcée dans les collectivités en dehors des grands centres urbains. Pour résoudre ce problème, la SCR soutient diverses initiatives, dont le projet *Former les rhumatologues de demain* (projet TROT pour *Training the Rheumatologists of Tomorrow*), un consortium pancanadien de chercheurs qui se sont rassemblés pour mener une enquête et des entretiens auprès de 103 étudiants et professeurs/administrateurs dans 11 programmes canadiens en rhumatologie. Les données obtenues ont servi à déterminer les messages clés à transmettre aux étudiants en médecine et aux médecins résidents au sujet de la rhumatologie. Ces renseignements ont été utilisés pour élaborer la campagne #MakeRheum, qui se compose d'une série d'outils et de ressources en français et en anglais, comprenant des affiches, des bannières, des présentations PowerPoint et une vidéo QuickTime, disponibles séparément ou dans un recueil qui est publié sur le site Web de la SCR dans la section « Ressources didactiques ». Le but est d'informer les étudiants en médecine et les médecins résidents sur la rhumatologie d'une façon optimiste et intéressante et de les encourager à envisager une expérience d'apprentissage en rhumatologie.

La répartition inégale des rhumatologues au Canada constitue un problème qui, jusqu'à présent, n'a pas été abordé de manière globale, à l'échelle nationale. Une initiative est explorée en Ontario, consistant en un partenariat avec le *Rural Ontario*



*Medical Program (ROMP)*, qui fournit de la formation médicale à distance. Ce programme possède l'infrastructure nécessaire pour faciliter les expériences à tous les niveaux d'études. Il existe des programmes semblables ailleurs dans le pays : le *Rural Coordination Centre of British Columbia (RCCBC)* en Colombie-Britannique, le *Rural Physician Action Plan (RPAP)* en Alberta et l'*Office of Rural and Northern Health (ORNH)* au Manitoba. Les provinces de l'Atlantique sont également en train de mettre au point des stratégies. Les programmes individuels en rhumatologie devraient déterminer s'ils ont suscité un intérêt chez les étudiants et s'il existe des rhumatologues dans la collectivité pour faciliter ces

placements. Cette initiative devra créer une trousse d'outils pour les mentors afin de faciliter leur perfectionnement en tant que formateurs. Il s'agit d'une initiative importante qui pourrait bénéficier d'une approche coordonnée et globale au niveau national.

Avec le soutien de la SCR, le projet TROT continuera à élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes ayant pour but de remédier à la pénurie de rhumatologues au Canada. L'équipe pancanadienne du projet TROT poursuivra son travail visant à accroître l'intérêt pour la rhumatologie et à créer des occasions d'expériences pour les étudiants dans cette sous-spécialité.

Enfin, vous pouvez également encourager vos étudiants de premier cycle et vos résidents en médecine interne à consulter notre page Facebook (<https://www.facebook.com/MakeRheum-1071285439622810/>) et notre compte Twitter (<https://twitter.com/MakeRheum>), où ils pourront trouver de plus amples renseignements sur la rhumatologie ainsi que la campagne #MakeRheum, et à s'y abonner.

Diane Crawshaw  
Coordonnatrice, projet TROT  
Société canadienne de rhumatologie  
Hamilton (Ontario)



---

# Nous nous sommes levés pour être comptés... Et ensuite?

Par Claire Barber, M.D., Ph.D., FRCPC; Katie Lundon, B.Sc. (physiothérapie), M.Sc., Ph.D., Rachel Shupak, M.D., FRCPC; et Deborah Marshall, Ph.D.

**E**n 2015, la SCR lançait le premier sondage national sur les effectifs de rhumatologues au Canada intitulé *Levez-vous pour être compté!*<sup>1</sup>. Le sondage a mis en lumière les disparités entre régions quant aux effectifs de rhumatologues à l'échelle du pays ainsi qu'une pénurie de rhumatologues. On s'attend à ce que cette pénurie s'accroisse puisqu'un tiers des rhumatologues qui ont répondu au sondage prévoient prendre leur retraite d'ici les cinq à dix prochaines années<sup>1</sup>. Comme les taux de réponse étaient excellents, mais incomplets, les données de l'Association médicale canadienne (AMC) ont été utilisées pour évaluer le nombre de rhumatologues par population de 75 000 habitants, après rajustement des nombres bruts de l'AMC, calculés en fonction du nombre approximatif d'heures que les rhumatologues à l'échelle du pays ont consacrées à fournir des soins aux patients, tiré du sondage sur les effectifs. Selon les résultats, on constate qu'il y a actuellement un déficit variant de 1 à 77 rhumatologues à temps plein par province ou territoire pour répondre au seuil établi par la SCR; les régions les plus insuffisamment desservies sont notamment les territoires canadiens ainsi que la Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard, suivis de l'Alberta, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador.

Ce travail a présenté un certain nombre de difficultés. D'abord, il était difficile d'identifier les rhumatologues au Canada, puisqu'ils ne sont pas tous membres de la SCR. Avant le lancement du sondage sur les effectifs, nous avons analysé la documentation pour relever toutes les ressources publiées portant sur les rhumatologues disponibles au Canada<sup>2</sup>. Trois bases de données nationales donnaient de l'information sur les quantités : celle de l'Institut canadien de l'information sur la santé, celle de l'AMC et celle du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Chacune d'elles donnait des quantités différentes, dont certaines différences ont été prises en compte selon le moment de l'année où les évaluations ont été produites. Cependant, aucune de ces sources ne fournissait un nombre approximatif de rhumatologues travaillant à temps plein, ce qui démontre l'importance du sondage sur les effectifs.

L'American College of Rheumatology (ACR) a récemment publié les résultats de son étude sur les effectifs menée en 2015<sup>3</sup>. Le rapport de l'étude décrit un certain nombre de méthodes qui ont été utilisées pour évaluer les effectifs en

rhumatologie, notamment des méthodes fondées sur l'offre, la demande et les besoins ainsi des méthodes intégrées. En outre, l'étude de l'ACR fait état d'une répartition inadéquate des rhumatologues entre régions aux États-Unis, notamment des pénuries flagrantes de rhumatologues pour adultes prévues dans les régions du centre-sud, du centre-nord et du nord-ouest<sup>4</sup>. Tout comme les données de la SCR le laissent entendre, des taux élevés de retraite prévue (plus de 50 %) aux États-Unis pourraient accentuer le problème d'accès aux soins dans un avenir rapproché. L'étude de l'ACR formule l'hypothèse selon laquelle d'autres facteurs pourraient réduire la capacité des effectifs, notamment le nombre de femmes en rhumatologie et le remplacement de rhumatologues de la génération des baby-boomers par des rhumatologues de la génération Y.

Au Canada, il est difficile de déterminer quels seront les effets de ces remplacements démographiques sur nos effectifs. D'autres récentes analyses des données du sondage *Levez-vous pour être compté!* présentées à la l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de 2017 suggèrent que l'âge n'est pas un facteur déterminant des volumes de travail des rhumatologues, mais que l'emplacement de travail est un facteur important associé aux volumes de travail des rhumatologues; selon ces données, les rhumatologues en milieu communautaire ont de plus gros volumes de patients que les rhumatologues en milieu universitaire. Le sexe du rhumatologue avait peu d'incidence sur le volume de travail<sup>5</sup>.

Il est important de comprendre la répartition et les caractéristiques de travail des rhumatologues pour se préparer aux pénuries de ressources prévues. D'autres travaux sont en cours pour mieux évaluer l'offre et la demande en soins rhumatologiques en se fondant sur des données plus détaillées sur l'emplacement des rhumatologues et des patients en Alberta (projet financé par l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques [ICORA] dont les principales investigatrices sont Claire Barber et Deborah Marshall). Les résultats de ces efforts nous permettront sans doute de déterminer si le seuil de référence de 1 rhumatologue pour 75 000 habitants est approprié pour répondre à la demande en soins rhumatologiques.

De plus, certaines pénuries de rhumatologues peuvent être corrigées par la mise en œuvre de différents modèles de prestation des soins afin d'augmenter la capacité. À cette fin, le sondage *Levez-vous pour être compté aussi!* sera mené auprès de

professionnels d'un domaine de la santé connexe, notamment du domaine des soins musculosquelettiques avancés, en 2017 (principales investigatrices : Katie Lundon et Rachel Shupak). Le principal objectif de cette étude est d'évaluer le nombre de professionnels en soins de santé avancés ou ayant un rôle élargi dans une même région (ainsi que leur statut « à temps plein ») et qui œuvrent dans le domaine des soins arthritiques et musculosquelettiques au Canada. Le but ultime est d'en recueillir les données pour bâtir un réseau de collaboration entre professionnels en soins arthritiques et rhumatologues de tout le pays.

Dans l'ensemble, le sondage *Levez-vous pour être compté!* s'est avéré un outil précieux nous ayant donné des renseignements détaillés sur nos effectifs, lesquels ont été utiles pour la SCR (y compris pour le comité des ressources humaines) et pour les intervenants régionaux. Nous prévoyons répéter le sondage sur les effectifs en rhumatologie en 2020 pour évaluer l'incidence des changements démographiques au fil du temps.

#### Références :

1. Barber C, Jewett L, Ahluwalia V, et coll. Measuring the rheumatologist workforce in Canada: Stand Up and Be Counted! *Journal of Rheumatology* 2017; 44:248-57.
2. Brophy J, Marshall DA, Badley, et coll. Measuring the rheumatology workforce in Canada: a literature review. *J Rheumatol* 2016; 43:1121-9.
3. American College of Rheumatology. 2015 Workforce Study of Rheumatology Specialists in the United States. 2016 [Internet. Consulté en 2016]; Disponible à l'adresse : <http://www.rheumatology.org/Learning-Center/Statistics/Workforce-Study>
4. Lawrence-Wolff K, Hildebrand B, Erickson A, et coll. 2015 ACR/ARHP workforce study in the United States: a maldistribution of adult rheumatologists. *Arthritis Rheumatol* 2016; 68 (Suppl 10).
5. Barber C, Nasr M, Barnabe C, et coll. Predictors of Canadian adult rheumatologist clinical workload and working hours. Compte rendu de l'Assemblée scientifique annuelle de 2017 de la Société canadienne de rhumatologie (Ottawa).

*Claire Barber, M.D., Ph.D., FRCPC*  
*Professeure adjointe d'enseignement clinique,*  
*Département de médecine, Division de rhumatologie,*  
*Département de santé communautaire,*  
*Université de Calgary, Calgary (Alberta)*

*Au nom de Katie Lundon, B.Sc. (physiothérapie), M.Sc., Ph.D.;*  
*Rachel Shupak, M.D., FRCPC; et Deborah Marshall, Ph.D.*

# Étendre les soins en rhumatologie en Colombie-Britannique

Par Jason Kur, M.D. FRCPC, ABIM

À ce jour, nous sommes nombreux à avoir vu la dernière publication des données actualisées du recensement canadien. Ces données corroborent le fait que l'Ouest canadien a connu certaines des croissances démographiques les plus importantes au cours des dernières années. Sans surprise, la population de la Colombie-Britannique a augmenté, tout comme le nombre de rhumatologues dans la province.

Au cours des deux ou trois dernières années, nous avons constaté des progrès en matière de recrutement sur plusieurs fronts. Il y a eu une migration marquée de rhumatologues provenant d'autres provinces ou territoires du Canada et d'ailleurs dans le monde en Colombie-Britannique. De plus, le programme de rhumatologie de l'Université de la Colombie-Britannique a donné plusieurs diplômés et retenu plusieurs stagiaires.

Toutefois, notre perpétuel défi, comme celui de nombreux autres territoires de compétence, est de répondre aux besoins des patients de toutes les régions de la province. La répartition des spécialistes en fonction de la demande de services continue d'être difficile.

Cependant, les ressources humaines en rhumatologie ont connu de nouveaux développements constructifs. Par exemple, la municipalité de Chilliwack, dans la vallée du Fraser, profite maintenant des services en rhumatologie du Dr Markus Klaus.

La ville de Surrey, dont la population avoisine celle de Vancouver, n'avait jamais eu un seul rhumatologue à temps plein. Cette situation change rapidement puisque de nouveaux médecins diplômés et médecins établis pratiquent désormais dans la région. Corollairement, les rhumatologues qui relèvent de l'autorité sanitaire de Fraser, laquelle englobe les villes de Surrey et New Westminster, s'emploient à former un groupe plus cohésif responsable de négocier avec l'autorité sanitaire de leur région.

