

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



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

SCR : une nouvelle stratégie pour la nouvelle décennie

Prix, nominations et distinctions

Des honneurs pour les D^s Monique Gignac, Hani El-Gabalawy et Ronald Laxer

Arthroscopie

Assemblée 2019 de l'ACR à Atlanta

Une période de changement

La nouvelle version du Code d'éthique de Médicaments novateurs Canada rehausse les normes

Une revue des études : analyse du rôle de la nutrition dans la gestion des maladies rhumatismales

Cannabis médical : nouvelles ressources pour les patients

En vedette :

Les plans de relève et de transition en rhumatologie

Éditorial

Soins virtuels en rhumatologie

Nouvelles régionales

Dernières nouvelles du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest

Des nouvelles de l'ICORA

Un échantillon de subventions

Hommage boréal

La retraite : « Adieu à tout cela »

Se préparer à la pratique

La retraite, ça se planifie : conseils pratiques

Un cheminement personnel vers la (pré)-retraite

Transition vers une retraite réussie : un point de vue personnel

Voler de ses propres ailes : entamer sa pratique médicale

Planification de la relève et du transfert de la prise en charge en rhumatologie : Mon expérience

La transition vers la pratique

La planification de la relève en rhumatologie

Notre gamme de produits biologiques d'origine en dit long sur notre engagement continu...

- à élargir les choix thérapeutiques pour les médecins;
- à offrir un bon nombre d'options thérapeutiques aux patients;
- à investir dans la découverte et le développement de nouvelles thérapies, aujourd'hui et demain.



Programme BioAdvance® de Janssen

Soins axés sur les patients, simplicité pour vous.

Le programme BioAdvance® de Janssen offre à l'heure actuelle un soutien spécialisé et personnalisé à plus de **55 000** patients au Canada...

La promesse du programme BioAdvance® de Janssen :

- Un coordonnateur BioAdvance® de Janssen comme personne-ressource pour toute la gamme de produits biologiques de Janssen (**SIMPONI®**, **SIMPONI® I.V.**, **STELARA®**, **STELARA® I.V.**, **TREMFYA™** et **REMICADE®**).
- Une inscription simple commençant par un seul appel ou courriel.
- Une aide pour obtenir un remboursement ou une assistance financière.
- Une formation et des outils qui aideront les patients à gérer leur traitement.

Soins virtuels en rhumatologie

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« *J'aime les audiences en direct, avec des personnes réelles – cela n'a rien de comparable avec la réalité virtuelle* ».
– Hillary Clinton

« *Ce qui est incroyable avec la technologie, c'est que vous avez l'impression d'être réellement présent dans un autre endroit avec d'autres personnes. Les gens qui l'essaient disent que c'est une expérience complètement différente de tout ce qu'ils ont déjà vécu* ».
– Mark Zuckerberg

Il semble ne pas y avoir suffisamment de rhumatologues dans une grande partie du Canada, ou du moins sont-ils mal répartis : trop nombreux dans certaines grandes villes, pas assez partout ailleurs. Au cours de l'année dernière, j'ai reçu un message par télécopieur d'un centre universitaire me demandant d'accepter leurs patients en surnombre, lesquels devraient faire un déplacement d'au moins quatre heures pour me consulter! J'ai été plus réceptif à la demande d'aide suivante : une petite collectivité qui comptait autrefois cinq rhumatologues, mais qui n'en avait plus qu'un et dont les patients vivaient à 90 minutes seulement. J'ai donc accepté le premier patient qu'on a orienté vers moi : un homme d'âge moyen dont on disait qu'il avait « des douleurs articulaires, cervicales et dorsales ». La demande de consultation était brève et la seule autre information fournie était un rapport de radiographies de la colonne vertébrale montrant une discopathie dégénérative. Mon intuition me disait qu'il ne s'agissait probablement pas d'une maladie rhumatismale inflammatoire, mais nous avons tout de même donné un rendez-vous au patient. Je ne connaissais pas le médecin orienteur.

À son arrivée, le patient s'est montré d'une disposition très agréable. Il m'a dit qu'il avait eu une consultation virtuelle avec le médecin orienteur. La clinique présentait au patient un écran vidéo où il pouvait voir le médecin et c'est ainsi qu'ils interagissaient. Cette méthode est très bien pour l'anamnèse, mais elle ne permet aucun examen physique si ce n'est de demander au patient de démontrer son amplitude de mouvement avec diverses articulations. L'anamnèse a révélé de multiples fractures, et autres blessures musculosquelettiques, et une vie entière de travail physique et, maintenant, des douleurs chroniques.

Mais laissons mon patient dans une « salle d'attente » imaginaire un moment. La médecine virtuelle est soudainement devenue très à la mode. Mais elle soulève aussi toute une controverse. Dans certains cas, comme dans le cadre de l'Ontario Telemedicine Network (réseau de télémédecine de l'Ontario) et de plateformes similaires d'autres provinces, elle est couverte par les régimes de santé provinciaux. Dans d'autres cas, le privilège d'obtenir une consultation sur-le-champ peut être facturé au patient qui n'a pas à sortir de chez lui. Les médecins de famille peuvent souhaiter participer, mais, dans d'autres situations, déplorent le manque de

continuité des soins et la duplication des services que ces entretiens vidéo peuvent générer, à l'instar de ce qui se passe dans les cliniques sans rendez-vous traditionnelles.

Dans le contexte américain, des cliniques virtuelles de télé-médecine directement accessibles aux consommateurs poussent comme des champignons, ciblant des diagnostics et des traitements spécifiques, tels que le dysfonctionnement érectile (Hims, Roman), l'acné (Curologie) et la contraception (The Pill Club, Nurx). Un article paru récemment dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) a soulevé des inquiétudes concernant l'accent mis sur la prescription d'un médicament plutôt que sur l'offre d'autres options de traitement, la prescription hors indication et le compromis entre commodité et qualité¹.

Revenons maintenant à mon patient de la clinique virtuelle. Pourquoi a-t-on demandé une consultation en rhumatologie? Eh bien, le patient a été très clair à ce sujet : il s'était rendu à la clinique virtuelle pour faire remplir des formulaires d'invalidité, mais apparemment cela nécessitait une rencontre en personne avec un médecin. Le médecin virtuel n'a donc pas été en mesure de l'aider si ce n'est qu'en l'orientant vers moi.

J'imagine que la prescription d'opioïdes n'était pas non plus possible après une telle rencontre virtuelle, de sorte que la situation aurait pu être pire. Au bout du compte, j'ai rempli les formulaires en y inscrivant les renseignements donnés par le patient sans lui donner la garantie que sa demande serait acceptée et il était entièrement satisfait. J'ai également pris la résolution d'examiner très attentivement toute demande de consultation que je recevrais par la suite de médecins virtuels.

Référence :

1. Jain T, et coll. Prescriptions on demand. *JAMA*, septembre 2019; 322(10):325-26. Doi:10.1001/jama.2019.9889.

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

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP
Vice-président,
Ontario Rheumatology Association,
Ancien président,
Section de rhumatologie,
Ontario Medical Association
Scarborough (Ontario)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP
Présidente,
Société canadienne de rhumatologie
Vice-doyenne,
Enseignement médical prédoctoral
Professeure de médecine,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Nigil Haroon, M.D., Ph. D., DM, FRCPC,
Vice-président,
Société canadienne de rhumatologie
Co-directeur,
Programme sur la spondylarthrite, UHN
Clinicien-chercheur, UHN
Scientifique,
Institut de recherche de Krembil,
Professeur agrégé, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Présidente sortante,
Société canadienne de rhumatologie
Ancienne chef de la direction,
Service de rhumatologie,
William Osler Health Centre
Brampton (Ontario)

MEMBRES

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

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

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

May Y. Choi, M.D., FRCPC
Conférencière clinique en rhumatologie,
Cumming School of Medicine
Université de Calgary et
Services de santé de l'Alberta
Calgary (Alberta)

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



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

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

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

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

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

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

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

Code d'accès : **craj**

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

ÉQUIPE DE PUBLICATION

Paul F. Brand
Directeur exécutif

Jyoti Patel
Rédactrice en chef

Catherine de Grandmont
Rédactrice-révisoire principale
(version française)

Donna Graham
Chef de production

Dan Oldfield
Directeur du design

Mélissa Drouin
Services financiers

Robert E. Passaretti
Éditeur

© STA HealthCare Communications inc., 2020. Tous droits réservés. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : mars 2020.

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

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

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

La D^{re} Monique Gignac a reçu le prix *Addie Thomas Service Award 2019* de l'Association of Rheumatology Professionals (ARP) lors de la conférence annuelle de l'American College of Rheumatology (ACR) à Atlanta. Ce prix qui porte le nom du premier président de l'ARP est décerné à un membre pour ses services soutenus et ses activités bénévoles. La D^{re} Gignac a été reconnue pour son travail continu au sein de plusieurs organisations, notamment en tant que présidente du Conseil consultatif de l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite des Instituts de recherche en santé du Canada et codirectrice scientifique du Réseau canadien de l'arthrite ainsi que pour son travail avec la Société de l'arthrite et ses activités de rédactrice adjointe de la revue scientifique *Arthritis Care & Research*. La D^{re} Gignac a reçu le *Distinguished Lecturer Award* (conférencier émérite) en 2014 et le *Distinguished Scholar Award* (chercheur émérite) de l'ARP en 2013. Elle est codirectrice scientifique et chercheuse principale à l'Institute for Work & Health, professeure à l'école de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto et chercheuse affiliée au Krembil Research Institute de l'University Health Network.

D^{re} Monique Gignac
Addie Thomas Service Award



Le D^r Hani El-Gabalawy et le D^r Ronald Laxer ont tous deux été récemment honorés par l'American College of Rheumatology qui leur a décerné le titre de Maître lors de la dernière réunion de l'ACR en novembre 2019 à Atlanta, en Géorgie. La reconnaissance à titre de maître par l'ACR est l'un des plus grands honneurs que celui-ci décerne à ses membres qui ont apporté une contribution exceptionnelle au domaine de la rhumatologie par leurs réalisations universitaires ou leurs services aux patients, aux étudiants et à la profession.

D^r Hani El-Gabalawy
Maître, décerné par l'ACR en 2019



« Être reconnu par mes pairs de l'ACR en tant que maître est non seulement un grand honneur, mais cela me procure aussi un sentiment profond de satisfaction d'avoir réussi à satisfaire aux normes professionnelles élevées que cette organisation a toujours représentées et promues et qui m'ont inspiré et guidé au fil des ans. Je ne pourrais pas être plus reconnaissant d'avoir eu l'occasion de parvenir à cette réussite », a déclaré le D^r El-Gabalawy.

Le D^r El-Gabalawy est actuellement professeur de médecine et d'immunologie à l'Université du Manitoba, à Winnipeg, et il est également titulaire de la chaire de recherche en rhumatologie de ce même établissement.

D^r Ronald Laxer
Maître, décerné par l'ACR en 2019



« La plus haute forme de reconnaissance est celle que l'on reçoit de ses pairs. Ce fut un grand honneur d'être désigné maître par l'ACR et d'être reconnu pour mes contributions cliniques et universitaires. J'étais particulièrement fier de me retrouver parmi un groupe de rhumatologues pédiatriques canadiens désignés comme maîtres, dont mon mentor Ross Petty et mes bons amis Kiem Oen, Alan Rosenberg et Earl Silverman », a déclaré le D^r Laxer.

Le D^r Laxer est actuellement professeur de pédiatrie et de médecine à la division de rhumatologie de l'Université de Toronto et rhumatologue à l'Hôpital pour enfants malades (SickKids) de Toronto.

ICORA – Un échantillon de subventions

Lors de la dernière Assemblée scientifique annuelle de la SCR en février, la D^{re} Deborah Marshall et M^{me} Laura Passalent ont présenté leurs subvention de l'ICORA. Pour en savoir plus, lisez ce qui suit.

Variation géographique de la polyarthrite rhumatoïde – Combattre les inégalités dans l'accès aux soins

Présenté par Deborah A. Marshall, au nom de Xiaoxiao Liu, Stefania Bertazon, Alka B. Patel, Dianne Mosher, Joanne Homik, Steven Katz, Christopher Smith, Jill Robert et Claire E.H. Barber

L'accès en temps voulu aux rhumatologues et l'accès équitable aux soins restent un défi, surtout au Canada, où les patients vivant dans les zones rurales doivent parfois parcourir de longues distances pour se faire soigner par des spécialistes regroupés dans les zones urbaines. Les estimations du nombre de rhumatologues par habitant ne fournissent pas suffisamment d'informations pour cerner les lacunes dans les services de rhumatologie, en raison de la vaste répartition géographique des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR). En utilisant l'analyse géospatiale, notre équipe a évalué la variabilité géographique de la prévalence de la PR dans le continuum rural-urbain.

L'analyse au niveau des zones géographiques locales, avec 132 zones définies, a révélé que la prévalence de la PR est jusqu'à cinq fois plus élevée dans certaines zones. Au niveau des zones géographiques locales, nous avons établi sept « points chauds » (zones présentant des taux de prévalence élevés). Ces variations sont susceptibles de créer des disparités dans l'accès aux soins de la PR, ce qui devrait être pris en considération dans la conception d'interventions et de programmes de planification fondés sur des données probantes afin d'améliorer l'accès aux services de santé associés et de réduire les inégalités. Les travaux futurs examineront l'accessibilité géographique et les facteurs socioéconomiques concernant l'utilisation des soins de santé et les résultats sanitaires, ce qui pourrait aider à mieux comprendre les disparités entre les zones rurales et urbaines et à fournir des orientations pour la planification des services de santé destinés aux patients atteints de PR.