Le service de consultation ambulante du Mary Pack Arthritis Centre continue d'atteindre les communautés les plus éloignées de la province.

Les régions intérieures de la Colombie-Britannique seraient encore considérées comme insuffisamment desservies selon les normes provinciales, car les temps d'attente pour une évaluation continuent d'être les plus longs dans la province. De plus, il n'y a pas de rhumatologue à Prince George, dans le nord de la province.

Heureusement, les perspectives sur le plan des soins aux patients atteints d'une maladie rhumatismale se sont considérablement améliorées au cours des dernières années en

Colombie-Britannique, et nous continuons de chercher à répondre aux besoins non comblés dans la région.

*Jason Kur, M.D., FRCPC, ABIM  
Professeur adjoint d'enseignement clinique,  
Université de la Colombie-Britannique  
Président, British Columbia Society of Rheumatologists  
Co-directeur, Artus Health Center  
Vancouver (Colombie-Britannique)*

---

# Excusez-moi, aimeriez-vous devenir rhumatologue?

Par Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC

**O**n m'a demandé d'écrire un article sur les défis associés au recrutement de stagiaires en rhumatologie selon la perspective atlantique canadienne. Je présume que notre perspective est plus ou moins la même que celle du reste du Canada, sauf que nous sommes plus polis, d'où le titre de cet article.

## Défi n° 1 : la valorisation de notre « marque »

Je m'excuse si mes propos offensent certains traditionalistes (notez la politesse ici), mais je crois que le nom de notre profession contribue peu à l'établissement de notre « marque ». Si nous devons choisir le nom de notre spécialité aujourd'hui, opterions-nous vraiment pour rhumatologie? La partie « ologie » va de soi. Mais la partie « rhumat » ne fait pas grand-chose pour notre notoriété. Si je cherche le terme « rhumat » dans Google, j'obtiens la définition suivante : « troisième personne du singulier (il, elle) de l'imparfait du subjonctif du verbe rhumer ». Hmm.... Je me demande si ce concept a été présenté à un groupe de discussion. Bien sûr, une explication historique est à l'origine du choix de ce terme, mais le temps est peut-être venu de nous refaire une image grâce à un nom qui capte l'essence de notre expertise. J'aimais dire à la blague que même ma mère ne savait pas ce qu'était un rhumatologue. Combien de fois avons-nous dû expliquer ce que nous faisons exactement? Je ne pense pas que les cardiologues, les chirurgiens orthopédistes, les pédiatres et les neurochirurgiens (et bien d'autres spécialistes) vivent les mêmes difficultés. Il est difficile d'attirer l'attention lorsque les gens ne comprennent pas qui vous êtes et ce que vous faites.

## Défi n° 2 : l'exposition

Lorsqu'on demande aux étudiants et aux résidents en médecine quels ont été les principaux facteurs ayant motivé leur choix de carrière, ils mentionnent généralement que le fait d'avoir été exposés à un domaine de façon précoce a joué un rôle clé dans leur attirance pour une profession. L'exposition permet également aux étudiants de s'identifier à un modèle, ce qui est sans doute le facteur d'influence le plus déterminant parmi ceux rapportés par les sondages.

Le défi est alors de savoir comment augmenter l'exposition alors que la tendance en éducation médicale semble être de réduire le temps consacré au contenu scientifique et médical. Par exemple, à Dalhousie, lors de la révision du programme effectuée il y a quelques années, le temps consacré au domaine musculosquelettique est passé de six à cinq semaines, et ce temps est maintenant partagé avec la dermatologie. De plus, le nombre de cours magistraux par semaine a été réduit environ de moitié. Ils ont été en partie remplacés par un enseignement fondé sur des cas offert par des non-spécialistes, c'est-à-dire des non-rhumatologues et, dans de nombreux cas, des non-internistes et des non-spécialistes des muscles et du squelette. Des changements similaires sont survenus partout au pays.

Le défi se poursuit même après l'entrée des étudiants en résidence de médecine interne. La rhumatologie n'est habituellement pas un stage de base obligatoire. Les résidents qui font un stage en rhumatologie le font souvent vers la fin du tronc commun de leur formation en médecine interne, alors qu'ils ont déjà choisi leur cheminement de carrière.

Alors, quelle est la solution? L'équipe du projet TROT (*Training the Rheumatologists of Tomorrow*), sous la direction des docteurs Cividino et Legault, s'efforce d'améliorer la notoriété de notre « marque », notamment en s'adressant aux étudiants sur les réseaux sociaux (campagne #MakeRheum) et en explorant d'autres occasions d'augmenter l'exposition à notre domaine. Nous devons maximiser notre efficacité en fonction du temps dont nous disposons. Nous devons agir à la fois comme bénévoles, enseignants, percepteurs et tuteurs. Nous devons être des modèles à part entière. Enfin, nous devons communiquer notre enthousiasme pour notre spécialité et montrer à quel point elle est gratifiante, tant humainement qu'intellectuellement.

*Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC  
Chef intérimaire de la division / Chef, professeur agrégé,  
Division de rhumatologie, Département de médecine,  
Université Dalhousie  
Président, Society of Atlantic Rheumatologists (SOAR)  
Halifax (Nouvelle-Écosse)*

# Nuit Rheum : une nuit mémorable!

Par Lori Albert, M.D., FRCP(C)

Dans la foulée de l'initiative *Nuit Blanche* lancée à Toronto en 2006 (un événement d'art contemporain gratuit qui dure toute la nuit), *Nuit Rheum* a été présenté pour la première fois aux étudiants en médecine de l'Université de Toronto en 2007. Cet événement gratuit d'une durée de deux heures trente, axé sur la rhumatologie contemporaine, a fêté son 10<sup>e</sup> anniversaire le 6 février 2017.

*Nuit Rheum* vise à offrir aux étudiants une occasion informelle et agréable de rencontrer des rhumatologues et des stagiaires, de discuter avec eux et d'en apprendre davantage sur le domaine de la rhumatologie. Chaque année, près de 50 étudiants en médecine s'inscrivent pour participer à cette soirée organisée au début de février, à la suite de la « Semaine de la rhumatologie » figurant au programme des étudiants de premier cycle.

À ses débuts, *Nuit Rheum* était une réception informelle, suivie d'un dîner et de discours, tenue dans la magnifique salle du Faculty Club de l'Université de Toronto. Parmi les orateurs, on comptait le responsable de la Division de rhumatologie, le directeur du programme, un stagiaire en rhumatologie ainsi que des professeurs ayant suivi différents parcours professionnels.

Les étudiants recevaient un « sac à surprises » contenant une fiche de renseignements sur le programme et les possibilités de stages facultatifs de l'Université de Toronto, les coordonnées de la Société de l'arthrite et de la SCR, un exemplaire du *Canadian Clinician's Rheumatology Handbook* et, bien sûr, un stylo de la Division de rhumatologie de l'Université de Toronto.

Au bout de quelques années, il est devenu évident que la partie la plus utile de *Nuit Rheum* était les discussions individuelles et en petits groupes entre les professeurs et les étudiants. Par conséquent, en 2016, les discours et les présentations officielles ont été abandonnés pour faire place à une rencontre sous forme de « cocktail ». Maintenant, les étudiants se déplacent entre des stations de « rencontre avec le professeur », où ils peuvent parler directement à des rhumatologues aux cheminements de

carrière distincts. Les étudiants peuvent aussi discuter de façon informelle avec les professeurs et les stagiaires qui se déplacent dans la salle, facilement reconnaissables grâce à leur insigne « Posez-moi des questions : je suis rhumatologue ». Une station est également réservée à l'Ontario Rheumatology Association et à la Société canadienne de rhumatologie (représentée par la Dre Jane Purvis). On y distribue du matériel publicitaire, y compris des affiches, des cartes et des stylos « Les héros de la rhumatologie ». Notre sac à surprises est désormais virtuel, incluant un code QR permettant d'accéder aux principaux renseignements sur le programme et aux coordonnées importantes, de même qu'un code permettant de télécharger gratuitement la version électronique du *Canadian Clinician's Rheumatology Handbook* (mais les participants reçoivent toujours un stylo!).

Les réactions à l'initiative *Nuit Rheum* sont excellentes. En effet, on observe une légère hausse des demandes de stages facultatifs et de bourses d'études d'été de la SCR après chaque événement. Voici un courriel que j'ai reçu le 8 février :

*« Bonjour Dre Albert, Je souhaitais simplement vous remercier d'avoir organisé l'événement Nuit Rheum d'hier soir! J'ai passé un agréable moment tout en apprenant à connaître les différents rhumatologues. J'ai particulièrement apprécié le côté informel de la rencontre, car cela m'a permis de communiquer plus facilement avec les personnes et d'en apprendre davantage sur la conciliation travail-vie. Tout le monde a été très sympathique et d'abord facile. L'activité a résolument accru mon intérêt (ainsi que celui de bon nombre de mes pairs) pour la rhumatologie. Je souhaiterais que chaque spécialité organise un événement similaire! »*

*Nuit Rheum* est un événement qui plaît aussi aux professeurs, puisqu'ils ont la chance de rencontrer de jeunes stagiaires exceptionnels intéressés par les domaines de l'immunologie, de la recherche et de la rhumatologie clinique. Certaines collaborations productives en recherche et en rhumatologie

Suite à la page 11



Les élèves discutent avec les professeurs des stations de « rencontre avec le professeur ».



La Dre Jane Purvis à la station de l'Ontario Rheumatology Association (ORA).

# De jeunes rhumatologues aiment le FLIRT

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

C'est avec fierté que la SCR a pris la relève du programme *Future Leaders in Rheumatology Training* (FLIRT). Il s'agit du troisième groupe de rhumatologues qui suivent le programme de mentorat conçu pour les rhumatologues en début de carrière qui sont susceptibles de devenir des chefs de file dans la recherche, la formation ou la défense des intérêts au Canada. Une première rencontre particulièrement réussie a déjà eu lieu, et la prochaine rencontre se tiendra en avril 2017. Vingt candidats des quatre coins du pays qui représentent différents atouts en rhumatologie chez l'adulte et chez l'enfant ont été retenus. Jusqu'à maintenant, les participants ont échangé sur les thèmes du mentorat, de la promotion (pour le groupe académique) ainsi que de la démarche de négociation et l'analyse de négociation. Ils verront ensuite la roue de la communication, la gestion du temps et les relations dans le domaine. L'enthousiasme est palpable : presque tous les participants (96 %) recommanderaient ce programme à des pairs.

Selon les réactions, le programme FLIRT est un succès indéniable et retentissant. En voici quelques-unes :

« Bien conçu et pertinent »

« Exposés excellents, d'actualité et utiles »

« Un réel plaisir »

« Une expérience d'exercices de réseautage et de leadership formidable »

« Cours bien structurés et excellent enseignement. Merci pour cette formidable séance! »

Nous devons tenir à l'œil les finissants de ce programme de deux ans qui représenteront la SCR de demain.

Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC

Professeure de médecine, Chef de division,

Division de rhumatologie, Département de médecine,

St. Joseph's Health Care, Université Western

London (Ontario)



**Flirt**  
FUTURE LEADERS  
IN RHEUMATOLOGY  
TRAINING

Les participants du programme FLIRT (et une, peut-être, future participante FLIRT) lors de la dernière réunion qui a eu lieu à l'hôtel ALT de Toronto, en novembre dernier (2016).

## Nuit Rheum : une nuit mémorable! (suite de la page 10)

clinique ont vu le jour grâce à *Nuit Rheum*! C'est presque magique de voir les professeurs et les étudiants interagir et échanger sur leur réalité respective. *Nuit Rheum* semble avoir un effet positif sur toutes les personnes qui y participent. Cet événement doit son succès et sa popularité au généreux soutien de la directrice de la Division de rhumatologie (la Dre Heather McDonald-Blumer, qui a succédé à la Dre Claire Bombardier).

Lori Albert, M.D., FRCP(C)

Professeure agrégée de médecine,

Université de Toronto

Rhumatologue,

Réseau universitaire de santé,

The Toronto Western Hospital

Toronto (Ontario)

# Dilemme en rhumato : « *You Used to Call Me on My Cell Phone\** »

Par Tom Appleton, M.D., Ph.D., FRCPC

**J**e n'ai pas honte de le dire : j'ai fait appel à « Dilemme en rhumato ».

En début de carrière, il est impossible d'être entièrement préparé à passer de stagiaire à rhumatologue autonome sans anicroche et sans doute. Bien sûr, notre formation rend cette transition possible, mais, à un certain point, on doit simplement faire le saut, prudemment, et apprendre à nous adapter à d'innombrables situations desquelles on a été protégé pendant les stages. Cette transition s'inscrit dans l'ordre naturel des choses.

Néanmoins, au cœur de notre profession de rhumatologue se trouvent des personnes atteintes de maladies rhumatismales. Notre objectif fondamental est d'aider, de guérir et de fournir les meilleurs soins possibles. Dans ce contexte, il n'y a simplement aucun moyen de combler l'écart entre l'inexpérience du rhumatologue débutant et l'expérience du collègue rhumatologue chevronné en milieu ou en fin de carrière du bureau voisin, à condition bien sûr d'être suffisamment chanceux d'avoir un tel collègue tout près pour vous donner des conseils et vous rassurer.

Lorsque j'ai eu l'occasion de participer à la série de téléconférences « Dilemme en rhumato », je l'ai saisie. Ces téléconférences sont destinées à des praticiens débutants, comme moi. Prodiger des soins aux patients est un acte à la fois excitant et inspirant l'humilité, et bon nombre des conclusions tirées des téléconférences « Dilemme en rhumato » reflètent l'excellente formation des rhumatologues au sein du système canadien, tandis que d'autres démontrent la complexité du domaine de la rhumatologie, où l'incertitude est la règle et non l'exception. Jusqu'à maintenant, à la clinique, il ne s'est pas passé une journée (et même une demi-journée?) sans que je rencontre au moins un cas de « je ne sais pas vraiment ce que vous avez ». C'est ce type de cas que mes collègues et moi présentons aux séances « Dilemme en rhumato » toutes les quatre à six semaines afin d'en discuter avec un expert, habituellement la Dre Janet Pope. Tous les participants aux téléconférences donnent également leurs avis, ce qui est intéressant et instructif; en effet, il est utile de savoir comment d'autres spécialistes du même niveau que le nôtre abordent les cas difficiles.

Parfois, nous obtenons des réponses claires et de nouvelles idées que nous pouvons mettre en pratique en clinique. Dans



Le Dr Tom Appleton et la Dre Janet Pope.

bien des cas, nous sommes simplement rassurés de constater que la rhumatologie est un domaine très complexe et que nous n'aurons sans doute jamais toutes les réponses. De bien des façons, c'est cet aspect de la rhumatologie qui m'a d'abord attiré. Cette complexité est à la fois une bénédiction et une malédiction, mais une chose est sûre : jamais l'on ne manquera de stimulation dans cette spécialité. Reconnaître les difficultés que pose l'exercice de la rhumatologie amène aussi à réaliser qu'il existe un risque bien réel d'omettre ou de mal interpréter certains signes. Le fait de

pouvoir examiner des cas avec d'autres spécialistes du domaine est donc un atout précieux, même si cela exige d'y consacrer une heure ou plus, tard en soirée, à l'heure de l'Est.

Les rhumatologues qui exercent en groupe peuvent profiter de l'expérience d'homologues chevronnés pour les cas les plus difficiles, mais cet avantage unique n'est pas offert à tous. Pour un rhumatologue expérimenté et motivé à la recherche d'un projet à réaliser, il pourrait être intéressant de lancer une ligne d'assistance téléphonique inspirée de l'initiative « Dilemme en rhumato ». Ce service serait particulièrement utile pour les rhumatologues débutants désirant obtenir une opinion ou un conseil en temps réel. Bien qu'une telle proposition pourrait être trop gourmande en ressources pour être viable, la série de téléconférences « Dilemme en rhumato » est offerte à titre gracieux aux jeunes rhumatologues, et je la recommande vivement à mes pairs. Toutefois, le vrai dilemme auquel nous sommes confrontés est la façon de recruter et de former davantage de rhumatologues au Canada. Avec le départ à la retraite plus ou moins rapproché de certains de nos collègues expérimentés, nul doute que nous avons du pain sur la planche.

*\*En référence à la chanson « Hotline Bling » (2016) de Drake.*

Tom Appleton, M.D., Ph.D., FRCPC  
Professeur adjoint en rhumatologie et en médecine  
Départements de médecine et de physiologie et pharmacologie  
Chercheur, Lawson Health Research Institute  
Schulich School of Medicine & Dentistry, Université Western  
Centre de rhumatologie, St. Joseph's Health Care London  
London (Ontario)

# Le chemin menant de stagiaire d'été de la SCR à rhumatologue

Par Mohammed Osman, M.D., Ph.D., FRCPC

**S**i vous m'aviez demandé, avant mon entrée à la faculté de médecine, si j'allais devenir rhumatologue, je n'aurais même pas su vous dire ce que fait un rhumatologue et quels problèmes de santé il peut traiter. À présent, je peux affirmer que c'est la spécialité qui me convenait le mieux, que ce soit en clinique, en laboratoire ou en classe.

Avant d'étudier la médecine, j'avais reçu une formation de chercheur en immunologie. J'avais donc une affinité naturelle pour l'hématologie et les maladies infectieuses. J'ai été exposé à la rhumatologie pour la première fois au cours de ma deuxième année à la faculté de médecine; j'écoutais la Dre Anna Oswald décrire la pathogenèse de la goutte avec de jolis diagrammes mettant en jeu interleukines et cellules inflammatoires. Cela m'a inspiré à en apprendre plus à propos de cette spécialité intrigante et, par la suite, j'ai présenté une demande pour devenir stagiaire d'été à la SCR et travailler avec la Dre Elaine Yacyshyn. Si vous l'avez déjà côtoyée, vous savez que son enthousiasme pour la rhumatologie est contagieux. Au cours de cet été, j'ai passé la majeure partie de mon temps en clinique, mais j'ai aussi enrichi mes connaissances sur les vascularites, un sujet qui m'intéresse toujours beaucoup.

À la fin de l'été, je connaissais mieux la rhumatologie et j'en étais tombé amoureux. J'ai consacré d'innombrables heures à lire sur l'immunologie et la pathogenèse des maladies que j'avais vues en clinique. Jusqu'à la fin de mes études en médecine, j'ai continué d'en apprendre davantage à propos des maladies rhumatologiques. Je m'enthousiasmais dès que je rencontrais un patient ayant une maladie que j'avais déjà vue lors de mon stage d'été – comme le patient à qui j'avais fait une aspiration du genou à minuit, en compagnie de la Dre A. Kydd (la résidente principale en médecine de garde cette nuit-là). Mon sentiment d'appar-

tenance s'est confirmé lorsque j'ai assisté à ma première assemblée scientifique annuelle de la SCR, à Québec.

En tant que boursier et maintenant en tant que rhumatologue, j'ai le privilège de rencontrer, par l'intermédiaire de la SCR, des étudiants et des résidents en médecine qui s'intéressent à cette spécialité. J'essaie de leur transmettre mon expérience et ma passion pour la rhumatologie, et je sais qu'au moins l'un d'eux deviendra un jour rhumatologue. L'été passé aux côtés de la Dre Yacyshyn fut celui lors duquel l'idée de devenir rhumatologue a commencé à germer dans mon esprit.

Puisque j'ai toujours voulu comprendre pourquoi et comment surviennent les maladies, je passe la plupart de mon temps au laboratoire. Il est parfois difficile de trouver un équilibre entre mon travail au laboratoire et mon temps en clinique. J'ai le privilège de recevoir un grand soutien de la part de ma femme Wassila et de ma famille. J'ai aussi la chance d'avoir des collègues qui me soutiennent à Edmonton, ainsi que des mentors dans tout le pays. Je suis heureux d'avoir choisi cette spécialité stimulante, car elle me permet de rencontrer des patients inspirants et de côtoyer des collègues formidables.

*Mohammed Osman, M.D., Ph.D., FRCPC  
Chargé d'enseignement clinique,  
Département de médecine  
Spécialiste en rhumatologie et en immunologie  
Chercheur en biologie vasculaire,  
Université de l'Alberta  
Hôpital de l'Université de l'Alberta  
Edmonton (Alberta)*

## BIENVENUE EN RHUMATO!

### Bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Sima Abu Alsaoud, Toronto ON

Husain Bahbahani, Richmond, C.-B.

Nicola Berman, Brooklyn, NY, É.-U.

Bailey Dyck, London, ON

Daniel Ennis, Vancouver, C.-B.

Tahir Kanji, Kingston, ON

Jennifer Lee, Toronto, ON

Alexandra Legge, Halifax, N.-É.

Sarah Malaekah, Montréal, QC

Nancy Maltez, Ottawa, ON

Matthew Piche, London, ON

Ceri Richards, Winnipeg, MB

Fergus To, Vancouver, C.-B.

Richard Tse, Saskatoon, SK

Victoria YY Xu, Toronto, ON

# L'expérience d'un mentoré à l'Assemblée scientifique annuelle 2016 de la SCR

Par Pavan Mehta, B.Sc., M.Sc.

Comment pourrais-je décrire mon expérience à ma première assemblée de la SCR, où j'ai eu l'occasion inestimable de présenter ma recherche? Difficile de dépeindre avec justesse cet événement transformationnel et éducatif, mais je ferai de mon mieux.

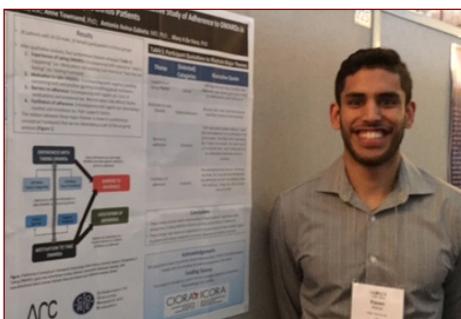
Le voyage vers Lake Louise à destination de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR de 2016 a été très agréable. Lors de mon arrivée, j'ai été renversé par l'imposante beauté du paysage qui constituait la toile de fond de cette assemblée fantastique. Je me suis rapidement installé dans ma chambre et me suis rendu à toute vitesse à l'exposé d'ouverture portant sur le thème du sommeil, prononcé par le Dr James Maas, aussi appelé « Le docteur du sommeil ». Cette présentation m'intéressait particulièrement, car j'ai lu un des livres du Dr Maas, *Sleep to Win (Dormir pour réussir)*, pendant mes études de premier cycle. Son exposé était plus divertissant et instructif que je ne l'avais espéré! Ce fut un excellent prologue à tous les apprentissages à venir au cours des prochains jours.

Comme je n'avais pas mangé depuis un moment, j'étais très heureux d'aller souper au restaurant Brewster Barn après l'exposé. J'ai été agréablement surpris de voir que l'établissement offrait gracieusement à ses clients des promenades en traîneau tiré par des chevaux. C'était vraiment féérique.

Puisque je n'avais pas à présenter mes affiches le lendemain, je me suis levé tôt pour m'entraîner, puis j'ai profité du reste de la journée pour me détendre. J'ai assisté à une pléthore de séances et d'ateliers intéressants et informatifs. Les meilleurs moments de la journée ont été une autre présentation du Dr James Mass (« *The Things That Go Bump in the Night* ») et les premières présentations par affiches.

J'ai été non seulement ravi d'avoir accès à des résultats de recherche si récents, mais aussi de pouvoir m'entretenir directement avec les chercheurs qui ont accompli ce brillant travail. Il a été tout aussi agréable d'échanger avec mon mentor, le Dr Philip Baer, qui m'en a appris davantage sur ses formidables travaux de recherche et m'a expliqué comment il réussit à équilibrer toutes ses activités.

Le lendemain matin, je me suis réveillé en pleine forme, avant le lever du soleil, prêt pour une journée bien remplie au cours de laquelle je présenterais mes deux affiches. Toutefois, je voulais assister à l'atelier « *Procreation: Timing is Everything* » avant de me plonger dans la préparation de mes présentations.



Mes attentes ont encore été dépassées. Le Dr Laskin a réussi à communiquer une foule de renseignements essentiels tout en favorisant les interactions avec les participants. L'atelier m'a donné un aperçu de ma future carrière en tant que médecin.

J'étais de plus en plus nerveux à mesure que l'heure de la séance de présentations par affiches approchait. Je me suis réservé quelques heures avant la séance pour

faire une révision approfondie de mes affiches et de ma recherche pour m'assurer de donner une présentation convaincante.

Le temps a vite passé, et j'ai été flatté de voir que des personnes attendaient déjà de connaître les résultats de mes travaux avant même que j'aie installé mes affiches. J'ai apprécié les discussions approfondies sur ma recherche et le domaine en général pendant ma présentation. Ce fut sans aucun doute l'un des grands moments de ce voyage, car j'ai reçu des commentaires très utiles qui me permettront d'améliorer mon travail, en plus d'avoir tissé des liens avec d'autres grands chercheurs en vue de futures collaborations.