Deborah A. Marshall est présidente de la Recherche sur les résultats en rhumatologie de l'Arthur J.E. Child Foundation et ancienne titulaire de la chaire de recherche sur les systèmes et les services de santé (2008-2018) des Chaires de recherche du Canada Elle est professeure à l'Université de Calgary.

Pratiques de dépistage et d'orientation des adultes atteints de spondylarthrite axiale parmi les médecins de soins primaires, les infirmières praticiennes, les physiothérapeutes et les chiropraticiens travaillant en pratique communautaire dans la province de l'Ontario
Présenté par Laura Passalent, au nom de Christopher Hawke, Jeff Bloom, Andrew Bidos, Leslie Soever, Raj Rampersaud, Nigil Haroon et Robert D. Inman

Ce projet en plusieurs étapes a examiné les connaissances cliniques des prestataires de soins primaires et les pratiques de dépistage et d'orientation des patients chez qui on suspecte une spondylarthrite axiale (SpAax). Les prestataires de soins primaires comprennent les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les physiothérapeutes et les chiropraticiens exerçant en Ontario.

Étape 1 : Des entretiens semi-structurés avec des informateurs clés ont été menés avec 17 prestataires de soins primaires. Les thèmes de la pratique du dépistage comprenaient : la connaissance clinique de la SpAax; le rôle des examens et la connaissance des outils de dépistage. Les thèmes de la pratique de l'orientation comprenaient : l'optimisation des technologies, les obstacles à l'orientation et les obstacles législatifs.

Étape 2 : Les prestataires de soins primaires agréés ont été interrogés par voie électronique à l'aide d'un questionnaire élaboré à partir des résultats de l'étape 1. Il y a eu 276 répondants. Les raideurs matinales > 30 minutes et la présence de l'antigène HLA-B27 ont été considérées comme des caractéristiques cliniques « très importantes » de la SpAax. La plupart des répondants n'ont « jamais utilisé » les outils de dépistage de la SpAax ou « n'étaient pas familiarisés » avec ceux-ci. Les médecins de famille et les infirmières praticiennes orientent « toujours » ou « souvent » les patients en rhumatologie, bien que les temps d'attente aient été reconnus comme un obstacle important. Les physiothérapeutes et les chiropraticiens orientent « toujours » ou « souvent » les patients vers leur médecin de famille ou infirmière praticienne pour faciliter les examens ou l'orientation vers la rhumatologie.

Les résultats combinés indiquent que les prestataires de soins primaires ont des connaissances cliniques raisonnables sur la SpAax. Les outils de dépistage de la SpAax sont peu connus. Les physiothérapeutes et les chiropraticiens ont cerné des obstacles au dépistage et à l'orientation liés au champ d'activité; si ces obstacles étaient atténués, cela pourrait permettre une meilleure détection précoce. Des stratégies d'éducation ciblées peuvent améliorer les pratiques de dépistage et d'orientation des cas de SpAax dans les soins primaires.

Laura Passalent, BScPT, MHSc, ACPAC, est maître de conférences au département de physiothérapie de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto et travaille comme physiothérapeute praticienne dans le cadre du programme d'arthrite du Toronto Western Hospital. Elle est également clinicienne-chercheuse au Krembil Research Institute.



SCR : une nouvelle stratégie pour la nouvelle décennie

Vision 2020 – Un avenir sous le signe de l'efficacité et de la pérennité



La Société canadienne de rhumatologie (SCR) a présenté son nouveau plan stratégique lors de son assemblée générale annuelle, en février dernier.

À l'approche de son 75^e anniversaire en 2021, la SCR est en cours d'élaboration d'une nouvelle stratégie visant à consolider son rôle de porte-parole national des rhumatologues canadiens et à bâtir un avenir durable pour les décennies à venir. Grâce aux efforts considérables déployés par ses dirigeants et par ses bénévoles, anciens et actuels, depuis sa fondation en 1946, la SCR a atteint plus de 500 membres à l'échelle du Canada et propose des programmes, des services et des événements tout au long de l'année.

Cette nouvelle stratégie est en cours d'élaboration depuis 2018 et profite de rétroactions et de commentaires de la part de diverses parties prenantes, notamment ses propres membres.

Voici un aperçu des cinq nouvelles stratégies de la SCR :

1. Faire de la SCR un fournisseur national de premier plan en matière de ressources et de formation professionnelle continue en rhumatologie.
2. Déterminer et influencer les questions d'intérêt national qui touchent la pratique des rhumatologues.
3. Bâtir et entretenir une communauté nationale dynamique de rhumatologie.
4. Défendre la cause de la recherche en rhumatologie au Canada.
5. Assurer la pérennité financière et opérationnelle de la SCR dans un environnement en évolution.

Restez à l'affût pour plus d'information : la SCR est en train de terminer l'élaboration de son nouveau plan stratégique, dont la mise en œuvre doit avoir lieu en 2021.

Questions fréquentes :

1. Pourquoi avons-nous besoin d'un nouveau plan stratégique maintenant?

La Société canadienne de rhumatologie est une organisation d'une grande crédibilité dont la réputation n'est plus à faire et qui a multiplié les réussites depuis sa fondation, il y a 74 ans. Un tel héritage mérite un avenir glorieux. Dans cette optique, le Conseil d'administration, les bénévoles et les membres du personnel travaillent en étroite collaboration afin d'assurer un avenir durable à la SCR.

Ce travail est par ailleurs à propos, puisqu'il est effectué en parallèle à la restructuration de la SCR dans le but de revoir les aspects de revenus durables et les responsabilités fiduciaires de l'organisation. Il en résultera des objectifs et une orientation clairs en ce qui concerne l'avenir de la SCR.

2. Dans quelle mesure ces priorités stratégiques différeront-elles de celles actuellement en place?

Les priorités générales ne changeront pas de manière significative. Cela dit, le nouveau plan sera plus détaillé et plus précis. En outre, notre approche en ce qui a trait à la mise en œuvre

et à la gestion du nouveau plan stratégique sera fondée sur un ensemble de critères clairement définis pour la sélection et l'évaluation des programmes, ce qui nous aidera à mieux concrétiser nos plans et en rendre compte.

3. Quels seront les changements les plus perceptibles pour les membres?

En 2020, très peu de changements seront perceptibles pour l'ensemble des membres. Au printemps et à l'été 2020, nous élaborerons les plans opérationnels en collaboration avec les comités. À mesure que ceux-ci se préciseront, nous communiquerons l'information à la communauté générale de la SCR sur notre site Web et au moyen d'avis dans nos bulletins d'information.

L'objectif de cet exercice est d'adapter les principales activités de la SCR et d'établir clairement comment nous définissons notre réussite. Cela signifie que toutes les activités de la SCR devront s'aligner sur une ou plusieurs de nos principales priorités.

Assemblée 2019 de l'ACR à Atlanta

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

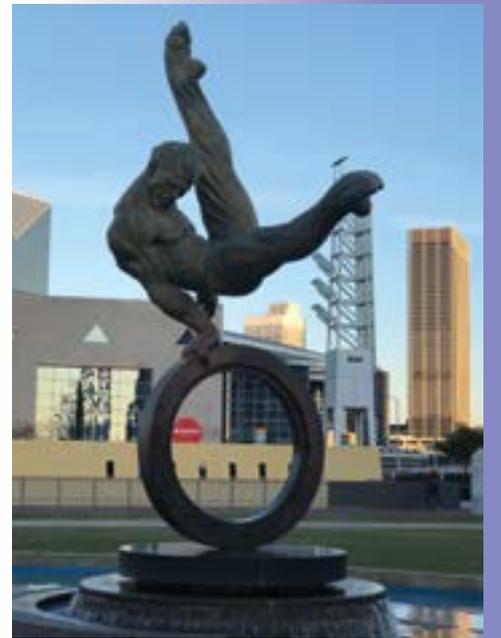
« Je défie quiconque qui va à Atlanta de ne pas passer un bon moment. »
– Brian Tyree Henry (acteur et star de la série « Atlanta »)

La dernière fois que l'American College of Rheumatology (ACR) a tenu son assemblée scientifique annuelle à Atlanta, c'était en 2010. L'ACR ayant son siège social à Atlanta, j'ai été étonné d'apprendre que l'assemblée n'est pas tenue plus souvent dans cette ville. Je n'ai pu assister à l'édition 2010, car j'étais en voyage de formation médicale continue en Chine. Cependant, à mon retour, alors que je faisais la queue à la douane de l'aéroport Pearson de Toronto, j'ai remarqué que des douzaines de personnes qui se trouvaient dans la file d'attente m'étaient familières. Ces personnes revenaient toutes de l'assemblée 2010 de l'ACR; j'ai donc eu droit à un cours accéléré sur les faits saillants de l'événement pendant que nous attendions.

Même si j'avais déjà transité par l'aéroport d'Atlanta, je n'avais jamais visité cette ville. En plus d'assister à l'assemblée au Georgia World Congress Centre, j'espérais voir certaines attractions de la ville, dont les sièges sociaux du réseau CNN et de Coca-Cola, ainsi que le temple de la renommée du football universitaire Chik-Fil-A (CCFHF). Malgré la récente controverse entourant l'ouverture d'un restaurant Chik-Fil-A à Toronto, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) a décidé de tenir la *Soirée du Canada* au CCFHF et la combinaison collègues, nourriture, vin et exposition s'est révélée gagnante.

La plupart de mes autres projets touristiques sont toutefois partis en fumée, car le programme de l'assemblée était très chargé. L'assemblée est non seulement une activité de valeur en soi (plus de 15 000 participants et près de 11 000 participants scientifiques de 103 pays, des milliers d'affiches, une centaine de présentations orales et de nombreux exposés très intéressants), mais elle offre en plus l'occasion de tenir en coulisse toutes sortes d'autres rencontres avec des collègues de partout au Canada et du monde entier.

L'application de l'assemblée de l'ACR s'est révélée très utile pour ceux qui tentaient d'organiser leur horaire. Je me suis aussi inscrit à des tournées d'affiches quotidiennes, au cours desquelles on présentait les points de vue d'un expert sur des études clés portant sur divers domaines pathologiques. Je me suis intéressé plus particulièrement à la polyarthrite rhumatoïde (PR), participant à une discussion en petit groupe avec des chefs de file du domaine, comme le Dr Jonathan Kay et le Pr Iain McInnes. Je tiens à saluer vivement les efforts déployés par l'ACR pour rendre l'apprentissage plus agréable et interactif, notamment grâce aux activités « ACR Knowledge Bowl » (le trophée ayant été remporté par le champion en titre « Neutrophil Nets », soutenu par des supporters très bruyants), « The Great Debate » et « Thieves Markets ». Le grand débat cette année portait sur les anabolisants : ces agents sont-ils appropriés ou non dans le traitement de première intention de l'ostéoporose induite par les glucocorticoïdes? Ce débat tombait à point nommé, étant donné l'approbation récente du romosozumab au Canada et aux États-Unis et l'approbation, en 2017, de l'abaloparitide aux États-Unis, lequel s'est ajouté au téraparatide depuis longtemps offert sur le marché. Parmi les nouveautés à l'assemblée, mentionnons un segment intitulé « Daily Digest », une séance de récapitulation ayant pour but de présenter une synthèse des principaux résultats des multiples séances tenues simultanément durant la journée. Joe Craft, David Isenberg, Cornelia Weyand, Peter Merkel, Marian Hannan et Gregg Silverman figuraient sur la liste des conférenciers bien connus pour ce segment. J'ai également apprécié les discussions de type TED durant le segment « In the Rheum » avec Ian McInnes, John Stone et Liz Lightstone. Le thème de la réduction de l'utilisation des stéroïdes dans le traitement





Les D^s Iain McInnes et Jonathan Kay

de la PR, du lupus et de la vascularite a suscité de l'intérêt, et cette option semble aujourd'hui plus réalisable grâce aux progrès thérapeutiques. Le programme prévoyait aussi une séance quotidienne « #ACR19 Tweet Up » présentant les points de vue de divers participants sur des sujets et des études clés.

La rétrospective de l'année, qui marquait le coup d'envoi de l'assemblée, était un incontournable, tout comme le résumé de fin d'assemblée

présenté par Jack Cush et Artie Kavanagh. Les deux ont dit souhaiter moins de présentations sur la fibromyalgie (ne voulant pas dépeindre les rhumatologues comme les experts en la matière) et sur la surveillance du traitement médicamenteux par hydroxychloroquine. Les nouvelles lignes directrices de l'ACR sur la goutte, l'arthrose de la hanche, du genou et des mains, la vascularite des gros vaisseaux (maladie de Horton, polyartérite noueuse, maladie de Takayasu) et la vascularite associée aux anticorps anti-cytoplasme des neutrophiles (ANCA) ont été présentées. Les lignes directrices sur la goutte préconisent l'adoption d'une approche de traitement visant l'atteinte d'un objectif précis plutôt que de l'approche de traitement visant la maîtrise des symptômes, privilégiée par d'autres organismes. Dans le cas de l'arthrose, l'expression « non pharmacologique » est en voie de disparaître, remplacée par des termes plus positifs pour décrire ces traitements essentiels.

La conférence Phillip Hench, présentée par John Reveille et portant sur la spondylarthrite axiale, le gène B27 et la médecine personnalisée a été un véritable tour de force. J'ai aussi entendu dire que les séances de formation sur l'immunologie et les statistiques avaient été excellentes, mais je n'ai pu y assister, faute de temps. J'ai apprécié la séance de l'EULAR, intitulée « *The Road to Remission is Long and Bumpy, but Worth it in the End* », mettant en vedette le toujours divertissant et toujours présent Iain McInnes.