Cette journée productive a été couronnée d'un souper de gala mémorable. Nous étions tous affamés, car nous n'avions pas diné, et nous avons englouti notre repas dès qu'il nous a été servi. Nous avons également pillé le buffet à desserts.

Ensuite, nous nous sommes lancés sur la piste de danse pour nous laisser aller au rythme de la musique, abandonnant notre côté sérieux pour simplement nous amuser.

Ma participation à ma toute première assemblée de la SCR a été extrêmement bénéfique et agréable, m'ayant notamment permis d'établir des relations avec des homologues et des mentors qui partagent une même vision. Je suis particulièrement reconnaissant d'avoir été jumelé à un mentor aussi exceptionnel que le Dr Baer, qui a pris le temps de me rencontrer plusieurs fois pendant le congrès et de répondre à mes questions. Je ne sais pas si j'ai réussi à bien expliquer à quel point cet événement a été profitable pour moi, mais je crois que les gestes sont plus éloquents que la parole. Je compte donc participer à l'assemblée de l'an prochain et y présenter le fruit de mon travail.

Pavan Mehta, B.Sc., M.Sc.

Candidat au doctorat, classe de 2020

Université de la Colombie-Britannique, École de médecine Vancouver (Colombie-Britannique)

# Mon parcours pour devenir rhumatologue

Par Stephanie Garner, M.D., M.Sc.

À la réunion de la SCR de 2015, à Québec, le groupe du projet « Former les rhumatologues de demain » (projet TROT) a présenté un résumé sur les répercussions positives du contact précoce avec la rhumatologie. J'ai compris alors que dans mon cas, le contact (très) précoce avait influencé ma décision non seulement d'étudier la rhumatologie, mais également de devenir médecin.

À l'âge tendre de 12 ans, pour la « Journée au travail avec vos enfants » j'avais le choix d'accompagner mon père à l'école où il était directeur ou de passer la journée avec ma mère qui était comptable. Heureusement, ma voisine, la Dre Mary Bell m'a proposé de m'amener au Sunnybrook Health Sciences Centre et de passer la journée à sa clinique. J'ai adoré cela, et pendant les études de baccalauréat, lorsque j'ai eu la chance de travailler avec la Dre Bell et le programme *Patient Partners* dans le cadre d'un projet de transfert des connaissances, j'ai sauté sur l'occasion. J'étais fascinée par la médecine et par les patients, et je sentais que la rhumatologie était un domaine au sein duquel je pouvais apporter ma contribution. Cette expérience a grandement influencé ma décision de me diriger en médecine.

À la suite de mes études de baccalauréat à l'Université McGill, j'ai déménagé à Calgary pour suivre une formation en recherche et j'ai eu le privilège d'étudier à la maîtrise avec le Dr Steven Edworthy. Mon domaine de recherche vise à remettre en question le modèle classique de soins afin de voir si nous pouvons prodiguer de meilleurs soins aux patients en fonction des limites de notre système de soins de santé. En raison de la pénurie nationale de rhumatologues, il est essentiel d'avoir recours à nos alliés que représente le personnel paramédical, et particulièrement aux infirmières, dans le cadre de rôles élargis sur le plan clinique.

Lors de mes études en médecine en Australie-Méridionale et de ma résidence à l'Université de Calgary, j'ai eu l'occasion de suivre plusieurs cours optionnels en rhumatologie communautaire et universitaire. Travailler avec le Dr Carter Thorne et son équipe du *The Arthritis Program (TAP)*, à Newmarket, en Ontario, a été une expérience extraordinaire qui m'a appris l'importance de la collaboration. À Calgary, le Dr Chris Penney m'a appris comment enseigner, et les Dres



La Dre Garner en compagnie de son mari et son fils.

Cheryl Barnabe et Deborah Marshall m'ont aidée à obtenir une bourse d'études.

La transition de résidente en médecine interne à la chercheuse en rhumatologie s'est bien passée. Mon mari, mon fils et moi avons déménagé de Calgary à la fin du mois de juin 2016, et, avec le soutien indéfectible de la famille, nous nous sommes installés à Hamilton. Mon expérience ici est fantastique. Que ce soit pour faire une ponction ou une injection dans le genou d'un patient atteint de la goutte ou pour collaborer avec une vaste équipe pour le traitement d'un patient atteint de vascularite, je réalise que mon choix de carrière est enrichissant et stimulant.

Le formidable mentorat dont j'ai profité et le contact précoce avec la rhumatologie ont joué un rôle important dans mon cheminement professionnel, et je suis impatiente de prendre la relève alors que je poursuis ma carrière.

*Stephanie Garner, M.D., M.Sc.  
Résidente PGY4 en rhumatologie  
Université McMaster  
Hamilton (Ontario)*

**Le premier et le seul anti-TNF indiqué  
dans le traitement de la nr-Ax SpA<sup>1\*†</sup>**

# TOUS LES TYPES DE SPONDYLARTHRITE AXIALE NE PEUVENT ÊTRE VUS PAR RAYON-X<sup>2</sup>

1391.837

## **Indication :**

SIMPONI<sup>®</sup> est également indiqué pour :

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

## **Usage clinique :**

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

## **Contre-indications :**

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

## **Mises en garde et précautions les plus importantes :**

### **Infections :**

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

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

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

### **Affections malignes :**

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

### **Autres mises en garde et précautions pertinentes :**

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

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

Choisissez SIMPONI®

## NOUVELLE INDICATION

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

### Pour de plus amples renseignements :

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

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

\* Spondylarthrite axiale non radiographique  
† La portée clinique comparative n'a pas été établie.

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

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

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

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

SRBR160320F



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

**Janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
OF **Johnson & Johnson**

# Former nos collègues : Journée de pratique clinique en rhumatologie de l'Université McMaster

Par Raj Carmona, MBBS, FRCPC

En plus de former les rhumatologues de demain, la Division de la rhumatologie de l'Université McMaster reconnaît la nécessité de former les collègues des soins primaires afin qu'ils puissent mieux prendre en charge les patients atteints de maladies rhumatismales. Dans la poursuite de cet objectif, la première « Journée de pratique clinique en rhumatologie de l'Université McMaster » a été tenue le 4 novembre 2016 au Hamilton Convention Centre.

Cette initiative est le fruit de discussions qui ont eu lieu lors de l'activité de réflexion annuelle de notre Division, et sa planification a débuté huit mois avant l'événement. J'ai eu le grand privilège de diriger le comité de planification en plus de coprésider l'événement avec le Dr Alf Cividino, président de notre Division. Puisque la journée s'adressait particulièrement aux médecins de soins primaires, nous avons invité deux collègues médecins de famille (les Drs Lauren Cameron et Rick Black) à se joindre au comité. Leurs perspectives ont fortement influencé le contenu du programme. Pour nous aider avec la publicité, la logistique en coulisse et la présentation de l'événement, nous avons fait appel au comité du Programme de formation continue en sciences de la santé de l'Université McMaster. Rennée Tremblay, coordonnatrice du Programme de rhumatologie, a également joué un rôle clé dans cette entreprise. Nous avons établi des partenariats avec un certain nombre de commanditaires de l'industrie, et leurs contributions ont été précieuses pour la mise en œuvre du programme.

Sans crainte que l'on m'accuse de parti pris, je peux affirmer que le contenu du programme était exceptionnel! Le thème de la journée l'était tout autant : « *The Pearls You Need To Know* » (*Les incontournables de la pratique clinique*). Ce thème a orienté l'ensemble des séances, puisque nous



voulions fournir aux participants des conseils précieux dans le but d'améliorer leur pratique clinique quotidienne. Voici les sujets qui ont été abordés : « Approche de l'arthrite inflammatoire » (Dre Kim Legault), « Épreuves de laboratoire et maladies rhumatismales » (Dr Mark Matsos), « Traitement de la polyarthrite rhumatoïde » (Dr Alf Cividino), « Produits biologiques et innocuité » (Dr Raj Carmona), « Maladies des tissus conjonctifs en soins primaires » (Dre Maggie Larché), « Vascularite en soins primaires » (Dr Nader Khalidi), « Ostéoporose » (Dr Arthur Lau), « Douleur lombaire » (Dr Raj Carmona), « Arthrose » (Dr Lawrence Hart) et « Urgences en rhumatologie » (Dr Sankalp Bhavsar). Les séances en petits groupes visant à améliorer les compétences en matière d'examen physique ont beaucoup plus. Nous avons enseigné aux participants les incontournables d'un bon examen afin qu'ils puissent détecter les articulations enflées et diagnostiquer les affections musculosquelettiques courantes.

La rapidité à laquelle les participants se sont inscrits à la conférence témoigne également de la qualité exceptionnelle du programme offert, et possiblement de la soif de connaissances de nos collègues des soins primaires à l'égard de la rhumatologie. D'après les discussions que nous avons eues avec les responsables du Programme de formation continue en sciences de la santé, nous avions prévu 125 inscriptions à cette première édition. Toutefois, nous avons dû mettre fin aux inscriptions plus de deux semaines avant la conférence, alors que c'est généralement à ce moment que la plupart des programmes accentuent leurs efforts de publicité pour atteindre leur objectif en matière d'inscriptions. Compte tenu de la logistique qu'exigent les séances en petits groupes, nous avons limité les inscriptions à 210 participants. Parmi eux, on comptait 114 médecins (principalement des médecins de famille) et 61 professionnels paramédicaux.

Suite à la page 20

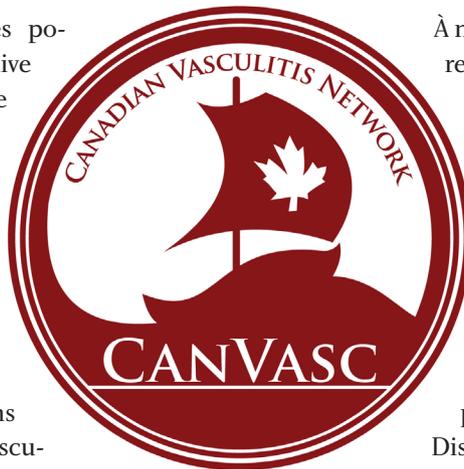
# Recommandations CanVasc pour le traitement des vascularites à ANCA

Par Christian Pagnoux, M.D., M.Sc., MPH; Nader A. Khalidi, M.D., FRCPC; et Lillian Barra, M.D., Ph.D., FRCPC

Les vascularites sont des maladies potentiellement mortelles. Leur rareté et leur présentation clinique hétérogène rendent le traitement des patients extrêmement difficile<sup>1</sup>. Les stratégies de traitement peuvent différer d'une région géographique à l'autre selon les particularités du système de soins de santé et l'accès aux services et aux pharmacothérapies<sup>2</sup>.

La formulation de recommandations canadiennes pour le traitement des vascularites est l'un des moyens utilisés par le Canadian Vasculitis Network (CanVasc) pour optimiser et harmoniser les soins offerts aux patients atteints de vascularites au Canada et pour améliorer leurs résultats. Les premières recommandations CanVasc pour le traitement des vascularites associées aux anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) ont été publiées en janvier 2016<sup>3</sup>. Elles font l'objet d'une diffusion continue et atteignent des publics toujours plus vastes, notamment à l'étranger. Récemment, le docteur Jack Cushen a fait le sujet d'une capsule sur le site *RheumNow.com*<sup>4</sup>. En outre, la Société allemande de rhumatologie, qui a aussi rédigé récemment ses recommandations (lesquelles ont été soumises aux fins de publication), les a incluses dans un article dans lequel on comparait des initiatives semblables, comme les recommandations mises à jour de la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR) et de l'Association rénale européenne-Association de dialyse et transplantation européenne (ERA-EDTA), publiées en juin 2016<sup>5,6</sup>.

L'élaboration de recommandations visant les mêmes maladies par divers groupes dans le monde soulève une question importante : de telles initiatives semblables sont-elles nécessaires et utiles ou sont-elles plutôt redondantes, entraînant donc une utilisation inutile de ressources?



À noter qu'avant la parution de ces premières recommandations CanVasc, aucune ligne directrice portant particulièrement sur les cas de vascularites en Amérique du Nord n'avait été mise au point. Les recommandations qui existaient auparavant provenaient exclusivement de l'Europe, du Japon et de l'Australie<sup>6-9</sup>. De plus, les lignes directrices sur les pratiques cliniques pour le traitement de la glomérulonéphrite rédigées par l'organisation internationale Kidney Disease: Improving Global Outcomes comportaient une section sur la glomérulonéphrite pauci-immune qui, bien qu'elle soit une manifestation fréquente, ne représente qu'un seul aspect des AAV, lesquelles peuvent toucher de nombreux systèmes organiques<sup>10</sup>.

Dans l'ensemble, les recommandations CanVasc et celles formulées par la EULAR/ERA-EDTA sont semblables, ce qui est rassurant. Il convient toutefois de souligner quelques différences subtiles. Les recommandations CanVasc abordent des problèmes relatifs aux soins de santé propres au Canada. À titre d'exemple, les recommandations CanVasc comprennent des énoncés portant sur la grossesse et les vascularites pédiatriques, aspects qui ne sont pas abordés dans les lignes directrices de la EULAR/ERA-EDTA. En revanche, ces dernières mentionnent le mofétilmycophénolate (MMF) comme substitut au méthotrexate dans le traitement de granulomatose avec polyangéite (GPA) non grave. Or, CanVasc ne dispose d'aucune donnée pour appuyer une telle recommandation. Les résultats non publiés d'une seule étude européenne à répartition aléatoire comparant le MMF et la cyclophosphamide sont peu convaincants.

Par ailleurs, à la lumière de l'étude intitulée *Maintenance of Remission in ANCA-vasculitis* (MAINRITSAN)<sup>11</sup> récemment publiée, CanVasc a fait mention du rituximab comme « substitut à l'azathioprine dans le maintien de la rémis-

sion des [AAV], particulièrement pour les patients atteints de protéinase 3 à ANCA et de GPA »<sup>3</sup>. La EULAR/ERA-EDTA suggère plutôt l'azathioprine, le méthotrexate, le rituximab et le MMF comme options dans les traitements d'entretien<sup>6</sup>. Cependant, le rituximab n'est pas encore approuvé pour les traitements d'entretien au Canada et la couverture varie selon les fournisseurs et les provinces. Les résultats d'un autre essai international en cours (RITAZAREM, *Clinical-Trials.gov* NCT01697267; dernière inclusion en novembre 2016) pourraient confirmer le rôle du rituximab dans le traitement d'entretien, mais ceux-ci ne seront accessibles qu'à la fin 2018.

Le fait que davantage d'études ont été réalisées et que plusieurs recommandations ont été rédigées au cours de la dernière décennie est un signe encourageant pour les patients atteints de vascularites ainsi que pour les médecins et les chercheurs. Ces réalisations pourraient faire en sorte que les vascularites gagnent en visibilité auprès des acteurs canadiens en rhumatologie, particulièrement les régimes d'assurance provinciaux et les organismes de financement de la recherche.

Comme de nouvelles options thérapeutiques sont actuellement à l'étude, une mise à jour des recommandations CanVasc sera nécessaire lorsque d'importantes avancées surviendront. D'ici là, la communauté médicale doit être au fait des recommandations CanVasc et s'en servir comme lignes directrices dans le traitement des patients atteints d'AAV. Plusieurs outils sont en cours d'élaboration pour promouvoir encore plus l'utilisation et l'inclusion de ces recommandations dans la formation et l'apprentissage continu des médecins traitant des patients atteints de vascularites, incluant le livre *Canadian Vasculitis Learning Initiative (CaVALI): An Approach to Vasculitis*

*Through Interactive Clinical Cases*, à paraître bientôt. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site [www.canvasc.ca](http://www.canvasc.ca).

#### Références :

1. Baldwin C, Carrette S, Pagnoux C. Linking classification and therapeutic management of vasculitides. *Arthritis Res Ther* 2015; 17:138.
2. Famera L, Twilt M, Barra L, et coll. Development of Canadian recommendations for the management of ANCA-associated vasculitides: Results of the national needs assessment questionnaire. *Open Rheumatol J* 2015; 9:16-20.
3. McGeoch L, Twilt M, Famera L, et coll. CanVasc recommendations for the management of antineutrophil cytoplasm antibody-associated vasculitides. *J Rheumatol* 2016; 43:97-120.
4. CanVasc Recommendations for ANCA-Associated Vasculitis. 2016. (Consulté le 19/01/2017 au <http://rheumnow.com/content/canvasc-recommendations-anca-associated-vasculitis>).
5. Csernok E, Kempiners N, Hellmich B. Paradigm shift in ANCA diagnostics: New international consensus recommendations. *Z Rheumatol* 2017 [publication en ligne avant impression].
6. Yates M, Watts RA, Bajema IM, et coll. EULAR/ERA-EDTA recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis. *Ann Rheum Dis* 2016 [publication en ligne avant impression].
7. Guerry MJ, Brogan P, Bruce IN, et coll. Recommendations for the use of rituximab in anti-neutrophil cytoplasm antibody-associated vasculitis. *Rheumatology (Oxford)* 2011; 51:634-43.
8. Guideline for management of vasculitis syndrome (JCS 2008). Japanese Circulation Society. *Circ J* 2008; 75:474-503.
9. Menahem S, Hiremagalur B, Mudge et coll. The CARL guidelines. Induction and maintenance therapy in ANCA-associated systemic vasculitis. *Nephrology (Carlton)* 2008; 13 Suppl 2:S24-36.
10. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group. KDIGO Clinical practice guideline for glomerulonephritis. *Kidney inter* 2012; 139-274.
11. Guillevin L, Pagnoux C, Karras A, et coll. Rituximab versus azathioprine for maintenance in ANCA-Associated vasculitis. *N Engl J Med* 2014; 371:1771-80.

*Christian Pagnoux, M.D., M.Sc., MPH*  
*Clinique de traitement des vascularites, Division de rhumatologie,*  
*Mount Sinai Hospital, Toronto (Ontario)*

*Nader Khalidi, M.D., FRCP(C)*  
*Division de rhumatologie,*  
*Université McMaster, Hamilton (Ontario)*

*Lillian Barra, M.D., Ph.D., FRCPC*  
*Division de rhumatologie, St. Joseph's Health Care,*  
*Université Western Ontario, London (Ontario)*

## Journée de pratique clinique en rhumatologie (suite de la page 18)

Les commentaires ont été extrêmement positifs. Les allocations ont été très bien notées (aussi bien notées que la nourriture, et probablement mieux que les cannolis!). Les séances sur les compétences cliniques ont également été très bien évaluées. De nombreuses personnes interrogées ont aussi indiqué que la conférence leur a permis d'améliorer leurs compétences pour établir les antécédents rhumatologiques, leur confiance en ce qui concerne les examens physiques musculosquelettiques, leur capacité à faire les bons choix en ce qui concerne les demandes d'examen et leur assurance au moment d'interpréter les résultats des tests. De nombreuses suggestions de sujets à venir ont été reçues, ainsi que des demandes de faire de cet événement une conférence annuelle.

Sous tous les aspects, la première « Journée de pratique clinique en rhumatologie de l'Université McMaster » a été un succès retentissant. D'après les commentaires reçus, nous croyons avoir atteint notre objectif principal, soit préparer les professionnels en soins primaires à mieux prendre en charge les patients atteints de maladies rhumatismales. La planification de l'édition 2017 va déjà bon train ([fhs.mcmaster.ca/conted](http://fhs.mcmaster.ca/conted)).

*Raj Carmona, MBBS, FRCPC*  
*Professeur agrégé de médecine, Division de rhumatologie*  
*Directeur, Fondation médicale 5, Programme d'études en médecine*  
*Université McMaster*  
*Hamilton (Ontario)*

## Sondage 2017 de la SCR : Des recommandations sur les lignes directrices?

Les lignes directrices jouent un rôle très important dans les soins de santé et la pratique médicale, surtout depuis que la médecine factuelle a fait son apparition il y a de cela plus de 20 ans. Pour la rubrique *Articulons nos pensées* du numéro du printemps 2017, nous avons demandé aux membres de la SCR de nous donner leur opinion sur les lignes directrices : Pourquoi la SCR devrait-elle en établir? À quelles fins les membres de la SCR s'en servent-ils? Quelles sont les meilleures façons de gérer les conflits d'intérêts? Les données présentées ci-dessous sont fondées sur les réponses de 140 membres de la SCR, des rhumatologues issus du milieu universitaire ou communautaire.

Lorsqu'on leur a demandé pour quelles raisons importantes la SCR devrait concevoir des documents d'orientation clinique de grande qualité, la majorité des répondants au sondage ont indiqué les suivantes : aider à uniformiser les pratiques cliniques en fonction des meilleures données probantes (79 %), renseigner les membres de la SCR sur les questions cliniques importantes (77 %) et améliorer les résultats chez les patients (76 %).

Selon les membres, les lignes directrices de la SCR sont le plus souvent utilisées pour la pratique clinique (67 %) et pour l'amélioration des connaissances (67 %). Certains répondants les utilisent également lorsqu'ils échangent avec les experts en politique de la santé ou les membres de l'industrie (33 %) ou rédigent des articles (25 %), alors que d'autres recommandent à leurs patients de les consulter (16 %). De nombreux répondants ont également indiqué utiliser les lignes directrices de la SCR comme outils pédagogiques auprès des étudiants en médecine et des stagiaires.

En ce qui a trait à la façon dont la SCR devrait gérer les situations de conflits d'intérêts liées à la rédaction des lignes direc-

trices, la plupart des répondants (88 %) étaient d'accord pour affirmer qu'une divulgation complète de tous les conflits d'intérêts, réels ou perçus, devrait être publiée en même temps que les lignes directrices. Près de la moitié des répondants ont convenu qu'une autre façon d'atténuer le risque de conflits d'intérêts serait de demander aux auteurs des lignes directrices de s'abstenir de voter dans le cas des recommandations qui les placent en situation de conflit d'intérêts réel ou perçu.

Un des répondants a fait une suggestion intéressante à cet égard : « On pourrait veiller à ce qu'il n'y ait aucun conflit d'intérêts avec chacune des entreprises visées pour un certain pourcentage des auteurs. Par exemple, on pourrait admettre l'existence d'un conflit d'intérêts pour tous les auteurs (rares sont les experts qui ne vivent aucune situation de conflit d'intérêts, surtout s'il s'agit d'experts importants), mais veiller à ce qu'au moins 30 % des auteurs ne soient pas en conflit d'intérêts avec l'entreprise X, 30 % avec l'entreprise Y, 30 % avec l'entreprise Z, etc. »

Enfin, les méthodes de diffusion les plus utiles seraient un libre accès aux lignes directrices complètes (71 %), la création d'une version abrégée (67 %) ou la conception d'une application sur les lignes directrices (60 %). Sur ce dernier point, un quart des personnes interrogées ont signalé qu'il serait utile que l'application comporte des tableaux présentant un résumé des risques et bienfaits importants pour les principales recommandations.

Si les lignes directrices servent à de nombreuses fins dans le domaine de la santé, elles visent avant tout à améliorer les soins aux patients et les résultats cliniques. C'est pourquoi il est essentiel qu'elles soient établies de façon rigoureuse par des experts du domaine à partir des meilleures données probantes disponibles.

Tableau 1. À votre avis, parmi les énoncés suivants, lesquels représentent des raisons importantes pour lesquelles la SCR devrait concevoir des documents d'orientation clinique de grande qualité?

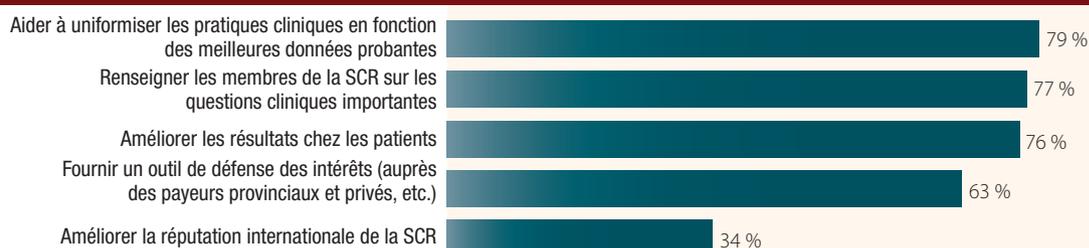
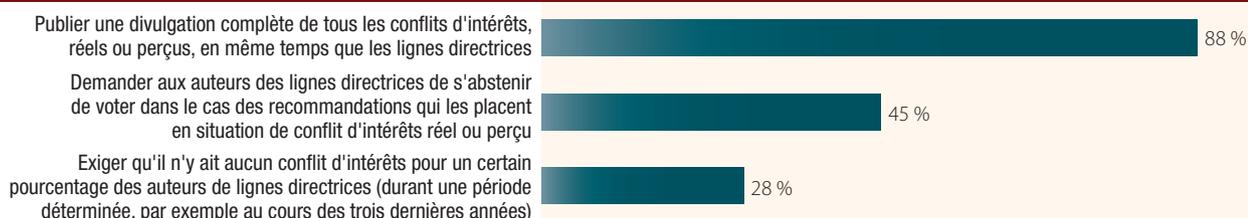


Tableau 2. À votre avis, comment la SCR devrait-elle gérer les situations de conflits d'intérêts liées à la rédaction des lignes directrices?