L'ACR facilite le rattrapage en permettant à toutes les personnes inscrites d'accéder gratuitement à l'ensemble des séances pendant un an après la conférence au moyen de la plateforme *ACR Beyond*. Cela inclut maintenant des vidéos, des programmes ainsi que des diapositives téléchargeables présentant les points saillants. Cette année, les crédits de formation médicale continue ont été beaucoup plus faciles à documenter. Même les personnes ayant payé un droit d'inscription, mais ayant assisté à l'assemblée depuis leur domicile par diffusion continue en direct, avaient droit à ces crédits.

Les affiches de dernière minute, les affiches sur les maladies pédiatriques et les affiches sur le point de vue de patients ont été présentées sous forme d'affiches électroniques; elles peuvent également être consultées sur le site Web de l'ACR. Des résumés de dernière minute portant sur une variété de nouveaux traitements, depuis l'anifrolumab et le fénébrutinib pour le traitement

du lupus à l'olokizumab contre la PR, ont aussi été présentés. Le temps dira si ces traitements et d'autres traitements novateurs parviendront jusqu'à nos cliniques.

En bref :

Meilleur titre de séance : « *You Give Me Fever: Case-based Approach to Autoinflammatory Syndromes* ».

Les thèmes habituels ont été bien représentés dans les résumés : inhibiteurs de JAK, effets indésirables des inhibiteurs de points de contrôle, troubles concomitants associés aux maladies rhumatismales et mises à jour de la FDA.

Les résumés présentés durant les séances plénières de l'ACR portaient notamment sur les sujets suivants : guselkumab et arthrite psoriasique, résultats de l'étude de longue durée GIACTA, méthotrexate et arthrose érosive des mains, prednisolone et arthrose des mains, anifrolumab et lupus érythémateux disséminé, ixékizumab et spondylarthrite axiale non radiographique, upadacitinib et spondylarthrite ankylosante, ainsi que romosozumab et ostéoporose chez les patients atteints de néphropathie.

J'ai présenté une affiche cette année et j'ai été étonné de voir que je n'étais pas le seul Baer, mais plutôt l'un des quatre à présenter des résumés, les autres étant Rebecca (deux résumés), Alan et Jean. Pour autant que je sache, toutefois, aucun d'entre nous n'avons de lien de parenté.

Le segment « *Medical Education Beyond Rheumatology In 2019* » proposait des séances cliniques portant sur l'exploration de maladies non rhumatismales que les rhumatologues observent souvent chez leurs patients. À titre d'exemple, la séance « *NAFLD (non-alcoholic fatty liver disease) & Hepatotoxic Medications: What's a Rheumatologist to Do?* » a porté sur la stéatose hépatique non alcoolique et sur les médicaments que nous pouvons et ne pouvons pas administrer aux patients atteints de cette affection.

Le fort contingent canadien incluait Nigil Haroon qui a dirigé la séance « *Meet the Professor* » et les animateurs d'ateliers Pari Basharat et Johannes Roth. De nombreux Canadiens ont aussi animé des séances et présenté les résultats de leurs recherches. Ron Laxer et Hani el-Gabalawy ont reçu le titre de Maître de l'ACR.

La prochaine assemblée de l'ACR se tiendra à Washington, D.C., en novembre 2020, juste après l'élection présidentielle américaine. L'événement s'annonce passionnant. J'espère vous y rencontrer!

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Rédacteur en chef, JSCR

Scarborough (Ontario)



La retraite : « Adieu à tout cela »

Réflexions d'un récent retraité (pas celles de Robert Graves!)

Par Paul Davis, M.B., Ch.B., FRCP(UK), FRCPC

Il est 7 heures. C'est lundi matin. Il fait encore nuit dehors et il pleut. Une nouvelle semaine de travail commence. Mais pas pour vous, car vous venez de prendre votre retraite. Vous restez au lit en essayant de profiter du temps que vous avez maintenant pour relaxer, mais la culpabilité commence à vous envahir jusqu'à ce que vous vous sentiez obligé de vous lever. Vous vous rasez et vous vous douchez, mais en fin de compte, vous êtes toujours à la retraite!

Il est important de reconnaître que la transition qui accompagne la retraite pose un défi aussi important que les transitions précédentes d'étudiant, à résident, puis à fellow et enfin à consultant. Il y a pourtant une différence fondamentale dans le cas de la retraite. Les expériences précédentes visaient toutes à améliorer votre situation professionnelle, mais la retraite, elle, exige que vous disiez « adieu à tout cela » et que vous planifiez un nouvel avenir.

De nombreux ouvrages ont été publiés sur la façon de réagir à la retraite, mais je n'en ai lu aucun. En grande partie parce que je pense qu'il s'agit d'une transition très personnelle à laquelle ne s'applique aucune formule toute faite. Ceci étant dit, tous les gens qui prennent leur retraite ont en commun un certain nombre d'étapes à traverser. La première étape consiste à accepter que tout ce qui a constitué votre vie professionnelle pendant 40 ans soit maintenant chose du passé (le deuil). Cette coupure se manifestera de nombreuses façons. Sans surprise, il y a d'abord la perte de contact avec les collègues et les patients, mais ne vous étonnez pas s'ils vous manquent moins que vous ne le pensiez. Il n'y aura plus de réunions et, par conséquent, plus d'ordres du jour et de comptes rendus à examiner. Les invitations à participer à des groupes consultatifs cesseront, tout comme les invitations à présenter des exposés lors de conférences professionnelles. Il n'y aura plus de subventions de recherche à demander et plus d'articles à rédiger ou à présenter. (Mais il y aura peut-être une invitation à écrire un article pour le JSCR!) De moins en moins de messages arriveront dans votre boîte de courrier électronique, autrefois pleine à craquer, au point où vous vous demanderez si le serveur est en panne. Vous continuerez de recevoir courriels, notamment les demandes de participation à des enquêtes en ligne malgré les réponses « désabonnement » ou « à la retraite ». Des offres de pilules pour améliorer la virilité à prix réduit continueront de se frayer un chemin jusqu'à vous. (Je me suis souvent demandé comment ils savent que j'en ai besoin.) Pendant cette période, si vous avez la mauvaise idée de retourner au travail pour voir comment ils se débrouillent sans vous, vous constaterez que votre nom a été retiré de la porte de votre ancien bureau qui est déjà occupé par quelqu'un d'autre. Les gens peuvent s'arrêter



Le Dr Paul Davis travaillant en Italie.

pour vous demander comment vous profitez de votre retraite, mais poursuivent leur chemin avant même que vous n'ayez la chance de répondre! Le secret pour réussir à traverser cette étape est de réaliser que ce n'est PAS la fin, mais plutôt l'occasion d'un nouveau départ épanouissant.

L'étape suivante de la transition est caractérisée par la réalisation que vous avez quelque chose que vous n'aviez pas beaucoup auparavant : du temps – pour vous-même (la récupération). L'utilisation efficace de ce temps est cruciale. La façon dont vous occupez votre temps importe peu. Ce qui compte, c'est que vous fassiez quelque chose. Il y a de nombreuses stratégies et possibilités qui varient selon l'individu. Une approche consiste à faire comme le personnage incarné par Jack Nicholson dans un film et à établir une « liste de choses à faire ». Personnellement, je refuse de faire du parachutisme, mais j'ai envisagé de me faire tatouer! C'est le moment de lire un livre ou même d'en écrire un; de pratiquer un nouveau loisir ou d'en reprendre un ancien; de se faire de nouveaux amis ou de renouer avec les anciens; de faire du bénévolat; de s'inscrire à des cours; d'emmener le chien en promenade (si vous n'en avez pas, allez-y quand même); de faire des mots croisés; de planifier des voyages à l'étranger même si vous n'y allez pas. Les médias sociaux sont une bonne source de matériel divertissant et éducatif à condition d'être sélectif. Si vous vous retrouvez à regarder des feuilletons qui se déroulent en milieu hospitalier à la télévision, vous avez un problème et une désensibilisation urgente s'impose.

Lorsque vous faites vos choix, il est important de reconnaître que vos projets de retraite sont susceptibles d'avoir des répercussions sur d'autres personnes, notamment votre partenaire. Quelqu'un a dit un jour que la retraite, c'est de rentrer à la maison après le travail et dire « chéri, je suis là pour toujours ». Ne soyez pas surpris si une

Se préparer à la pratique

Par Alan Borowoy, M.D., FRCPC

Après avoir terminé leur formation postdoctorale, la plupart des rhumatologues fraîchement diplômés ressentent la pression de mettre immédiatement sur pied leur propre cabinet. Et, comme moi, la plupart d'entre eux estiment que leurs compétences dans ce qui revient essentiellement à créer une petite entreprise sont terriblement insuffisantes. Je me rappelle encore l'époque où je faisais le tour des locaux de la clinique, embauchant du personnel et essayant de comprendre dans quel dossier médical électronique (DME) investir, pour me rendre compte une semaine avant l'ouverture de mon cabinet que je n'avais pas de ligne téléphonique de bureau ni de tables d'examen pour les salles de ma clinique! Bien que nous puissions relever ce défi et que nous y arrivions souvent, la plupart des gens admettront qu'il est presque impossible d'ouvrir le cabinet de pratique parfait du premier coup sans expérience.

En fin de compte, la pratique de la médecine est fondée sur l'expérience : nous apprenons en grande partie par la pratique. Je pense qu'il en va de même pour l'ouverture et l'exploitation d'un cabinet. En tant que stagiaires, l'essentiel de notre expérience clinique est un modèle universitaire basé en milieu hospitalier. Bien que cela soit nécessaire pour acquérir des compétences dans toute l'étendue de la rhumatologie, il y a très peu d'exposition à toute la gamme des options de pratique. Les remplacements comblent ce manque d'expérience : ils offrent la possibilité de mettre nos compétences de médecins à l'épreuve dans divers milieux de pratique.

Après avoir terminé ma formation postdoctorale, j'étais nerveux à l'idée de démarrer tout de suite un nouveau cabinet de pratique. Par chance, on m'a offert un court remplacement cet été-là. À partir de là, d'autres possibilités de remplacement se sont présentées et j'ai fini par travailler à plein temps. J'ai assuré la

couverture d'un vaste éventail de collègues : des tout nouveaux cabinets de pratique à temps partiel aux cabinets à plein temps occupés depuis des décennies, des cabinets individuels aux cabinets de groupe, et des cabinets communautaires de banlieue aux cabinets de centre-ville avec privilèges hospitaliers.

Un peu comme Boucles d'or qui a goûté à différents bols de gruau, les remplacements m'ont permis d'avoir accès à un important échantillon transversal de pratiques cliniques pour pouvoir déterminer celui qui me convient « juste bien ». Ce faisant, j'ai pu perfectionner et affûter mes préférences concernant la façon dont j'exploiterais finalement mon propre cabinet de pratique : du type de DME au nombre et à la taille des salles d'examen, en passant par l'optimisation du flux de patients et la communication avec le personnel administratif, le ton des notes cliniques et la marque de la cafetière.

Quatre ans et sept remplacements plus tard, je me sentais plus que prêt à ouvrir mon propre cabinet à Barrie en 2017. La transition vers ma propre pratique était certainement moins intimidante à ce moment-là et s'est faite aussi facilement que je pouvais l'espérer. J'encourage tous les rhumatologues fraîchement diplômés à envisager un remplacement comme solution de rechange à la pratique immédiate. Bien que l'ouverture d'une clinique présente toujours un ensemble de défis uniques, je suis, pour ma part, reconnaissant de l'occasion qui m'a été donnée d'ouvrir une clinique qui me convient « juste bien ».

*Alan Borowoy, M.D., FRCPC
Rhumatologie,
Barrie (Ontario)*

La retraite : « Adieu à tout cela »

(Suite de la page 10)

telle déclaration ne suscite pas un enthousiasme débridé. La femme d'un collègue m'a confié un jour qu'elle redoutait la retraite de son mari parce qu'elle allait toujours l'avoir dans les pattes! Si vous trouvez que vous avez du temps à revendre, sachez que vous pouvez obtenir de bons points en apprenant comment charger et décharger le lave-linge et le sèche-linge ou comment remplir efficacement le lave-vaisselle. Aider à faire les courses et à cuisiner est aussi souvent apprécié et peut en soi être très thérapeutique. Cependant, dans cet élan de contribution à la vie domestique, prenez garde à la question « Y a-t-il quelque chose que je puisse faire? », car vous pourriez vous retrouver à faire plus que vous ne pensiez.

En conclusion, comment résumer la manière de réagir pendant cette transition cruciale qu'est la retraite et de réussir à dire « au revoir à tout cela » sans que ce soit trop pénible? Je pense que le conseil de Lord Baden-Powell dit tout : « Soyez prêt ».

*Paul Davis, M.B., Ch.B., FRCP(UK), FRCPC
Professeur émérite de médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)*

La retraite, ça se planifie : conseils pratiques

Par Jamie Henderson, M.D., FRCPC

La retraite, ça se planifie. Vous n'aurez pas à vous soucier de vos finances, pourvu que vous ayez cotisé régulièrement à votre régime enregistré d'épargne-retraite (REER). Je vais donc laisser le soin à vos conseillers financiers de vous guider dans cet aspect du départ à la retraite.

La prochaine grande décision est de déterminer à quel moment on prendra sa retraite. Il s'agit d'une décision personnelle et le seul conseil que je peux vous offrir est de ne pas craindre ce moment.

Une fois que vous aurez une idée de la date à laquelle vous prendrez votre retraite, je vous conseille de vérifier le contrat de location de votre bureau pour connaître le préavis que vous devez donner à votre propriétaire. Pour ma part, six mois avant la date à laquelle je souhaitais prendre ma retraite, je me suis aperçu qu'il fallait que je donne un préavis d'un an. Un contretemps que j'ai dû accepter.