# Redéfinir le bonheur : mon expérience des systèmes de santé américain et canadien

Par Ashley Sterrett, M.D., CCD

L'herbe est-elle toujours plus verte chez le voisin? On enseigne aux médecins formés aux États-Unis que leur système de soins de santé est le meilleur au monde. Sinon, pourquoi tant de personnes émigraient-elles pour être formées et pratiquer aux États-Unis? Cependant, alors que je travaillais dans un environnement universitaire et gouvernemental au sein du système de soins de santé pour les anciens combattants aux États-Unis, j'ai commencé à remettre en doute cette présomption. J'ai fréquenté une faculté de médecine dans l'État de la Géorgie, puis j'ai effectué ma formation en médecine interne puis en rhumatologie à l'University of South Florida (USF). Après avoir obtenu mon diplôme, j'ai occupé un poste de rhumatologue auprès de la Veteran's Health Administration (VHA) à Tampa, en Floride, qui est affiliée à l'USF. Dans le cadre de mes fonctions, j'ai eu le privilège de m'occuper des anciens combattants de mon pays et de former des étudiants en médecine, des résidents et des chercheurs en rhumatologie. La facturation de mes services était simple : seuls les anciens combattants pouvaient recevoir des soins de la VHA. Ainsi, s'ils étaient envoyés chez nous, ils obtenaient une couverture médicale. Le codage se fondait sur les lignes directrices de Medicare, et la liste des médicaments assurés pour la couverture des médicaments et des tests se basait sur celle établie à l'échelle nationale plutôt que sur celles de la myriade de régimes d'assurance dans laquelle la plupart des médecins en pratique privée s'empêchent. Le système de dossier médical électronique (DME) utilisé par la VHA est en place depuis les années 1990; il s'agit du DME initial. De plus, il est accessible à partir de tout centre de la Veteran's Affairs (VA) au pays. Un ancien combattant qui vit et reçoit des soins à Tampa peut se présenter dans un centre médical de la VA au Texas pour obtenir des soins, et son dossier sera accessible au moyen d'un lien sécurisé. La seule exception s'appliquait aux dossiers médicaux des anciens combattants du Department of Defense en service actif; ceux-ci étaient protégés et n'étaient pas accessibles à tous les fournisseurs de soins de santé disposant d'un accès au DME de la VA.



Trop beau pour être vrai, non? Chaque système a ses lacunes, et le système de la Veteran's Health des États-Unis connaît lui aussi des ratées dont bon nombre ont été rendues publiques. Par exemple, il y a les problèmes courants dont on s'attend d'un système de soins de santé d'envergure : une pénurie de fournisseurs ou de services, qui entraîne de longues attentes pour des rendez-vous, des tests et même des soins standards comme les colonoscopies et les opérations chirurgicales. Une autre lacune est le recours à une liste de médicaments assurés nationale, qui ne tient pas compte des besoins régionaux associés à certaines maladies — prenons pour exemple le cas d'une pharmacie régionale qui a épuisé la totalité de son budget annuel en quatre mois après qu'un nouveau médicament contre l'hépatite C ait été approuvé, ce qui a eu une incidence sur l'accès aux médicaments de tous les autres services. Je ne veux toutefois pas me concentrer sur les points négatifs, ce n'est pas l'objectif de cet article. En fait, pour être franche, mon expérience à titre d'employée de la VA pendant sept ans a été très positive.

Je suis venue m'établir au Canada attirée par la promesse d'une vie meilleure et plus sécuritaire pour ma famille, des prêts étudiants moins élevés pour mes enfants lorsqu'ils iront à l'université, et par un système en apparence semblable au système de la VA, soit un débiteur unique et une liste de médicaments assurés provinciale. Cependant, j'ai vite constaté que les similarités s'arrêtaient là. Mes cinq mois de pratique en Ontario ont nécessité tout un ajustement. Comme je m'y attendais, les deux systèmes présentent des similarités tout comme des différences : la liste de médicaments assurés est plus souple que celle de la VA en Floride à laquelle j'étais habituée; le temps d'attente en Ontario pour des tests comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est semblable à celui de la VA, mais plus long que dans les pratiques privées des États-Unis; l'accès à des services complémentaires comme la physiothérapie est limité en Ontario par rapport à la VA, mais pas si on le compare aux pratiques privées des États-Unis. Cependant, les avantages offerts par la VA étaient réservés aux anciens combattants, et,

*Suite à la page 25*

# L'évolution de la polyarthrite rhumatoïde : « *Flipping the Switch – Reverse Thinking* \* »

Par Michael Starr, M.D., rhumatologue, Centre des sciences de la santé McGill, Montréal (Canada)

*Today is another day of pain and despair  
And I won't be fooled into thinking that  
I can cope physically and emotionally  
I have changed  
My spouse and kids have noticed  
Because  
Fatigue owns me  
And I don't want to be complaining that  
Life is a chore  
I don't want to believe that  
My future is anything but bleak  
Believe it, ASK me  
Because if your Global is better than mine  
I may be suffering more than you think  
I am not feeling fine, It's not a lie  
Just because I look normal to you  
I put on a brave face  
I'll surely take my meds  
If you say  
It's the encouragement I crave  
To have hope where there has been none before  
You ask as if there is truly a light  
I need to believe you  
I need a partner on this journey  
It's not enough to just write a script  
Enjoyment, Play, Work, Love, Self-esteem  
The things I have lost  
You tell me I will regain, even if it's hard  
I am feeling out of control  
And I'll never believe that  
People are listening to me and ready to help  
I have Rheumatoid Arthritis  
What is going on  
Help me understand  
Maybe  
I am depressed, and  
Perhaps  
Not thinking that  
Something can be done  
My daily activities can progressively get better, and  
I can be me again*

Maintenant, lisez ce poème à l'envers pour une toute autre perspective :

*I can be me again  
My daily activities can progressively get better, and  
Something can be done  
Not thinking that  
Perhaps  
I am depressed, and  
Maybe  
Help me understand  
What is going on  
I have Rheumatoid Arthritis  
People are listening to me and ready to help  
And I'll never believe that  
I am feeling out of control  
You tell me I will regain, even if it's hard  
The things I have lost  
Enjoyment, Play, Work, Love, Self-esteem  
It's not enough to just write a script,  
I need a partner on this journey  
I need to believe you  
You ask if there is truly a light  
To have hope where there has been none before  
It's the encouragement I crave  
If you say  
I'll surely take my meds  
I put on a brave face  
Just because I look normal to you  
I am not feeling fine, It's not a lie  
I may be suffering more than you think  
Beacause if your Global is better than mine  
Believe me, ASK me  
My future is anything but bleak  
I don't want to believe that  
Life is a chore  
And I don't want to be complaining that  
Fatigue owns me  
Because  
My spouse and kids have noticed  
I have changed  
I can cope physically and emotionally  
And I won't be fooled into thinking that  
Today is another day of pain and despair*

\* La rédaction a choisi de publier la version originale anglaise du poème du Dr Starr afin d'en préserver l'essence.

©Michael Starr, 2017. Tous droits réservés. Ce poème a été créé pour le colloque « *Coping with the Burden of RA Disease and Sustaining Patient Function – The Interaction Between Physical Function and Emotional Well-being* » de la société Lilly, qui a eu lieu lors de la réunion annuelle de la SCR. Aucune partie de ce poème ne peut être reproduite ou distribuée sans le consentement de l'auteur. Toute demande doit être adressée à Michael Starr, à l'adresse courriel [michael.starr@muhc.mcgill.ca](mailto:michael.starr@muhc.mcgill.ca).

# Dix points que les rhumatologues devraient savoir sur les maladies inflammatoires de l'intestin

Par Heba M. Al-Farhan, M.D., MRCP; et Gilaad G. Kaplan, M.D., MPH, FRCPC

Les maladies articulaires sont les manifestations extra-intestinales les plus courantes des maladies inflammatoires de l'intestin (MII), touchant 30 % des patients atteints de la maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse<sup>1</sup>. Le présent article examine les considérations liées aux patients atteints d'arthrite et d'une MII coexistante.

## 1. Arthrite périphérique associée à une MII

Il existe deux types distincts d'arthrite. Le TYPE 1 est non érosif, asymétrique et il touche moins de cinq grosses articulations. L'arthrite est liée à l'activité de la maladie intestinale sous-jacente, se manifestant possiblement avant l'apparition des symptômes intestinaux. On prend en charge l'arthrite en traitant la poussée aiguë de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse<sup>2</sup>. Le TYPE 2 frappe plusieurs articulations et il est symétrique; il est moins souvent lié à l'activité de la maladie intestinale.

## 2. Arthropathie axiale et MII

Le risque de sacro-iliite et de spondylarthrite ankylosante chez les patients atteints de MII est de 10 % et 3 %, respectivement<sup>1</sup>. De même, 4,1 % des patients atteints de spondylarthrite ankylosante présentent une MII coexistante<sup>3</sup>. Le traitement de la MII n'a pas de répercussion sur l'évolution naturelle de l'arthropathie axiale<sup>2</sup>.

## 3. Évaluation d'un nouveau diagnostic de MII

Les patients atteints de spondylarthrite peuvent présenter des symptômes gastro-intestinaux actifs (p. ex. douleurs abdominales, diarrhée, hémorragies rectales). Les considérations non liées à une MII comprennent l'entéropathie liée aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les infections gastro-intestinales, y compris les infections à *Clostridium difficile* et la maladie coeliaque<sup>4</sup>.

## 4. Diagnostic de la MII

La coloscopie avec biopsies est nécessaire pour le diagnostic de la MII. Les modalités de l'imagerie de l'intestin grêle comprennent l'échographie avec injection d'un agent de contraste, l'entérographie par résonance magnétique et l'entérographie par TDM. Dans le cas de la MII, on devrait éviter la TDM de l'abdomen à moins d'avoir éliminé le risque de complications intestinales (p. ex. perforation ou occlusion).

## 5. Prise en charge de la douleur

Les AINS sont associés à un risque accru de déclenchement d'une poussée de la MII. L'acétaminophène est une option thérapeutique sûre pour la prise en charge de la douleur chez les patients atteints d'une MII<sup>5</sup>.

## 6. Traitement d'une poussée aiguë au moyen de stéroïdes

On prescrit la prednisonne à raison de 40 mg par jour pendant une semaine, suivi d'une réduction de la dose de 5 mg par semaine. Les patients atteints de la maladie de Crohn limitée à l'iléon ou au colon droit peuvent utiliser le budésonide oral, qui a moins d'effets secondaires systémiques. Le budésonide MMX (*multi-matrix system*) est une préparation, qui prolonge la libération du budésonide tout le long du colon au moyen de la technologie MMX, et peut traiter une poussée de colite ulcéreuse<sup>6</sup>.

## 7. Traitement de la MII au moyen de la sulfasalazine et des 5-aminosalicylates (5-ASA)

La sulfasalazine et les 5-ASA (mésalamine) sont efficaces pour le traitement de la colite ulcéreuse, mais les données sont moins solides dans le cas de la maladie de Crohn. Les médicaments à base de 5-ASA sont offerts sous forme de comprimés oraux, de lavements rectaux et de suppositoires. La composition et l'enrobage de chaque médicament sont légèrement différents afin de permettre au médicament d'atteindre différentes parties de l'intestin<sup>7</sup>.

## 8. Immunomodulateurs

Le méthotrexate, l'azathioprine et la 6-mercaptopurine sont inefficaces pour induire une rémission de la MII. Ils sont utilisés à la suite d'un traitement d'induction (p. ex. au moyen de stéroïdes) ou en association avec un agent anti-FNT (facteur de nécrose tumorale) pour réduire l'immunogénéicité. Chez les patients présentant une mutation génétique touchant l'enzyme thiopurine méthyltransférase (TMPT), on doit réduire la dose (hétérozygote) ou éviter (homozygote) l'azathioprine ou la 6-mercaptopurine<sup>8</sup>.

## 9. Traitements anti-FNT

L'infliximab est utilisé chez les patients souffrant de la maladie de Crohn et chez ceux atteints de colite ulcéreuse :

5 mg/kg aux semaines 0, 2 et 6, suivi d'une dose d'entretien toutes les 8 semaines. L'adalimumab est utilisé chez les patients souffrant de la maladie de Crohn et chez ceux atteints de la colite ulcéreuse : semaine 0, 160 mg; semaine 2, 80 mg; ensuite 40 mg toutes les deux semaines. Le golimumab est utilisé chez les patients atteints de la colite ulcéreuse : semaine 0, 200 mg; semaine 2, 100 mg; ensuite 100 mg toutes les 4 semaines. Le certolizumab n'est pas approuvé au Canada pour la MII. L'étanercept n'est pas efficace pour le traitement de la MII<sup>8,9</sup>.

## 10. Nouveaux produits biologiques liés à la MII

Le vedolizumab est un anticorps dirigé contre l'intégrine  $\alpha_4\beta_7$  pour le traitement de la maladie de Crohn et de la colite ulcéreuse. Le vedolizumab est le premier agent biologique anti-inflammatoire sélectif de l'intestin<sup>8,9</sup>. Son rôle dans la prise en charge de la spondylarthrite coexistante demeure inconnu.

### Références :

1. Karremans MC, Luime JJ, Hazes JM, Weel AE. The prevalence and incidence of axial and peripheral spondyloarthritis in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis* 2016.
2. Harbord M, Annese V, Vavricka SR, et coll. The first European evidence-based consensus on extra-intestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2016; 10(3):239-254.
3. de Winter JJ, van Mens LJ, van der Heijde D, Landewe R, Baeten DL. Prevalence of peripheral and extra-articular disease in ankylosing spondylitis versus non-radiographic axial spondyloarthritis: a meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2016;18:196.
4. Danese S, Fiorino G, Mary JY, et coll. Development of red flags index for early referral of adults with symptoms and signs suggestive of Crohn's disease: an IOIBD initiative. *J Crohns Colitis* 2015;9(8):601-606.

5. Takeuchi K, Smale S, Premchand P, et coll. Prevalence and mechanism of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced clinical relapse in patients with inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006;4(2):196-202.
6. Rezaie A, Kuenzig ME, Benchimol EI, et coll. Budesonide for induction of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(6):CD000296.
7. Wang Y, Parker CE, Feagan BG, MacDonald JK. Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016(5):CD000544.
8. Hazlewood GS, Rezaie A, Borman M, et coll. Comparative effectiveness of immunosuppressants and biologics for inducing and maintaining remission in Crohn's disease: a network meta-analysis. *Gastroenterology* 2015;148(2):344-354 e345; quiz e314-345.
9. Vickers AD, Ainsworth C, Mody R, et coll. Systematic review with network meta-analysis: comparative efficacy of biologics in the treatment of moderately to severely active ulcerative colitis. *PLoS One* 2016;11(10):e0165435.

*Heba Al-Farhan, M.D., MRCP  
Chercheur en MII au stade avancé  
Université de Calgary  
Gastro-entérologue,  
Foothills Medical Center,  
Calgary (Alberta)  
Hôpital Amiri (Koweït)*

*Gilaad G. Kaplan, M.D., MPH, FRCPC  
Professeur agrégé,  
Université de Calgary  
Gastroentérologue,  
Centre médical Foothills  
Calgary (Alberta)*

## Redéfinir le bonheur : mon expérience des systèmes de santé américain et canadien (suite de la page 22)

au bout du compte, j'ai pu constater la grande qualité du système de soins de santé au Canada tant à titre de médecin que de patiente. Même si je ne travaillais pas en pratique privée en Floride, je sais ce qu'un rhumatologue touche en moyenne aux États-Unis. D'après ce que j'ai constaté à partir des récentes statistiques de l'Ontario Rheumatology Association (ORA), le salaire d'un rhumatologue en Ontario est semblable à celui de son confrère américain. Comme je ne fais plus partie d'un immense système de soins de santé interrelié, de nombreuses demandes et une longue attente sont nécessaires pour que je puisse accéder au dossier de mes patients provenant par exemple de leur médecin de famille ou d'un hôpital. Cette réalité n'est pas fondamentalement différente de celle d'un médecin en pratique privée dans la plupart des pays. Par contre, le Canada et les États-Unis mettent tous deux à l'essai des solutions visant à créer un dossier médical exhaustif accessible, par Internet, à partir de n'importe quel établissement.

Par ailleurs, aux États-Unis, des médecins formés à l'étranger doivent reprendre leur formation ou réussir les tests des conseils des médecins américains pour leur spécialité, mais lorsque c'est fait, ils peuvent pratiquer sans restriction. Or, les médecins formés au Canada ne sont pas tenus d'effectuer des tests supplémentaires ou de suivre une formation d'appoint puisque leur formation est considérée comme équivalente à celle des États-Unis. Si toutefois le Canada considère comme

équivalente la formation médicale américaine, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario exige des médecins américains une année de pratique supervisée dans leur spécialité pour les aider dans leur transition vers le système canadien. Certes, le fait d'avoir un superviseur a été difficile au début, mais j'ai grandement apprécié les conseils et l'expertise de la Dre Mary Lee qui m'a guidée dans mon apprentissage du système médical canadien, et je ne pourrais m'imaginer tenter de soigner des patients sans son aide.

En résumé, j'ai constaté que le système canadien était semblable à celui de Veteran's Health aux États-Unis, mais qu'il comportait quelques différences, que j'ai mentionnées, et bien d'autres que vous connaissez mieux que moi. Je ne peux conclure pour vous, mais pour ma famille et moi, l'herbe est plus verte au Canada.

*Ashley Sterrett, M.D., CCD,  
Professeure agrégée de médecine,  
University of Florida, Tampa (Floride)  
Licence de l'État de Floride  
Certifiée en ostéodensitométrie osseuse clinique  
Elle pratique actuellement à Toronto sous licence restreinte supervisée  
Toronto (Ontario)*

# Imagerie de la spondylarthrite : que doit savoir le rhumatologue?

Par Walter Maksymowych, FRCPC

Cas : Le patient était un homme de 23 ans qui avait été recommandé à cause d'antécédents de douleurs dans le dos pendant trois ans après avoir soulevé de l'équipement lourd au cours de son travail comme encadreur. Après que sa douleur aiguë a disparu, il a continué à se plaindre d'une douleur dans le bas du dos et la fesse gauche à tel point qu'il n'a pas pu reprendre le travail et a soumis une demande d'indemnisation à la Commission des accidents du travail. Son médecin de famille lui avait prescrit une analyse sanguine B27, qui était positive, et une radiographie du bassin et du rachis lombaire, qui était normale d'après le rapport. Le médecin de la Commission des accidents du travail avait prescrit en outre une imagerie par résonance magnétique (IRM) du bassin et du rachis lombaire. Le rapport de l'IRM du bassin indiquait une « contusion osseuse non spécifique » dans l'os iliaque gauche dans une « séquence sensible à l'eau », tandis que l'écho de spin pondéré en T1 (ES T1) présentait une « sclérose non spécifique ».

Deux ans plus tard, le patient recevait toujours des prestations d'invalidité pour ce qui était considéré comme une dorsalgie liée à une blessure subie au travail. Avec la recommandation de la Commission des accidents du travail, une nouvelle radiographie du bassin a révélé « une légère irrégularité du cortex iliaque gauche dans l'articulation sacro-iliaque gauche et un pincement de l'interligne articulaire léger et non spécifique du côté droit ». Une nouvelle IRM du bassin a également été prescrite et n'a rien présenté de remarquable d'après le rapport.

Le patient décrivait des symptômes dans le dos et la fesse droite qui étaient plus intenses lorsqu'il se levait de son lit, une raideur le matin pendant une heure, et des symptômes exacerbés par l'activité, mais pas soulagés non plus par le repos. Il se réveillait tôt le matin avec une douleur et une raideur dans le dos, et ses symptômes n'étaient pas soulagés par l'ibuprofène et le naproxène en vente libre, ni par les agents anti-inflammatoires prescrits par son médecin de famille. Toutefois, il ne tolérait pas ces médicaments pendant plus de quelques jours en raison de maux d'estomac. Son dossier médical mentionnait des antécédents de tabagisme de seulement quatre paquets par an. L'examen physique n'a révélé qu'une légère sensibilité musculaire dans le bas du rachis lombaire. Le résultat de l'épreuve de dépistage de la protéine C-réactive était normal.

L'examen des deux IRM du bassin dans le contexte de cette présentation clinique a indiqué un diagnostic de spondylarthrite, dont les caractéristiques étaient plus typiques sur la première IRM (Figures B et C). Les images ont été examinées avec le patient, et il a été informé que l'apparition de sa maladie en même temps que son entorse du dos subie au travail était une coïncidence, sans lien de cause à effet, mais qu'elle correspondait à la présentation habituelle de cette maladie dans la troisième décennie de la vie. Étant donné que son score à l'indice d'activité de la spondylite ankylosante de Bath (BASDAI) était de 6,9 et qu'il présentait une intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), un traitement par un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale lui a été proposé. Il lui a été conseillé d'arrêter de fumer, car cela nuirait à sa réponse au traitement. Quatre mois après le traitement, ses symptômes se sont calmés, son score à l'indice BASDAI était de 2,6, et il a repris le travail.

L'IRM de l'articulation sacro-iliaque constitue un progrès important dans ce domaine, car elle permet non seulement de détecter l'inflammation rapidement après l'apparition de la maladie, mais aussi de décrire diverses lésions structurelles, même sans changements de la sacro-iliite visibles à la radiographie. L'évaluation clinique systématique combine des renseignements visualisés simultanément sur deux types d'examen IRM. La séquence ES T1 détecte les signaux dans la graisse, donc la moelle osseuse adulte des os iliaques et du sacrum est claire, car elle contient de la graisse. Les signaux de la graisse peuvent être supprimés pour permettre la visualisation de l'inflammation dans la moelle osseuse au moyen de séquences en suppression de graisse, comme la séquence STIR (*short tau inversion recovery*), qui est également

une séquence sensible à l'eau. Un signal clair sur la séquence STIR indique donc la présence d'eau liée à un œdème et à l'infiltration cellulaire associée à l'inflammation. La substance corticale est foncée sur les deux séquences. Les deux séquences devraient être systématiquement prescrites dans le cadre d'un protocole d'imagerie propre à la spondylarthrite pour l'IRM, et un document à imprimer (en anglais) pour le service de radiologie peut être téléchargé dans la rubrique « *Imaging Portal* » du site [www.carearthritis.com](http://www.carearthritis.com).

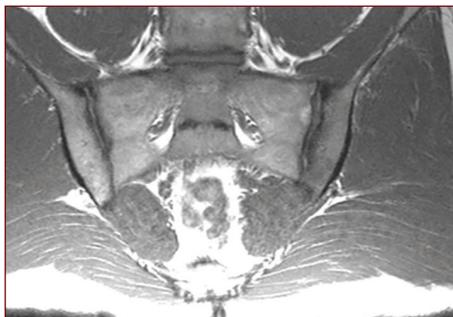
Lorsque la possibilité d'une spondylarthrite est envisagée au vu des observations cliniques, lorsque des décisions thérapeutiques importantes sont en jeu, lorsque des données probantes objectives seront essentielles pour faire changer la compréhension par le patient de sa maladie, et lorsque le rapport habituel

## Figure A : Radiographie pelvienne



**Figure A.** La radiographie du bassin à la présentation montre une légère irrégularité du cortex iliaque gauche et un léger pincement de l'interligne articulaire du côté droit. Elle ne présente pas de caractéristiques certaines de sacro-iliite.

## Figures B à E : Imageries par résonance magnétique



**Figure B.** La séquence EST1 de la première IRM montre une irrégularité du cortex iliaque gauche, mais sans modification structurelle certaine.



**Figure C.** La séquence STIR de la première IRM révèle un œdème de la moelle osseuse dans la partie inférieure de l'os iliaque gauche; cet œdème est intense et devrait susciter de forts soupçons de spondylarthrite.



**Figure D.** La séquence EST1 de l'examen de suivi après deux ans montre une érosion du cortex iliaque gauche avec un élargissement de l'interligne articulaire et une métaplasie graisseuse dans la partie inférieure de l'os iliaque gauche.