Trouver quelqu'un qui prendra en charge ses patients est aussi un important aspect du départ à la retraite. Il se peut que vous ayez à faire appel à plus d'une personne, car ce n'est pas tout le monde qui est prêt à prendre en charge 5 000 patients d'un coup. Même en faisant du réseautage pendant des événements, en publiant des annonces sur le site Web de la SCR, en discutant avec de nombreux collègues, en cherchant à établir de nouvelles relations et en faisant appel à d'autres techniques (la panique, par exemple), j'étais toujours dans l'embarras. Mais, j'ai tout de même fini par résoudre ce problème.

Les dossiers de mes patients m'ont posé un autre problème majeur. Le praticien d'aujourd'hui veut travailler avec des dossiers électroniques. Or, je n'avais pas de système de dossiers médicaux électroniques (DME). Pendant ma dernière année de pratique médicale, j'ai passé la plupart, si ce n'est pas la totalité, de mes dimanches après-midi à mon bureau, à saisir toutes les données des patients que j'allais voir la semaine suivante dans le système de DME que j'avais récemment acquis. Je ne voyais pas d'autre solution, car je pensais que moi seul pouvais déterminer ce qui était pertinent dans les dossiers de mes patients.



Une fois les DME créés, je devais encore m'occuper de l'entreposage obligatoire des dossiers papier pendant 10 ans, conformément au règlement du ministère de la Santé sur la tenue des dossiers médicaux. Ils sont encore dans mon sous-sol!

Informé des patients de ma décision m'a aussi créé un autre dilemme. Certains souhaitaient que je les oriente vers un autre rhumatologue de leur choix, au lieu de simplement accepter d'être suivi par celui qui allait me remplacer. J'ai orienté un grand nombre de mes patients avant de trouver un remplaçant pour m'assurer de la continuité des soins des cas complexes.

Le jour où j'ai finalement pris ma retraite, cela a créé un vide dans ma vie. Je me suis donc abonné au YMCA de ma région et je me suis procuré une carte de bibliothèque. Cela m'a énormément

aidé à occuper mon corps et mon esprit. Autrement, pour m'occuper, je pouvais toujours faire du jardinage, aller à la pêche et, surtout, m'occuper de mes petits-enfants. Aujourd'hui, me fixer de nouveaux objectifs est une quête constante.

Un conseil : il nous a fallu, à ma femme et moi, un certain temps pour savoir où allait notre argent. Nous nous faisons toujours surprendre par des factures qui faisaient échouer nos tentatives d'économie. Nous avons dû faire le suivi de toutes nos dépenses chaque semaine pendant un an pour pouvoir enfin établir un budget qui rendait compte de toutes les sorties d'argent. Terminées, les surprises!

Je crois que la retraite n'est pas la fin, mais un nouveau départ.

*Jamie Henderson, M.D., FRCPC
Rhumatologue (à la retraite)
Président, The Journal of Rheumatology – Conseil d'administration
Fredericton (Nouveau-Brunswick)*

Un cheminement personnel vers la (pré)-retraite

Par Boulos Haraoui, M.D., FRCPC

La retraite... Un mot qu'on n'aime pas entendre quand on a passé une vie passionnante à pratiquer la rhumatologie, et ce, durant les plus belles décennies qu'a connu notre spécialité.

Mais il faut au moins se résigner à la planifier! Car après tant d'années de plaisir et de satisfactions à soigner des malades qui deviennent à l'occasion des « complices », échangeant avec eux diverses expériences de vie (mariages, enfants, travail, voyages, etc.), il est difficile de couper les ponts brutalement... surtout quand, comme moi, on ne sait rien faire d'autre. Je ne suis pas un sportif, encore moins un golfeur. Je ne suis pas non plus un bricoleur : la seule chose que je sais faire de mes mains, c'est de pratiquer des infiltrations articulaires, et j'en ai fait des centaines, ou plutôt des milliers, en près de 40 ans de formation et de pratique.

Mais plus que de planifier ce qu'on veut faire durant la retraite, il faut avant tout penser aux centaines de patients qui ont besoin de continuer à voir un rhumatologue.

Ma première priorité a donc consisté à réduire ma pratique. Depuis plus d'un an et demi, je ne vois plus de nouveaux patients et j'ai graduellement commencé à transférer ceux les plus « faciles » et qui vont bien à des collègues plus jeunes. Je suis choyé d'avoir des collègues compétents et généreux d'accepter mes transferts.

Il faut avouer que la coupure n'est pas toujours facile et est souvent empreinte de beaucoup d'émotion avec des larmes et plusieurs cartes de remerciement. Cela me porte à réfléchir et parfois à me questionner sur la cadence des transferts. Mais je me dis que, tôt ou tard, il faut en arriver là! Je prévois donc pouvoir épuiser ma longue liste d'ici deux à trois ans, si ma santé continue à me le permettre.



Parallèlement au transfert des patients, je me devais de réduire progressivement mes autres activités. J'ai donc réduit le nombre de mes projets de recherche clinique ainsi que ma participation à divers comités comme celui de la CATCH (Canadian Early Arthritis Cohort) et bientôt celui de la recherche de la SCR. Je continue néanmoins à mener certaines activités intellectuelles et académiques telles que le dépistage et le suivi des comorbidités chez les patients avec polyarthrite rhumatoïde et j'accepte souvent des invitations à examiner les articles soumis pour publication. Je continue à voyager pour assister à des congrès ou participer à des comités consultatifs et pour donner des conférences sur mes sujets d'expertise.

La principale chose que j'ai réalisée depuis que j'ai pris cette décision il y a 20 mois, c'est que cela doit se faire graduellement mais correctement. En

même temps, je commence à « profiter » des autres aspects de la vie qui me procurent de la satisfaction : en premier lieu, mes deux petit-fils, qui seront bientôt au nombre de trois; voyager plus pour le plaisir que seulement pour les congrès et autres réunions; et enfin, commencer à lire les dizaines de livres que j'avais mis de côté pour le moment où j'aurai plus de temps, c'est-à-dire la retraite ou... la pré-retraite, un mot moins dur à accepter.

*Boulos Haraoui, M.D., FRCPC
Rhumatologue,
Montréal (Québec)*

Transition vers une retraite réussie : un point de vue personnel

Par Christopher Penney, M.D., FRCPC

La transition d'une vie professionnelle chargée à la retraite peut se faire de diverses façons pour un médecin et varier selon les circonstances personnelles, la planification (ou l'absence de celle-ci) et, purement et simplement, la chance. Pour ma part, j'ai eu la chance de pouvoir planifier une transition progressive au cours des trois dernières années. Cette réduction graduelle de mes activités a été avantageuse tant pour moi que pour mes patients.

Commençons par une mise en contexte. Après avoir suivi une formation en rhumatologie à London, en Ontario, j'ai commencé à exercer la rhumatologie en cabinet privé à Calgary en 1982. En 2004, après avoir reçu le prix du professeur clinicien de la Société de l'arthrite, j'ai obtenu un poste de professeur clinicien salarié à l'Université de Calgary. Je me passionne pour l'enseignement au chevet, l'examen physique, la photographie lors des événements de la division et, depuis les huit dernières années, l'échographie musculosquelettique au point d'intervention. Mes collègues et moi-même avons suscité un intérêt local pour la rhumatologie, à un point tel que les rhumatologues ne sont presque plus assez nombreux dans le sud de l'Alberta.

J'en suis à la troisième année de ma transition vers la retraite à temps plein. Il y a un peu plus de deux ans, j'ai démissionné de mon poste salarié à l'Université de Calgary et j'ai transféré les soins de tous mes patients à mes collègues. Heureusement, l'université avait embauché le Dr Stephen Thomson, un jeune professeur clinicien, pour qu'il me remplace, assume mes fonctions d'enseignant et prenne en charge un nombre de mes patients. Comme ma retraite était planifiée, j'ai pu serrer tous mes patients dans mes bras et leur souhaiter bonne continuité lors de leur dernière visite avec moi. Les Drs Stephen Thomson et Caylib Durand sont devenus les photographes pour les événements de la division.

Exercer la profession de médecin vient avec un lot de pressions constantes. Malgré les progrès de la pharmacologie, la plupart de nos patients atteints d'inflammation systémique chronique restent avec nous pendant toute notre carrière. En cessant de travailler comme médecin à temps plein, j'ai senti un vent de liberté.

Comment est-ce j'occupe mon temps depuis que je suis en semi-retraite? Pendant les deux premières années, j'ai dirigé une clinique de triage où je voyais des patients souffrant de douleurs chroniques non urgentes des tissus mous. Ces patients, autrement, auraient dû attendre de 6 à 12 mois. À Calgary, en tout cas, les ressources ont été consacrées principalement aux maladies



inflammatoires, ce qui a eu pour effet de laisser ces patients de côté. Je réalise des échographies au point d'intervention pour mes collègues et je fais la promotion de l'utilité de l'échographie dans la pratique courante en rhumatologie. Comme j'ai plus de temps libre, je peux maintenant faire plus d'exercice et mieux prendre soin de ma santé. Betty, ma chère femme, est tombée très malade il y a un an et j'ai pu l'accompagner à ses rendez-vous chez le médecin et l'aider.

Cette année, j'ai l'intention de réaliser des échographies musculosquelettiques une fois par semaine, de faire des examens échographiques ponctuels des artères temporales et de participer à des projets de recherche sur l'échographie. Je viens juste d'accepter de remplacer un collègue qui sera en congé de maladie pendant huit semaines. En outre, je continuerai d'enseigner les examens physiques.

Je tiens à remercier l'Université de Calgary de m'avoir permis de prendre une retraite progressive. Tout particulièrement, je remercie les Drs Dianne Mosher et Paul MacMullan, l'ancienne directrice et le directeur actuel de la Division de rhumatologie. Je remercie également la Dr^e Susan Barr pour son aide et ses encouragements au cours des huit dernières années, elle qui, comme moi, a appris et continue d'apprendre à faire des échographies au point d'intervention.

*Christopher Penney, M.D., FRCPC
Rhumatologue,
Calgary (Alberta)*

Voler de ses propres ailes : entamer sa pratique médicale

Par Stephanie Tom, M.D., FRCPC

La vie est pleine de changements. Le passage du statut d'étudiant à médecin autonome est l'une des grandes étapes du parcours d'un médecin.

Voici des suggestions pour explorer les possibilités de carrières après la résidence :

- a) **Stages facultatifs** – Quel que soit le modèle qui vous intéresse (communautaire, académique ou mixte), ces stages offrent l'occasion de visiter différents cabinets et de faire l'expérience de divers styles de pratique médicale;
- b) **Suppléance** – Qu'il s'agisse de quarts de travail dans un hôpital ou de remplacement dans une clinique, la suppléance permet aux résidents et aux médecins en début de carrière de faire l'expérience de la recherche de l'équilibre travail-vie personnelle et de trouver un milieu de travail potentiel.

La suppléance est un engagement défini à prendre en charge la clientèle d'un médecin. Elle peut être de courte durée (p. ex. quelques semaines pour de longues vacances ou un congé médical prolongé) ou de longue durée (p. ex. le temps d'un congé parental). Les suppléances servent normalement à assurer la cruciale continuité des soins pendant l'absence temporaire d'un médecin et elles peuvent procurer l'occasion de se joindre ensuite à une équipe existante.

Il est conseillé d'encadrer la suppléance au moyen d'un contrat qui stipule la durée du remplacement, les attentes, le processus de transfert de la prise en charge des patients et le modèle de partage des frais. Pour trouver des modèles de contrat, vous pouvez consulter vos collègues, les établissements locaux ou même les ressources de votre association médicale provinciale. Le contrat doit être personnalisé selon l'entente particulière intervenue entre les parties et il peut même être avantageux de le soumettre à un examen en bonne et due forme d'un juriste. Normalement, lorsque la suppléance prend fin, le suppléant doit retourner la prise en charge des patients au médecin qu'il a remplacé.

Lorsque le jeune médecin est prêt à se constituer sa propre clientèle, il doit tenir compte de certains facteurs dont voici des exemples :

- Réseaux professionnels et personnels et occasions de perfectionnement : Un réseau professionnel ne se limite pas aux autres rhumatologues; cela comprend aussi les fournisseurs de



soins primaires et les autres spécialistes pour la prise en charge partagée et les professionnels paramédicaux. La vie personnelle peut avoir une influence sur le choix de la région où exercer.

- Population de patients et champ d'exercice : Le médecin peut choisir la rhumatologie générale, par exemple, ou un champ d'exercice plus spécialisé en fonction de son expertise et de son intérêt.
- Établissement de la pratique : Le cabinet autonome présente des avantages (liberté) et des risques comparativement à l'exercice au sein d'un groupe (économies d'échelle, présence de collègues, possibilités de remplacements entre collègues). Il faut également dresser la liste des tâches logistiques (sélection du système de DME, durée du contrat de location, etc.).
- Possibilités d'évolution professionnelle :

Le nouveau médecin doit aussi tenir compte des possibilités d'évolution comme l'obtention des droits d'enseignement et des droits hospitaliers et la participation à la recherche, à la défense des intérêts, à l'administration ou encore à un cadre de soins multidisciplinaires.

Outre les discussions avec les pairs et les mentors, il peut aussi être utile d'assister à des ateliers d'associations médicales locales et provinciales, et de passer en revue les attentes du Collège et le Guide des bonnes pratiques¹ de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) à titre de ressources de gestion de la pratique médicale. L'apprentissage ne s'arrête toutefois pas une fois que le médecin a lancé sa pratique. En gardant contact avec ses collègues, en ayant des mentors et en mentorant les autres, il sera en mesure de s'adapter aux changements dans le monde médical et d'échanger des ressources et de nouvelles idées². La vie est une expérience à partager.