**Figure E.** La séquence STIR de l'examen de suivi après deux ans montre une résolution partielle de l'œdème de la moelle osseuse, mais avec un signal accru résiduel à l'IRM.

des observations sur l'imagerie radiographique est négatif ou évasif, on fait appel au rhumatologue pour prescrire et évaluer l'IRM. La radiographie des articulations sacro-iliaques, un outil obsolète pour l'évaluation diagnostique de cette maladie, n'est pas fiable au stade précoce de la maladie, et le recours à la radiographie constitue l'un des principaux facteurs de retard du diagnostic. Il incombe au rhumatologue d'apprendre à déchiffrer l'IRM et de comprendre les aspects élémentaires de l'interprétation des images DICOM (*Digital Imaging and Communications in Medicine*) afin qu'il puisse avoir un dialogue éclairé avec le radiologue. Les radiologues reçoivent peu ou pas de formation à l'interprétation des caractéristiques de la spondylarthrite à l'IRM et ne connaissent souvent pas les principaux scénarios cliniques dans lesquels l'IRM peut faire changer la prise en charge des patients atteints de spondylarthrite.

Un module de formation en ligne basé sur le format d'image DICOM est accessible à partir de la rubrique « *Imaging Portal* » du site Web de CaRE Arthritis ([www.carearthritis.com](http://www.carearthritis.com)) pour fournir aux rhumatologues les connaissances essentielles de base sur l'interprétation des IRM de la spondylarthrite et des autres affections qui s'inscrivent souvent dans le diagnostic différentiel. Un outil simplifié de visualisation des images DICOM permet d'apprendre intuitivement à paramétrer une image DICOM. Chacun des 20 cas est abondamment annoté, et l'expérience de l'interprétation des IRM est rapidement acquise par l'apprentissage expérientiel, un moyen d'acquérir

de nouvelles compétences qui a fait ses preuves. Ce module a été élaboré à partir des sept années d'expérience que mes collègues spécialistes en radiologie musculosquelettique et moi-même avons acquise en animant des ateliers de formation pratique destinés à des rhumatologues et à des radiologues dans le monde entier. Les participants aux ateliers se sont souvent dits satisfaits d'avoir acquis une nouvelle compétence grâce à cette technique de l'apprentissage expérientiel. Le maintien des compétences est renforcé par la présentation d'un cas par mois, provenant des images soumises dans la rubrique « *Imaging Portal* » aux fins d'examen en vue d'obtenir un second avis.

L'IRM a un rôle indispensable dans la prise en charge des patients atteints de spondylarthrite, et un rhumatologue qui ne maîtrise pas l'interprétation élémentaire de l'IRM ne peut pas exercer de manière adéquate. Il n'est ni approprié ni réaliste de confier l'entière responsabilité de l'interprétation au radiologue. Le cas présenté illustre les conséquences potentielles de cette stratégie.

*Walter Maksymowych, FRCPC  
Professeur de médecine,  
Département de médecine,  
Division de rhumatologie,  
Université de l'Alberta  
Edmonton (Alberta)*

### Mise à jour sur les programmes de la SCR (suite de la page 5)

pratique, l'interprétation des radiographies et d'autres sujets courants en rhumatologie.

#### Programme de mentorat de l'ASA

Le programme de mentorat a été élaboré pour faciliter l'intégration des étudiants et des résidents lors de l'assemblée scientifique annuelle de la SCR et au sein de la communauté de la rhumatologie ainsi que pour leur permettre de faire des rencontres et d'assister à différentes séances à cette occasion. Le programme permet à nos membres expérimentés d'établir des liens avec des jeunes pleins d'avenir, de transmettre une partie de leur sagesse et même de faire de nouveaux apprentissages auprès de la relève. Il s'agit d'une occasion d'établir des liens solides et des partenariats de valeur visant à appuyer les carrières et à favoriser l'apprentissage.

#### Projet TROT

L'objectif du projet TROT (*Training the Rheumatologists of Tomorrow*) est de faire connaître la rhumatologie et d'accroître l'intérêt des étudiants en médecine, des résidents en médecine

interne et des résidents en pédiatrie à l'égard de cette spécialité. Le projet vise à produire et à diffuser des messages fondés sur des données probantes à propos de la rhumatologie afin que les étudiants disposent de renseignements de première main sur cette sous-spécialité au moment de faire leur choix de carrière.

Face à la grave pénurie imminente de rhumatologues au Canada, le mandat du projet TROT est plus important que jamais. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Dr Alf Cividino à l'adresse [civi@cogeco.ca](mailto:civi@cogeco.ca). Vous pouvez aussi en apprendre davantage sur le projet TROT et les initiatives connexes en vous rendant à la page 6.

La SCR a à cœur de répondre aux besoins de nos futurs membres. Ainsi, si vous avez des suggestions, n'hésitez pas à nous en faire part!

*Christine Charnock,  
Présidente-directrice générale,  
Société canadienne de rhumatologie  
Newmarket (Ontario)*

# Hommage au Dr Guy Germain

Par Jean-Luc Senécal, MD

Le Dr Guy Germain, rhumatologue à l'Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) est décédé le 24 décembre 2016, à l'âge de 91 ans. Avec lui s'est éteint l'un des pères fondateurs de la rhumatologie au Québec et au Canada.

Nommé professeur agrégé PTG à la Faculté de médecine en 1968, le Dr Germain a été chef du service de rhumatologie de l'Hôpital Notre-Dame et directeur de l'Unité des maladies rhumatismales. Le Dr Germain a joué un rôle majeur et déterminant dans la fondation et la reconnaissance de la rhumatologie en tant que spécialité médicale au Québec. Avec ses collègues André Lussier à l'Université de Sherbrooke et les docteurs Roger Demers, De Guise-Vaillancourt et Jacques Durivage à l'Hôtel-Dieu de Montréal (décédés), ainsi qu'avec le Dr Claude Blondin à l'Hôpital Saint-Luc et ses collègues Jacques Gascon et Alain Prat à l'Hôpital Notre-Dame, le Dr Germain a établi les bases d'excellence de la rhumatologie universitaire qui allaient permettre aux générations suivantes de rhumatologues d'être formées et de faire rayonner le Canada français, l'Université de Montréal, l'Hôpital Notre-Dame et le CHUM à travers le monde.

Les mérites professionnels du Dr Germain ont été reconnus à de nombreuses reprises. Soulignons notamment que la Conférence laurentienne de rhumatologie lui avait attribué, en 1995, le Prix Marie-Thérèse Fortin en reconnaissance de ses qualités professionnelles et humaines au soin des malades. La salle Guy Germain située au 4<sup>e</sup> étage du Pavillon Mailloux de l'Hôpital Notre-Dame en perpétue le souvenir.

Même si le Dr Germain n'était pas chercheur lui-même, il avait bien compris que sans recherche, la rhumatologie au Canada français ne rayonnerait pas au-delà de nos frontières. « Every patient is a paper », nous a-t-il répété inlassablement : chaque malade est un sujet de recherche potentiel. Le Dr Germain a facilité le recrutement de plusieurs collègues chercheurs (dont le soussigné). La Chaire



1925 - 2016

en arthrose et la Chaire en sclérodermie, dont le Dr Germain était extrêmement fier, assureront la relève et la pérennité de la recherche en rhumatologie à l'Université de Montréal.

Le Dr Germain était un médecin clinicien hors pair avec une expérience exceptionnelle dont ont profité d'innombrables malades, plusieurs dizaines de résidents en rhumatologie et de nombreux résidents provenant d'autres spécialités. À ces derniers, il a appris l'importance de l'écoute et du respect du malade, ainsi que la douceur et l'élégance lors de l'examen physique et il a été, pour tous, un modèle.

Guy Germain a ainsi été un *magister* : à la fois chef, commandant, gardien, enseignant, maître, conseiller, guide et mentor. Généreux de son temps et de sa personne avec ses malades, auxquels il a offert un service et un dévouement exceptionnels, plusieurs d'entre eux ont témoigné qu'il était, à leurs yeux, comme un père et qu'il les avait aidés non seulement sur le plan médical, mais aussi à titre personnel.

Cette générosité exceptionnelle du Dr Germain en dit long sur son engagement auprès de la rhumatologie universitaire et sur sa vision à long terme pour son développement. Celui-ci avait deux passions : sa famille et la médecine. Pour le Dr Germain, l'Hôpital Notre-Dame était sa deuxième maison; qui plus est, il en a été l'un des piliers.

Jean-Luc Senécal, MD, FRCPC  
 Professeur titulaire de médecine  
 Faculté de médecine  
 Université de Montréal  
 Service de rhumatologie  
 Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
 Montréal, Québec



# QUAND LE MÉTHOTREXATE SEUL NE SUFFIT PLUS, ENVISAGEZ <sup>Pr</sup> XELJANZ <sup>MD</sup>.



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.

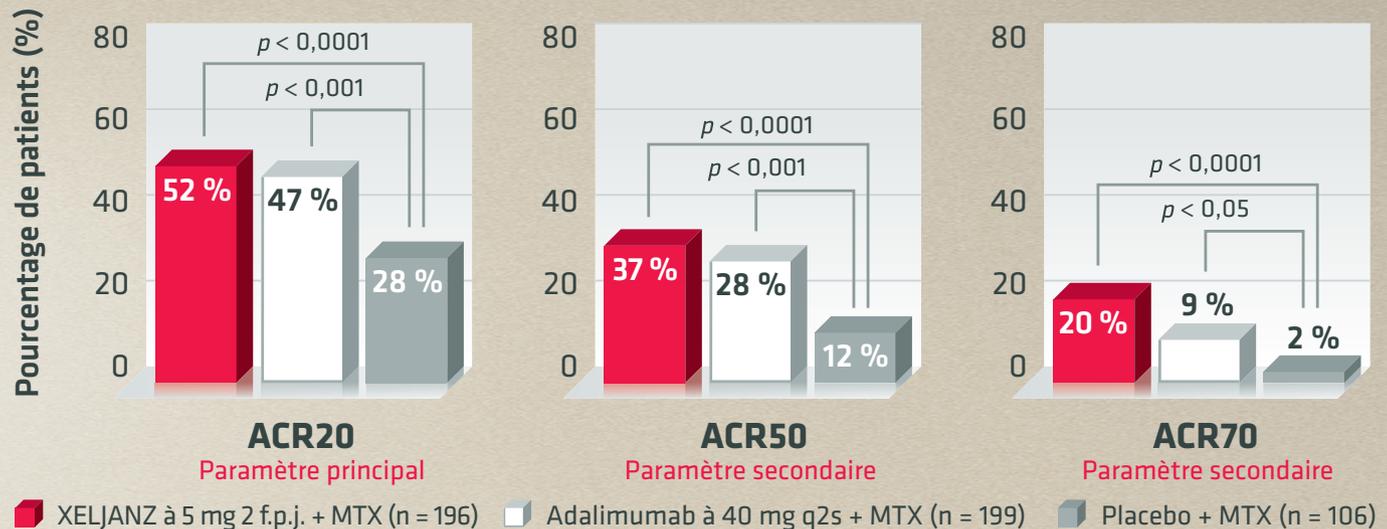


# Efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

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)<sup>1\*</sup>.

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)<sup>1\*</sup>.

Diminution moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3<sup>e</sup> 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<sup>2†</sup>.



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<sup>e</sup> mois, la variation moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3<sup>e</sup> mois et la proportion de patients ayant obtenu un score DAS28-4 (VS) inférieur à 2,6 au 6<sup>e</sup> mois.

† En accordant cette mention, la Société de l'arthrite reconnaît que des produits, comme le bouchon du flacon de XELJANZ, ont été testés de façon indépendante pour vérifier leur facilité d'utilisation et de manipulation par des personnes atteintes d'arthrite. La Société de l'arthrite ne détermine pas la valeur thérapeutique des produits, et la mention n'est pas une recommandation générale liée à ces produits; elle ne sert qu'à souligner qu'ils ont été conçus pour être faciles à utiliser par des personnes atteintes d'arthrite.

**XELJANZ**<sup>MD</sup>  
(citrate de tofacitinib)

# 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 confondues<sup>1</sup>

## 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<sup>1,2</sup>
- Plus de **20 ans d'expérience clinique dans le monde**<sup>1</sup>
- 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](http://www.janssen.com/canada/fr)  
SBBR160202F



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



**Janssen**  
PHARMACEUTICAL COMPANIES  
of Johnson & Johnson