*Stephanie Tom, M.D., FRCPC
Chef de division,
Rhumatologie, Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)*

Références :

1. Guide des bonnes pratiques de l'APMC. Accessible au <https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/index/index-f.html>. Consulté en février 2020.
2. Gawande, Atul. Personal Best. The New Yorker 2011. Accessible au <https://www.newyorker.com/magazine/2011/10/03/personal-best>. Consulté en février 2020.

Tofacitinib : Le premier inhibiteur des protéines JAK pour la

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

FORMULATION PRATIQUE

UNE FOIS PAR JOUR POUR LE TRAITEMENT
DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE | 11 mg 1 f.p.j.^{2,3}



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

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

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

ARTHRITE PSORIASIQUE

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

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

COLITE ULCÉREUSE

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

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

Veillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur :

- les contre-indications relatives à la grossesse, à l'allaitement et à l'insuffisance hépatique sévère;
- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant le risque d'infections graves, de cancers et de thrombose;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes concernant le risque d'infection et d'immunosuppression lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, les femmes en âge de procréer, les réactions d'hypersensibilité, le risque de réactivation virale, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés (conformément aux directives d'immunisation en vigueur), le vaccin vivant contre le zona, le risque de cancer, de trouble

polyarthrite rhumatoïde^{1*}

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

VASTE **EXPÉRIENCE MONDIALE** POUR TOUTES LES INDICATIONS CONFONDUES



- Offert au Canada depuis **plus de 5 ans pour toutes les indications confondues**⁴⁻⁶ :
 - **depuis 2014** pour la polyarthrite rhumatoïde
 - **depuis 2018** pour l'arthrite psoriasique et la colite ulcéreuse
- **Plus de 12 000 Canadiens** se sont inscrits au programme de soutien pour les patients recevant XELJANZ[†].
- XELJANZ a été prescrit à **plus de 208 000 patients** dans plus de 80 pays du monde entier[†].
- **Plus de 500 médecins** canadiens ont prescrit XELJANZ par l'intermédiaire du programme de soutien pour les patients recevant XELJANZ[†], et la majorité d'entre eux (87 %) ont renouvelé l'ordonnance[†].

lymphoprolifératif et de cancers de la peau non mélaniques, le risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques, les patients atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, les patients sous hémodialyse, l'élévation des taux d'enzymes hépatiques, les patients présentant une sténose digestive sévère préexistante traités par XELJANZ XR, la prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque, les enfants, les personnes âgées, les patients atteints de diabète, les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique, le nombre de lymphocytes, les patients d'origine asiatique, les patients exposés à un risque de perforation du tube digestif, la hausse des taux de créatine kinase, la réduction de la fréquence cardiaque et la prolongation de l'intervalle PR, les patients qui pourraient être exposés à un risque accru de thrombose, les patients ayant des symptômes de thrombose et les considérations posologiques chez les patients atteints de colite ulcéreuse (la dose efficace la plus faible possible de XELJANZ doit être utilisée pendant la durée de traitement la plus courte possible pour obtenir ou maintenir une réponse thérapeutique);

• les conditions d'usage clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques.

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

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

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

† Patients inscrits au programme auparavant appelé « programme de soutien eXel^{MC} », exclusif aux patients prenant XELJANZ et non XELJANZ XR. Le programme eXel^{MC} a été remplacé par PfizerFlex.

‡ Les données relatives aux ordonnances et aux médecins ont été obtenues au moyen des formulaires d'inscription au programme de soutien eXel^{MC}, de juin 2014 à novembre 2018.

Références :

1. Données internes de Pfizer Inc., 2019.
2. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR.
3. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ XR.
4. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ (polyarthrite rhumatoïde).
5. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ (arthrite psoriasique).
6. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ (colite ulcéreuse).



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
PFIZERFLEX, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2020 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5



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

Pr **XELJANZ XR**^{MD}
[citrate de tofacitinib]
libération prolongée • comprimés à 11 mg

Planification de la relève et de la transition en rhumatologie : Mon expérience

Par Jacques P. Brown, M.D., FRCPC

La retraite est une étape naturelle dans le cycle de vie professionnelle, mais ce n'est pas la fin de la vie personnelle. Sur le plan financier, dès le début de ma pratique, comme beaucoup d'entre vous, j'avais commencé à cotiser à un régime d'épargne retraite pour m'assurer un revenu suffisant pour la retraite. Cette planification à long terme s'applique également à la planification de la relève dans une vie professionnelle.

En tant que chercheur de la Société de l'arthrite, j'ai effectué un stage postdoctoral de deux ans sur les maladies osseuses métaboliques à l'unité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dirigée par le professeur Pierre J. Meunier à Lyon, en France. Malgré toutes les connaissances scientifiques exceptionnelles que j'y ai reçues, j'ai aussi appris que tout pouvait être fait différemment et être encore bien fait! Au début de ma carrière, j'ai dû quitter mon établissement initial et, ce faisant, j'ai également appris que « personne n'est irremplaçable ».

Ces deux expériences personnelles ont été déterminantes dans mon approche du travail clinique et de recherche pendant ma vie professionnelle active, ainsi que dans la planification de la relève : vous partez et vous serez remplacé par quelqu'un qui fera les choses différemment... et très bien!

Dans mon cas, la planification de la relève a commencé peu après que je fus devenu chef de notre division de rhumatologie (1996-2013), alors que notre division faisait face à de sérieux problèmes de ressources humaines. Cela s'est produit pendant que j'élargissais avec succès mes activités de recherche. C'est alors que les deux « leçons » me sont revenues à l'esprit, grâce à mon épouse Claude, et que j'ai réalisé que je devais commencer à chercher des collaborateurs.

Les collaborateurs sont essentiels à notre réussite, puisque même le plus talentueux des chercheurs ne possède pas toute l'expertise requise. De plus, ils font les choses différemment et mieux.

En 2003, étant très impliqué en tant que directeur de centre dans l'Étude canadienne multicentrique sur l'ostéoporose, je cherchais un collaborateur en épidémiologie pour agir en tant que codirecteur et aider à développer et mettre en œuvre une autre étude épidémiologique sur les soins post-fracture, Reconnaître l'ostéoporose et ses conséquences au Québec (ROCQ). Cela s'est traduit par le retour de Louis Bessette, un jeune chercheur estimé, au sein de notre unité. Les deux études ont fourni des données épidémiologiques uniques sur l'ostéoporose, puisqu'elles ont permis de définir les fractures de fragilisation, les fractures vertébrales



cliniquement importantes, la morbidité et la mortalité de même que les coûts associés à cette maladie débilante. Plus tard, Louis est devenu un partenaire entrepreneurial dans la recherche clinique pharmaceutique, apportant sa propre expertise dans le domaine de l'arthrite inflammatoire. Louis est maintenant à la tête de l'équipe.

Une autre contribution importante à la recherche a été la découverte, en 2001, du premier et seul gène (à ce jour) associé à la maladie osseuse de Paget sur le chromosome 5q35-tel : séquestosome-1 (SQSTM1/p62). En 2007, cette découverte a favorisé l'installation dans notre établissement d'une jeune chercheuse, Laëtitia Michou, qui dirige aujourd'hui notre programme de recherche

sur la génétique de la maladie osseuse de Paget, les fractures atypiques du fémur et les maladies génétiques rares des os.

De nombreux autres collègues ont contribué ou contribueront à ma transition vers la retraite en juin 2021. Il est maintenant temps pour moi de revenir à ceux qui partagent ma vie privée, ma famille.

Comme je suis un « abruti », j'ai fait les choses différemment, mais je me suis toujours senti respecté par mes collègues rhumatologues et je me sens privilégié d'être membre de la SCR.

Jacques P. Brown, M.D., FRCPC

Professeur de clinique,

Département de médecine, Université Laval

Rhumatologue, CHU de Québec-Université Laval

Québec (Québec)



Le Dr Brown avec ses petits-enfants.

La transition vers la pratique

Par Thanu Ruban, M.D., FRCPC

La formation médicale nous fournit la préparation nécessaire pour devenir des experts du domaine médical. La transition vers la pratique peut cependant s'avérer ardue, en particulier pour ceux qui envisagent le travail en milieu communautaire. Lorsque j'ai terminé mes études postdoctorales, je faisais partie de cette dernière catégorie : j'avais décidé de devenir rhumatologue en milieu communautaire. Je devais choisir parmi de nombreuses possibilités, notamment l'emplacement (en ville, en banlieue ou en campagne) et le type de pratique (pratique individuelle, de groupe ou multidisciplinaire), en plus de décider si je souhaitais travailler en milieu hospitalier, dans un établissement privé ou en milieu mixte.

Pour choisir le type de pratique qui me convenait, j'ai dû adopter une approche à multiples volets. En effet, j'ai décidé de commencer par faire de la suppléance dans les hôpitaux et dans des établissements privés. Lorsque je faisais des remplacements en milieu hospitalier, je discutais avec des collègues qui avaient quelques années d'expérience de plus que moi pour voir s'il y avait des possibilités d'emploi dans ce type d'établissement. J'ai également fait appel aux médecins titulaires pendant ma formation afin qu'ils me mettent en communication avec des rhumatologues qui travaillaient à l'hôpital où je souhaitais obtenir un poste. Faire de la suppléance dans différents hôpitaux m'a permis d'observer aisément la culture de l'environnement professionnel, l'état d'esprit des membres du personnel et les caractéristiques démographiques des patients. J'ai également eu la chance de rencontrer d'autres spécialistes et internistes dans les domaines que j'avais retenus pour ma future pratique. Le réseautage m'a permis d'établir des pistes potentielles en matière de locaux partagés et de besoins en personnel de bureau, en plus de me permettre d'obtenir des recommandations. En faisant de la suppléance, j'ai pu établir mes priorités en matière d'intérêts, d'éléments indispensables et d'objectifs pour ma future pratique. En fin de compte, j'en ai conclu que ce qui me convenait le mieux était de combiner une pratique individuelle en milieu privé avec les avantages du milieu hospitalier et une affiliation universitaire.



La plupart, sinon la totalité des diplômés sont confrontés aux défis que présente le fait de débiter dans la profession. Par conséquent, je savais que d'autres mesures pouvaient être prises pour recruter et aider ces personnes. Je voulais avoir la possibilité d'offrir aux nouveaux diplômés un éventail de ressources qui n'étaient pas disponibles lorsque j'ai fait mes débuts dans la profession. En collaboration avec l'Ontario Rheumatology Association (ORA), j'ai donc fondé le comité *Emerging Rheumatologists of Ontario* (ERO) en 2018. J'ai eu la chance de travailler avec un certain nombre de nouveaux rhumatologues enthousiastes et chevronnés. Le comité ERO a permis de rassembler des boursiers chargés de cours en rhumatologie et des rhumatologues en début de carrière dans le cadre d'événements de réseautage avec

des collègues plus expérimentés, ainsi que dans le cadre d'ateliers de gestion de la pratique. Avec l'aide d'un sous-comité qui a travaillé avec acharnement, nous avons pu créer un manuel spécifique à la rhumatologie, intitulé *Transition to Practice*, contenant des sujets et des questions fréquemment abordés. En complément à ce manuel, un forum de mentorat par les pairs a été mis en place : il s'agit d'un forum de discussion sécurisé réservé aux membres de l'ORA. Les rhumatologues en début de carrière et les stagiaires peuvent y consulter des conversations archivées sur des sujets d'intérêt ou poser de nouvelles questions à leurs collègues.

En repensant à ma transition vers ma pratique professionnelle, je suis convaincue que le fait d'avoir eu accès à certaines des ressources mentionnées précédemment m'aurait été d'une grande aide. J'espère que les nouveaux diplômés et les rhumatologues en début de carrière pourront profiter de ces ressources qui ont été élaborées pour faciliter leur transition vers la pratique.

Thanu Ruban, M.D., FRCPC
Consultante en rhumatologie,
Hôpital de Markham-Stouffville
Markham (Ontario)

La planification de la relève en rhumatologie

Par Sharon Wilkinson, M.D., FRCPC

En rhumatologie, pour planifier votre relève et organiser le transfert de la prise en charge de vos patients, le plus important est de vous y prendre à l'avance. Ainsi, la transition se fera sans heurts pour vos patients, vous-même et votre personnel. D'abord, vous devez déterminer si vous prendrez votre pleine retraite, si vous continuerez à exercer certaines fonctions ou si vous entamerez un nouveau chapitre dans votre carrière médicale. En réalité, certains diagnostics en rhumatologie ne permettent pas une prise en charge à temps partiel qui pourrait être jugée acceptable par toutes les parties concernées (notamment l'Association canadienne de protection médicale [ACPM]). Certains médecins qui s'apprêtent à prendre leur retraite peuvent envisager de faire de la suppléance après avoir abandonné l'exercice quotidien de leur profession. D'autres peuvent étudier la possibilité d'animer des activités de formation médicale. D'autres, encore, peuvent souhaiter se lancer dans des activités qui n'ont rien à voir avec le monde médical pour combler le vide de la vie quotidienne laissé par l'abandon de leur pratique.

Continuité des soins

Voici ce que vous pouvez faire pour assurer la continuité des soins :

- Faire appel à un rhumatologue suppléant dont l'horaire chevaucherait le vôtre pendant la transition.
- Faire appel à des rhumatologues de votre région disposés à prendre en charge vos patients.
- Dans certaines circonstances, faire appel à des médecins de famille pour vous aider à orienter les patients vers des médecins hors de votre région.

Transfert de la prise en charge – Résumé des renseignements sur le patient

Il pourrait être très utile de réfléchir aux renseignements qui seront nécessaires à la prise en charge de vos patients par un autre rhumatologue, et ce, bien avant le moment de cette transition. Cela est d'ailleurs particulièrement important pour les diagnostics de maladie du tissu conjonctif et d'arthrite inflammatoire. Les renseignements suivants doivent être inclus dans le résumé :

- antécédents pharmaceutiques;
- sérologie, imagerie, analyses de laboratoire;
- résultats des tests de tuberculose et du dépistage de l'hépatite chronique;
- antécédents vaccinaux pertinents;
- rapports de pathologie et de consultations de spécialistes pertinents;
- documents d'accès aux médicaments assurés : Programme d'accès exceptionnel, assureurs privés.

Dans bien des cas, il peut également être utile d'envoyer une lettre récapitulative.

Personnel et échéance

Votre personnel de longue date pourrait souhaiter continuer à travailler dans le cabinet où vous aviez votre pratique médicale. Prenez connaissance du contenu de la *Loi sur les normes d'emploi* et

consultez votre comptable ou votre avocat. Passez en revue votre contrat de location, si vous en avez un. Un délai de 6 à 12 mois est raisonnable pour effectuer la transition.

Aide-mémoire – Abandon de la pratique

1. D'abord, informez votre personnel.
2. Ensuite, informez vos patients. Voici quelques possibilités :
 - a. Discutez avec vos patients lors de leur visite de suivi avant d'entamer le processus d'orientation vers un autre médecin.
 - b. Envoyez une lettre à chacun de vos patients pour leur expliquer le transfert de leur prise en charge.
3. Informez vos collègues.
4. Avisez tous les organismes d'octroi de permis et toutes les organisations professionnelles, y compris l'ACPM, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO), le ministère de la Santé et le Collège royal. Prenez connaissance de vos obligations.
5. Organisez l'entreposage ou le transfert de garde des dossiers médicaux, y compris un processus de récupération des dossiers médicaux.

Pour en savoir plus, allez au www.oma.org pour consulter un autre aide-mémoire sur l'abandon de la pratique.

Après la transition

La protection offerte par l'ACPM se poursuit à la retraite, car elle est fondée sur la survenue de problèmes.

Vous devez détenir un permis d'exercice pour rédiger des ordonnances, enseigner ou formuler une opinion médicale. Communiquez avec le Collège si vous avez des questions particulières à ce sujet.

Selon les exigences en matière de dossiers médicaux d'adulte, un médecin doit conserver ses dossiers pendant 10 ans à compter de la date de la dernière inscription au dossier. Le Collège recommande de les conserver pendant 15 ans pour des raisons juridiques. Il est important de savoir comment faire pour récupérer les dossiers médicaux. Une autorisation écrite est nécessaire pour communiquer les dossiers. Conservez une liste des dossiers médicaux déchiquetés ou détruits.

Si vous décidez de ne pas renouveler votre permis d'exercice, vous devez rédiger un avis formel et l'envoyer au Collège afin de demeurer en règle.

Sharon Wilkinson, M.D., FRCPC

Rhumatologue (à la retraite), Burlington (Ontario)

Références :

ACPM. Quand un médecin envisage la retraite. Révisée en juillet 2013. Accessible à l'adresse <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles>. Consultée en janvier 2020.

ACPM. Abandon de la pratique médicale : Les aspects à considérer. Révisée en avril 2008. Accessible à l'adresse <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles>. Consultée en janvier 2020.

ACPM. Que faire avec les dossiers cliniques? Conservation | accès | sécurité | entreposage | destruction | transfert. Révisée en octobre 2019. Accessible à l'adresse <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles>. Consultée en janvier 2020.

Une période de changement

Par Janet Yale, présidente et directrice générale sortante de la Société de l'arthrite

En janvier, après plus de sept ans, je me suis retirée de mon poste de présidente et directrice générale de la Société de l'arthrite. Comme je venais du secteur privé, certains ont pensé que je ne conviendrais peut-être pas. Mais le défi de diriger l'une des organisations caritatives nationales de santé les plus connues du pays s'est avéré être le défi le plus passionnant de ma vie professionnelle.

Nous savons tous que les temps sont durs pour les organisations caritatives dans le domaine de la santé. Surtout lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique comme l'arthrite. Il est plus difficile de trouver des bénévoles et de l'argent. La programmation est difficile à réaliser et la sensibilisation est mise à l'épreuve par les changements qui interviennent dans tous les domaines, de la technologie à la démographie.

Lorsque j'ai accepté le poste, nous nous sommes engagés à mettre en place un plan de modernisation et de progrès. Notre objectif était simple : accroître notre portée, notre pertinence et notre rendement. Et cela a entraîné des changements dans la structure de notre organisation, notre approche et notre mission, notre utilisation de la technologie, notre collecte de fonds et notre culture.

En collaboration avec des partenaires tels que la Société canadienne de rhumatologie, nous avons accueilli favorablement ce changement. Nous ne sommes peut-être pas encore parvenus à nos fins; ma successeuse, Trish Barbato, a encore beaucoup de travail à faire. Mais je crois que nous sommes sur la bonne voie.

De nombreux éléments ont contribué à ces progrès, mais j'ai toujours pensé que la transformation de notre modèle de service était vitale. À cet égard, un exemple particulier se distingue.

En 2013, la clinique de rhumatologie pédiatrique du Royal University Hospital de Saskatoon traitait environ 300 enfants par année. Mais la clinique manquait cruellement de ressources. Son chef, le Dr Alan Rosenberg, ne demandait qu'une seule infirmière



pour l'aider à s'acquitter de la charge de travail. Mais l'autorité sanitaire de Saskatoon n'avait tout simplement pas les fonds nécessaires.

Nous sommes intervenus et avons accepté de soutenir un projet pilote, en engageant une excellente infirmière pour répondre aux besoins de ces 300 enfants et pour établir l'analyse de rentabilité de l'Autorité sanitaire. Sa mission, que nous avons financée et contribué à façonner, était de montrer que ces enfants méritaient ce soutien et devaient le recevoir de façon permanente.

Cela a fonctionné. À la fin du projet pilote, l'autorité sanitaire a reconnu son importance et a engagé l'infirmière à plein temps, tandis que la clinique s'installait dans le nouvel Hôpital pour enfants Jimmy Pattison à Saskatoon.

Ce que j'aime dans cette histoire, c'est qu'elle vous dit ce que peut être la Société de l'arthrite d'aujourd'hui. Nous

avons joué un rôle particulier et d'une grande précision. Il ne s'agissait pas de faire un chèque et de fournir le service nous-mêmes. Ce modèle est de plus en plus difficile à maintenir. Nous avons plutôt utilisé notre argent pour combler une lacune systémique évidente, pour servir de véritable voix aux patients et pour obtenir une amélioration systémique durable.

Il existe de nombreux autres exemples de ce type, mais le fait est que la Société de l'arthrite d'aujourd'hui est une organisation changée. Elle a un nouveau modèle et une nouvelle approche et elle a élargi sa portée, sa pertinence et ses résultats – seule et avec des partenaires comme la Société canadienne de rhumatologie. Dans les années à venir, je m'attends à ce que sa réussite soit encore plus grande. Et je me sens très chanceuse d'avoir joué un rôle dans ce processus pendant les sept dernières années.

*Janet Yale
Présidente et directrice générale sortante,
La Société de l'arthrite*

La nouvelle version du Code d'éthique de Médicaments novateurs Canada rehausse les normes

Par Lama Abi Khaled, directrice exécutive, Éthique et Affaires juridiques et réglementaires

Médicaments novateurs Canada (MNC), est le représentant national de l'industrie pharmaceutique innovatrice au Canada, et ses membres ont établi des normes élevées, transparentes et ouvertes en matière d'éthique, qui respectent les relations entre ses membres, le secteur des sciences de la vie, les professionnels de la santé et la population canadienne. Tous les membres de MNC sont liés par le Code d'éthique de l'association, qui maintient des normes strictes sur ce qui est acceptable dans l'exercice de leur travail avec les professionnels de la santé et d'autres intervenants de l'industrie. Les membres ont l'obligation de respecter le Code pour conserver leur adhésion.

MNC a récemment apporté d'importantes modifications au Code afin de garantir que la relation de travail vitale entre l'industrie et ses intervenants continue d'être menée dans le respect des normes d'éthique les plus élevées. Ces modifications visent à clarifier le contenu de certaines sections du Code et à aborder les questions de conflit d'intérêt ou d'influence induite, réels ou perçus.

Le Code mis à jour contient des modifications relatives aux programmes de soutien aux patients (PSP) et aux activités de pratique de la médecine (APM). Les PSP sont des programmes qui visent à accroître ou à favoriser la compréhension d'une maladie ou d'un traitement par le patient, à améliorer l'issue pour le patient, ou à encourager l'observance du traitement par le patient. Ils couvrent un large éventail d'activités, allant des appels de soutien aux patients à l'administration de médicaments. Les AMP, quant à eux, sont des programmes offerts aux cabinets de médecins pour contribuer à l'objectif de la pratique médicale, c'est-à-dire améliorer l'issue pour les patients au moyen d'une approche globale ou holistique de la médecine.

Les modifications apportées au Code visent aussi à interdire les paiements, directs et indirects, et autres avantages offerts aux professionnels de la santé prescripteurs ou à des personnes donnant accès à ces derniers. De plus, les modifications interdisent

aux fournisseurs de services tiers, embauchés par des membres de MNC dans le but de fournir un PSP un APM, de verser des paiements ou d'offrir des avantages au professionnel de la santé prescripteur d'un patient ou à une personne donnant accès à ce dernier. En outre, les modifications clarifient l'interdiction de verser des paiements ou de fournir d'autres avantages à un professionnel de la santé pour des services remboursables par le système de santé.

Outre les modifications relatives aux PSP et aux MPA, le Code mis à jour traite de la pertinence des emplacements et des lieux des conférences et des congrès organisés par des tiers et parrainés par des membres de MNC. Désormais, le Code exige que les membres appliquent les mêmes critères lorsqu'ils parrainent des conférences et des congrès que lorsqu'ils organisent leurs propres réunions d'affaires. Par exemple, ils doivent choisir un emplacement qui ne constituera pas l'attraction principale de l'événement et qui ne sera pas raisonnablement perçu comme tel, ils doivent éviter les lieux considérés comme somptueux, excessifs ou extravagants ou perçus comme des lieux luxueux, et le site ne doit pas être principalement connu pour ses installations de divertissement, de sport, de loisirs ou de vacances. De plus, pour décider s'ils parraineront une conférence ou un congrès organisé par un tiers, les membres de MNC doivent examiner l'emplacement et le lieu proposés ainsi que les ordres du jour détaillés afin d'évaluer la pertinence scientifique ou médicale du congrès ou de la conférence.

Le code mis à jour est accessible sur le site Web de MNC et est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2020. Cependant, les modifications relatives aux PSP et aux AMP entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2020 et celles relatives au parrainage de conférences et de congrès organisés par des tiers, le 1^{er} janvier 2021. Si vous avez des questions au sujet du Code, veuillez communiquer avec Lama Abi Khaled, directrice exécutive, Éthique et Affaires juridiques et réglementaires de MNC.

À propos de Médicaments novateurs Canada

L'association Médicaments novateurs Canada fait la promotion de politiques qui permettent la découverte, le développement et la fourniture de médicaments et vaccins novateurs pour améliorer la vie de tous les Canadiens. Nous soutenons l'engagement de nos membres d'être un partenaire précieux au sein du système de santé canadien. Pour plus d'informations, visitez innovativemedicines.ca.



Une revue des études : analyse du rôle de la nutrition dans la gestion des maladies rhumatismales

Par Ines Martincevic, RD, M. Sc.

Au-delà de la définition classique de « régime alimentaire », l'intérêt est grand et les discussions nombreuses chez les patients et les cliniciens, concernant le rôle des aliments et des nutriments dans la pathogenèse et dans les effets immuno-modulateurs sur les maladies comme la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrose, le lupus érythémateux disséminé (LED), la spondylarthrite ankylosante et d'autres maladies rhumatismales. L'objectif de cette analyse est d'évaluer les données actuelles concernant le rôle que jouent le régime alimentaire et les nutriments dans la gestion des maladies rhumatismales à tous les âges.

Le mécanisme d'apparition des maladies auto-immunes reste à élucider. Cependant, des études et des analyses récentes proposent des pistes concernant le rôle du microbiome dans les maladies humaines. Le microbiome intestinal et la possibilité de le modifier grâce au régime alimentaire afin d'altérer les réactions immunitaires à l'environnement et, par le fait même, la progression ou l'activité de la maladie, sont des sujets qui suscitent un intérêt particulier¹⁻⁴.

Ces données, ainsi que les données en matière d'épidémiologie qui suggèrent qu'un risque accru d'apparition de polyarthrite rhumatoïde est présent chez les personnes souffrant d'un excès de poids, d'obésité ou d'une carence en vitamine D, ou qui ont un régime alimentaire riche en viande rouge ou en sucres raffinés et pauvre en fruits, en légumes, en grains entiers, en fibres et en acides gras oméga-3, indiquent que le régime alimentaire peut être considéré comme un traitement d'appoint dans la gestion des maladies rhumatismales⁵⁻⁹.

En outre, les patients atteints de maladies auto-immunes sont désireux de procéder à des modifications de leur mode de vie en guise de méthode globale ou complémentaire de gestion de la maladie. Le régime alimentaire et les nutriments sont souvent perçus par les patients comme étant naturels, sûrs et efficaces¹⁰⁻¹². Cependant, bien que les aliments et les nutriments soient considérés comme faisant partie des éléments de l'environnement qui peuvent être contrôlés et modifiés, tous les régimes ou compléments alimentaires ne sont pas forcément bénéfiques pour les personnes souffrant de maladies rhumatismales. Par ailleurs, certains régimes alimentaires peuvent limiter l'apport en nutriments et, par conséquent, compromettre l'état nutritionnel de la personne ou être liés à d'autres comorbidités.

Les habitudes alimentaires des Canadiens

L'augmentation du taux de personnes obèses ou souffrant d'un excès de poids à l'échelle mondiale, ainsi que la corrélation entre une mauvaise alimentation et des maladies chroniques comme

les maladies rhumatismales, ont incité les chercheurs à examiner les habitudes alimentaires de leurs sujets¹³. Des études suggèrent que dans les pays industrialisés, les gens ont maintenant davantage l'habitude de consommer des plats préparés hautement transformés qui ne sont généralement pas réputés pour être particulièrement nutritifs ou sains^{14,15}. Les données spécifiques au Canada conduisent d'ailleurs aux mêmes conclusions. Les données pour la période de 2007 à 2014 indiquent que la consommation de fruits et de légumes des Canadiens est inférieure aux quantités recommandées par le Guide alimentaire canadien en matière de saine alimentation¹⁶. Ces derniers consommeraient également davantage de calories sous forme de collations que dans leur déjeuner¹⁵. En effet, chez les Canadiens, les collations représenteraient près de 23 % de la consommation totale de calories : il s'agit d'une proportion importante, ce qui n'est pas nécessairement le choix le plus sain¹⁷. De plus, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015, 63,5 % des enfants et des adolescents et 59,2 % des adultes ont une consommation de grains quotidienne composée de moins de 20 % de grains entiers, ce qui est nettement inférieur aux portions recommandées¹⁸. Malgré ces données, 46 % des Canadiens disent avoir des habitudes alimentaires très saines¹⁵. Il y a donc place à amélioration en ce qui a trait aux habitudes de saine alimentation des Canadiens. Le fait d'adopter des habitudes alimentaires saines permettrait aux gens de maintenir un poids normal, un aspect essentiel de la gestion de l'arthrose, en plus d'aider potentiellement les personnes souffrant de maladies rhumatismales à se sentir mieux¹⁹⁻²¹.

Excès de poids et obésité

D'innombrables études ont démontré que la perte de poids chez les patients obèses ou en surpoids atteints d'arthrose réduit les douleurs articulaires ainsi que l'inflammation, que l'on pense être induite par la voie de sécrétion d'adipokine²². Un poids corporel excessif est associé à l'apparition de polyarthrite rhumatoïde et peut également exacerber les symptômes de cette maladie²⁷, en parallèle avec d'autres maladies rhumatismales. Il existe de nombreuses publications qui examinent les stratégies de perte de poids, car l'excès de poids et l'obésité ont une incidence sur de nombreuses maladies chroniques. Si la perte de poids est un objectif, la prudence est de mise, car certains régimes amaigrissants peuvent s'avérer inefficaces, être associés à d'autres comorbidités et ne pas être viables à long terme. Le régime paléolithique (riche en légumes, en fruits, en noix, en œufs, en poissons et en viandes maigres; exclut le sucre raffiné, le sel, les produits laitiers et les céréales)²⁸, le régime

cétogène (riche en graisses et en protéines; limité en céréales et en aliments transformés)²⁹, le jeûne intermittent (dans le cadre duquel une alimentation saine est adoptée, mais où peu ou pas de nourriture et de boisson sont consommées pendant une période de 16 à 24 heures)^{30,31} et le régime hypocalorique ou hypolipidique (avec restriction en calories ou en graisses)^{30,31} présentent un intérêt particulier. S'il est bien connu que l'atteinte d'un poids santé et d'une composition corporelle idéale est importante pour la santé et devrait toujours être prise en compte lors de la formulation de recommandations aux patients concernant la maladie, il convient de mettre en lumière d'autres études évaluant quelle approche alimentaire permettra d'atteindre et de maintenir un poids corporel sain, idéalement sans trop de restrictions, et d'en démontrer les bienfaits thérapeutiques pour d'autres maladies rhumatismales.

Les régimes élémentaires

Les régimes élémentaires éliminent les antigènes alimentaires que l'on pense être associés à une réponse immunitaire et fournissent une nutrition sous forme d'acides aminés, supprimant ainsi les propriétés antigéniques des protéines, des monosaccharides et des disaccharides, et sous forme de graisses et de micronutriments pour répondre aux besoins nutritionnels. Bien que ce traitement se soit avéré efficace pour d'autres troubles du système immunitaire, notamment l'œsophagite éosinophile et, il y a plusieurs décennies, les maladies inflammatoires intestinales^{23,24}, des études récentes ont démontré que les régimes alimentaires élémentaires n'ont été étudiés que dans le cadre de la polyarthrite rhumatoïde et que tous les patients n'en ont pas vu les bienfaits²⁵⁻²⁷. D'autres études sont nécessaires pour déterminer si les régimes élémentaires peuvent apporter des bienfaits dans les cas de maladies rhumatismales ainsi que pour déterminer le rôle de ceux-ci au-delà d'une phase d'induction, car ils ne sont pas considérés comme un traitement ou comme une forme d'alimentation appropriés à long terme.

Les régimes d'élimination

Les régimes d'élimination éliminent les aliments considérés comme inflammatoires pouvant avoir une incidence sur l'activité de la maladie. Ils peuvent consister à éliminer un ou plusieurs aliments tels que les produits laitiers, les légumes de la famille des solanacées (dont les tomates, les pommes de terre, les aubergines, les poivrons et les piments) et les aliments de sources animales. Les aliments sont éliminés, puis réintroduits pour surveiller la réponse pathologique. Des études récentes évaluant les avantages des régimes d'élimination mettent en évidence le fait que les données sont contradictoires. En effet, certains régimes, comme les régimes végétarien et végétalien, ont été associés à une atténuation importante des symptômes de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante, tandis que d'autres résultats ne montrent aucune différence significative dans la réponse de la maladie chez les patients qui se soumettent à ces régimes par rapport aux groupes témoins²⁵⁻²⁷.

L'hétérogénéité des résultats, le nombre limité d'études et la subjectivité des réponses liées aux régimes d'élimination incitent les professionnels à faire preuve de réserve lorsqu'il s'agit de recommander ce type de régime comme traitement contre les maladies rhumatismales²⁵⁻²⁷. En outre, d'un point de vue nutritionnel, les multiples restrictions alimentaires peuvent rendre difficile la satis-

faction des besoins en macronutriments et en micronutriments, ce qui peut entraîner une perte de poids ou des retards de croissance en plus d'un mauvais état nutritionnel. Des études évaluant ces facteurs ainsi que l'activité de la maladie doivent être menées. Par conséquent, à l'heure actuelle, si des patients signalent des symptômes positifs liés à l'élimination d'aliments et qu'ils choisissent d'appliquer des restrictions alimentaires, une évaluation nutritionnelle approfondie accompagnée d'un suivi nutritionnel est justifiée pour évaluer l'adéquation nutritionnelle et minimiser tout risque attribuable aux soins cliniques.

Le régime sans gluten peut être considéré comme un type de régime d'élimination (toutes les sources de gluten, une protéine présente naturellement dans le blé, l'orge, le seigle et le triticale, sont éliminées, y compris les aliments transformés dont le gluten figure dans la liste des ingrédients). Des études ont démontré des similitudes entre la polyarthrite rhumatoïde, le LED et les maladies indifférenciées du tissu conjonctif, et la maladie cœliaque en ce qui concerne les aspects cliniques, épidémiologiques, physiopathologiques et génétiques non liés à l'antigène HLA³²⁻³⁴. Le dépistage de la maladie cœliaque chez les personnes souffrant de maladies rhumatismales est donc justifié, en particulier dans les cas de polyarthrite rhumatoïde, de LED et de maladies du tissu conjonctif, dans la mesure où une plus grande prévalence de la maladie cœliaque a été signalée, et ce, même en l'absence de symptômes gastro-intestinaux^{27,33-34}. Outre le fait d'exclure la maladie cœliaque, les études évaluant l'effet d'un régime sans gluten chez les personnes atteintes de maladies rhumatismales sont limitées, étant donné que les patients peuvent signaler une amélioration de leur état en raison du soulagement des symptômes liés à leur sensibilité ou intolérance au gluten³⁵. Bien que le rôle du gluten comme facteur de modification de la maladie dans le cadre des maladies rhumatismales soit inconnu, l'étude de l'efficacité d'un régime sans gluten chez les personnes souffrant de maladies rhumatismales représente un potentiel en matière de gestion de la maladie.

Le régime méditerranéen

Le régime méditerranéen (riche en huile d'olive et en acides gras oméga-3, en légumes, en fruits, en grains entiers, en légumineuses, en noix, en graines; modéré en poisson, en crustacés, en viande blanche, en produits laitiers fermentés nature [yogourt et fromage], en vin et limité en viande rouge, en viandes transformées et en sucre) a été associé à une réduction significative de la douleur, de l'enflure, de la raideur et de l'activité de la maladie chez les personnes souffrant de polyarthrite rhumatoïde ou de polyarthrite psoriasique. Or, il n'a pas été démontré que ce régime alimentaire avait une incidence sur la prévention de la maladie^{11,36-39}. Le régime méditerranéen pourrait jouer un rôle dans d'autres maladies rhumatismales, mais les données sont faibles. De façon globale, le régime méditerranéen suit les principes généraux d'une alimentation saine, coïncidant avec un régime potentiellement associé à une diminution des risques d'apparition de la polyarthrite rhumatoïde et possiblement d'autres maladies rhumatismales. Les études démontrent que le régime méditerranéen, utilisé comme traitement d'appoint, peut aider à gérer la polyarthrite rhumatoïde et la polyarthrite psoriasique, mais des études de meilleure qualité et à plus long terme doivent être effectuées, notamment sur d'autres maladies rhumatismales.

Compléments alimentaires

Les acides gras oméga-3 (acide eicosapentaénoïque [AEP], acide docosahexaénoïque [DHA] d'origine marine, par rapport à l'acide alpha-linolénique [ALA] d'origine végétale), ingérés sous forme de compléments alimentaires à base d'huile de poisson, semblent être des moyens sûrs et efficaces dans le cadre de la gestion de la polyarthrite rhumatoïde et du LED – moins pour ce qui est de l'arthrose⁴⁰⁻⁴². Cependant, un risque d'hémorragie associé à la prise d'acides gras oméga-3 a été signalé⁴⁵ et doit être pris en compte si cette substance est prise par des patients souffrant de maladies rhumatismales. Bien que prometteurs dans le cadre d'une thérapie d'appoint, les acides gras oméga-3 proviennent également des aliments. Il est donc essentiel de procéder à des essais plus approfondis pour évaluer la consommation totale provenant d'aliments et de compléments afin d'être en mesure de déterminer une dose globale sûre pouvant être prise conjointement avec le régime alimentaire. D'autres études sont également nécessaires pour établir clairement le rôle des acides gras oméga-3 utilisés seuls en guise de traitement par rapport à une utilisation en conjonction avec d'autres médicaments, et ce, chez des personnes d'âges différents.

La carence en vitamine D a été associée à l'apparition de maladies rhumatismales, mais il reste à préciser si la vitamine D joue un rôle en matière de protection^{44, 45}. Par ailleurs, il n'a toujours pas été établi si la vitamine D a des effets bénéfiques dans les cas de maladies auto-immunes établies, puisque les données concernant l'activité de la maladie avec la prise de compléments alimentaires sont contradictoires⁴⁴⁻⁴⁶. Il est recommandé de continuer à procéder au dépistage des carences et de prescrire la prise de compléments pour rétablir les niveaux normaux, puisqu'il est difficile d'obtenir les quantités suffisantes de vitamine D avec l'alimentation pour seule source, l'exposition au soleil pouvant s'avérer un défi au Canada selon le moment de l'année.

Les effets des probiotiques sur les maladies rhumatismales sont prometteurs. Toutefois, à l'heure actuelle, les essais cliniques n'ont pas montré de bénéfice constant ou significatif sur le fardeau de la maladie, selon les signalements des patients et les indices biochimiques²⁵. D'autres études portant sur les souches, sur les doses, sur le régime alimentaire et sur la consommation de prébiotiques sont nécessaires avant de pouvoir recommander l'utilisation de probiotiques.

Conclusions

Nous vivons actuellement une période fascinante dans les domaines de la nutrition et de la santé. De nombreuses études ont démontré que les aliments et les nutriments peuvent avoir un effet sur les maladies auto-immunes^{1-4,47-48}. Un groupe a d'ailleurs récemment créé un régime alimentaire pour les personnes souffrant de polyarthrite rhumatoïde, basé sur des études interventionnelles ainsi que sur des informations obtenues par des tests sur des animaux et dans le cadre d'autres maladies⁴⁹. Cependant, des travaux plus approfondis sont nécessaires pour délimiter le rôle de l'alimentation dans toutes les maladies rhumatismales, pas seulement en ce qui concerne la polyarthrite rhumatoïde ou le LED, et à tous les âges, étant donné que les besoins des enfants sont différents de ceux des adultes. En outre, les données mettent en évidence des objectifs différents et des résultats contradictoires, ce qui rend difficile la formulation de recommandations auprès des patients. Les Canadiens ainsi que les patients atteints de polyarthrite rhu-

matoïde et d'arthrose s'alimentent mal⁵⁰⁻⁵². De ce fait, comme intervention initiale auprès des patients souffrant de maladies rhumatismales, il peut être bon d'aider ces derniers à mieux s'alimenter et de les encourager à adopter un régime alimentaire riche en aliments complets, en légumes, en fruits, en grains entiers et en protéines végétales, mais limité en aliments transformés, en sucres, en viande, en sel et en café – ce qui résume bien ce qu'est une saine alimentation. Une saine alimentation peut en retour avoir une incidence sur la composition corporelle ainsi que sur la manière dont les patients se sentent, ce qui peut également influencer l'évolution de la maladie. Par ailleurs, des études sur les régimes alimentaires destinés à traiter les maladies rhumatismales ont été réalisées, mais le seul qui, à ce jour, présente des avantages est le régime méditerranéen, qui met l'accent sur les principes d'une alimentation saine. Les acides gras oméga-3 et la vitamine D peuvent être consommés dans les aliments, mais la prise de compléments nutritionnels avec une surveillance étroite des doses peut servir de thérapie d'appoint dans la gestion des maladies rhumatismales. Pour évaluer l'apport et l'état nutritionnels, il faut aussi tenir compte de points qui n'ont pas été abordés dans la présente analyse, notamment les incapacités ayant une incidence sur la préparation et la consommation des aliments, la sécurité alimentaire ainsi que l'accès aux aliments. À mesure que nous accumulons des connaissances et que nous reconnaissons le rôle de l'alimentation dans le traitement des maladies rhumatismales, un avenir où il est possible d'offrir une alimentation adaptée en fonction des données sur le microbiome pourrait bien se concrétiser⁵³.

*Inez Martincevic, RD, M. Sc.
Département de diététique clinique
Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)*

Références :

1. Bellucci E, Terenzi R, La Paglia GMC, et coll. One year in review 2016: pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2016; 34:793-801.
2. Jethwa H and Abraham S. The evidence for microbiome manipulation in inflammatory arthritis. *Rheumatology* 2017; 56:1452-1460.
3. Sandhya P, Danda D, Sharma D, et coll. Does the buck stop with the bugs?: an overview of microbial dysbiosis in rheumatoid arthritis. *Intl J Rheum Dis* 2016; 19:8-20.
4. Abdollahi-Roodsaz S, Abramson SB, and Scher JU. The metabolic role of the gut microbiota in health and rheumatic disease: mechanisms and interventions. *Nat Rev Rheumatol* 2016; 12(8):446-455.
5. Semerano L, Julia C, Aitisha O, et coll. Nutrition and chronic inflammatory rheumatic disease. *Joint Bone Spine* 2017; 84:547-552.
6. He J, Wang Y, Feng M, et coll. Dietary intake and risk of rheumatoid arthritis - a cross section multicenter study. *Clinical Rheumatology* 2016; 35:2901-2908.
7. Sabbagh Z, Markland J and Vatanparast H. Vitamin D status is associated with disease activity among rheumatology outpatients. *Nutrients* 2013; 5:2268-2275.
8. Oliver JE and Silman AJ. What epidemiology has told us about risk factors and aetiopathogenesis in rheumatic diseases. *Arth Res Therapy* 2009;11:223-235.
9. Pedersen M, Stripp C, Klarlund M, et coll. Diet and risk of rheumatoid arthritis in a prospective cohort. *Journal of Rheumatology* 2005. 32: 1249-1252.
10. Nousiainen P, Merras-Salmio L, Aalto K, et coll. Complementary and alternative medicine use in adolescents with inflammatory bowel disease and juvenile idiopathic arthritis. *BMC Complem Alt Med* 2014; 14:124-131.
11. Tedeschi SK, Frits M, Cui J, et coll. Diet and rheumatoid arthritis symptoms: survey results from a rheumatoid arthritis registry. *Arthritis Care & Research* 2017; 69(12):1920-1925.

12. McIntyre Little E, Grevich S, Huber JL, et coll. Parental perception of dietary intervention in juvenile idiopathic arthritis. *J Alt Complem Med* 2019; 25(6):643-647.
13. Slater JJ and Mudryj AN. Self-perceived eating habits and food skills of Canadians. *J Nutr Edu Beh* 2016; 48(7):486-495.
14. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries.
15. Rizzello R, Spisni E, Giovanardi E, et coll. Implications of the Westernized diet in the onset and progression of IBD. *Nutrients* 2019; 11(5):1033; <https://doi.org/10.3390/nu11051033>.
16. Colapinto CK, Graham J and St-Pierre S. Trends and correlates of frequency of fruit and vegetable consumption, 2007 to 2014. *Health Reports*. 2018; 29(1):9-14.
17. Vatanparast H, Islam N, Prakash Patil R, et coll. Snack consumption patterns among Canadians. *Nutrients*. 2019; 11:1152-1164.
18. Hosseini SH, Jones JM and Vatanparast H. Association between grain intake, nutrient intake, and diet quality of Canadians: evidence from the Canadian Community Health Survey-Nutrition 2015. *Nutrients*. 2019; 11:1937-1952.
19. Urban H and Little CB. The role of fat and inflammation in the pathogenesis and management of osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2018 Feb 9. doi: 10.1093/rheumatology/keu399. [Publication électronique avant impression].
20. Daien CI and Sellam J. Obesity and inflammatory arthritis: impact on occurrence, disease characteristics and therapeutic response. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases Open*. 2015; 1(1):e000012. doi: 10.1136/rmdopen-2014-000012.
21. Liu Y, Hazlewood GS, Kaplan GG, et coll. Impact of obesity on remission and disease activity in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care & Research*. 2017; 69(2):157-165.
22. Thomas S, Browne H, Mobasheri A, et coll. What is the evidence for a role for diet and nutrition in osteoarthritis? *Rheumatol* 2018; 57: iv61-iv74.
23. Atwal K, Hubbard GP, Venter C, et coll. The use of amino acid-based nutritional feeds is effective in the dietary management of pediatric eosinophilic oesophagitis. *Immun Inflamm Dis* 2019; 7(4):292-303. doi: 10.1002/iid3.273.
24. Munkholm LP, Rasmussen D, Rønn B, et coll. Elemental diet: a therapeutic approach in chronic inflammatory bowel disease. *J Intern Med* 1989; 225(5):325-31.
25. Badsha H. Role of diet in influencing rheumatoid arthritis disease activity. *Open Rheumatol J* 2018; 12:19-28.
26. Semerano L, Chantal J, Aitisha O, et coll. Nutrition and chronic inflammatory rheumatic disease. *Joint Bone Spine* 2017; 84:547-552.
27. Alwarith J, Kahleova H, Rembert E, et coll. Nutrition interventions in rheumatoid arthritis: the potential use of plant-based diets. A review. *Frontiers Nutr* 2019; 6(14):1-11.
28. Otten J, Mellberg C, Ryberg M, et coll. Strong and persistent effect of liver fat with a paleolithic diet during a two-year intervention. *Intl J Oesity* 2016; 40:747-753.
29. O'Neill B and Raggi P. The ketogenic diet: pros and cons. *Atherosclerosis* 2020; 292:119-126.
30. Zubrzycki A, Cierpka-Kmiec K, Kmiec Z, et coll. The role of low-calorie diets and intermittent fasting in the treatment of obesity and type-2 diabetes. *J Physiol Pharmacol* 2019; 69(5):663-683.
31. Saeed N, Badeau B, Shannon C, et coll. Evaluation of dietary approaches for the treatment of non-alcoholic fatty liver disease: a systematic review. *Nutrients* 2019; 11(12), 3064; <https://doi.org/10.3390/nu11123064>.
32. Lerner A and Matthias T. Rheumatoid arthritis-celiac disease relationship. Joints get that gut feeling. *Autoimmunity Rev*. 2015; 14:1038-1047.
33. Dahan S, Shor D, Comaneshter D, et coll. All disease begins in the gut: celiac disease co-existence with SLE. *Autoimmunity Rev*. 2016; 15:848-853.
34. Conti V, Leone MC, Casato M, et coll. High prevalence of gluten sensitivity in a cohort of patients with undifferentiated connective tissue disease. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2015; 47(2):54-57.
35. El-Chammas K and Danner E. Gluten-free diet in nonceliac disease. *Nutr Clin Prac* 2011; 26(3):294-299.
36. Forsyth C, Kouvari M, D' Cunha NM, et coll. The effects of the Mediterranean diet on rheumatoid arthritis prevention and treatment: a systematic review of human prospective. *Rheumatol Intl* 2018; 38:737-747.
37. Petersson S, Philippou E, Rodomar C, et coll. The Mediterranean diet, fish oil supplements and rheumatoid arthritis outcomes: evidence from clinical trials. *Autoimmune Rev*. 2018; 17:1105-1114.
38. Caso F, Navarini L, Carubi F, et coll. Mediterranean diet and psoriatic arthritis activity: a multicenter cross-sectional study. *Rheumatol Int* 2019; Oct 11. [Publication électronique avant impression].
39. Ford AR, Siegel M, Bagel J, et coll. Dietary recommendations for adults with psoriasis or psoriatic arthritis from the medical board of the national psoriasis foundation. *JAMA Dermatol* 2018; 154(8):934-950.
40. Akbar U, Yang M, Kurian D, et coll. Omega-3 fatty acids in rheumatic diseases. *J Clin Rheumatol* 2017; 23(6):330-339.
41. Gioxari A, Kaliora AC, Marantidou F, et coll. Intake of w-3 polyunsaturated fatty acids in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition* 2018; 45:114-124.
42. Li X, Bi X, Wang S, et coll. Therapeutic potential of w-3 polyunsaturated fatty acids in human autoimmune diseases. *Front Immunol* 2019; 10:2241. doi: 10.3389/fimmu.2019.02241.
43. Bays HE. Safety considerations with omega-3 fatty acid therapy. *American J Cardiol* 2007; 99:35C-43C.
44. Harrison SR, Li D, Jeffery LE, et coll. Vitamin D, autoimmune disease and rheumatic arthritis. *Calcified Tissue Intl* 2020;106:58-75.
45. Wessels I and Rink L. Micronutrients in autoimmune diseases: possible therapeutic benefits of zinc and vitamin D. *J Nutr Biochem* 2019; 77:108240. doi: 10.1016/j.jnutbio.2019.108240. [Publication électronique avant impression].
46. Yamamoto E and Jorgensen TN. Immunological effects of vitamin D and their relations to autoimmunity. *J Autoimmunity* 2019; 100:7-16.
47. Khanna S, Jaiswal KS and Gupta B. Managing rheumatoid arthritis with dietary interventions. *Front Nutr* 2017; 4: 52 doi: 10.3389/fnut.2017.00052.
48. Dahan S, Segal Y and Shoenfeld Y. Dietary factors in rheumatic autoimmune diseases: a recipe for therapy? *Nature Rev Rheumatol* 2017; 13:348-358.
49. Bustamante MF, Agustin-Perez M, Cedola F, et coll. Design of an anti-inflammatory diet (TIS diet) for patients with rheumatoid arthritis. *Contemp Clin Trials Commun*. 2020; 21; 17:100524. doi: 10.1016/j.conctc.2020.100524. eCollection 2020 Mar.
50. Comee L, Taylor CA, Nahikian-Nelms M, et coll. Dietary patterns and nutrient intake of individuals with rheumatoid arthritis and osteoarthritis in the United States. *Nutrition* 2019; 67-68:110533. doi: 10.1016/j.nut.2019.06.014. Epub 2019 Jun 28.
51. Malm K, Bremander A, Arvidsson B, et coll. The influence of lifestyle habits on quality of life in patients with established rheumatoid arthritis-a constant balancing between ideality and reality. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2016; 11:30534. doi: 10.3402/qhw.v11.30534.
52. Berube LT, Kiely M, Yazici Y, et coll. Diet quality of individuals with rheumatoid arthritis using the healthy eating index (HEI)-2010 *Nutr Health*. 2017; 23(1):17-24.
53. Zmora N, Suez J and Elinav E. You are what you eat: diet, health and the gut microbiota. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2019; 16(1):35-56.

Cannabis médicinal : nouvelles ressources pour les patients

La gestion de la douleur reste l'un des défis les plus courants pour les personnes atteintes d'arthrite. De nombreuses options, telles que les opioïdes ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), ont des effets secondaires indésirables qui les rendent inefficaces ou indésirables pour une utilisation à long terme dans la gestion des symptômes d'une maladie chronique. Cela a contribué à l'intérêt croissant pour l'utilisation du cannabis médicinal pour aider à gérer la douleur et les autres symptômes de l'arthrite.

Si les patients vous posent des questions sur leurs options de gestion de la douleur, ou s'ils sont curieux à propos du cannabis médicinal, les ressources sur le cannabis médicinal récemment mises à jour de la Société de l'arthrite peuvent être un excellent moyen d'entamer une discussion éclairée.

Les ressources – trouvées sur <https://arthrite.ca/traitement/medicaments/cannabis-medicinal-fr> – ont été produites en consultation avec la D^{re} Carolina Landolt-Marticorena, rhumatologue, et présentent le contenu du D^r Jason MacDougall, chercheur éminent sur la douleur.

Grâce à l'intégration de vidéos, d'infographies et de textes dans une expérience interactive, les patients peuvent explorer la science qui sous-tend l'utilisation du cannabis à des fins médicales, les avantages et les risques potentiels, la façon d'accéder à la drogue et les questions courantes comme la différence entre le THC et le CBD ou l'éventail des modes d'administration – y compris les huiles, les extraits et les comestibles nouvellement autorisés.

Pour les patients ayant des questions plus approfondies, un module d'apprentissage en ligne solide est également disponible à partir de cette page, ou directement sur notre plateforme d'apprentissage en ligne à l'adresse <https://arthrite.ca/soutien-et-education/apprentissage-en-ligne-fr>



INFOGRAPHIQUE SUR LE CANNABIS MÉDICINAL

Le cannabis est une plante à fleurs qui produit des substances chimiques appelées **cannabinoïdes**. Celles-ci peuvent être utilisées pour traiter les symptômes de plusieurs maladies, dont l'arthrite.

CANNABIS MÉDICINAL	CANNABIS À DES FINS RÉCRÉATIVES
Utilisé pour traiter les symptômes de plusieurs maladies	Utilisé à des fins non médicales
On peut contrôler la dose de façon à éviter ou à diminuer l'effet euphorisant	Généralement consommé pour son effet euphorisant
Un document médical (autorisation) est nécessaire pour son utilisation	Ne peut pas se substituer aux soins d'un professionnel
Accès direct auprès d'un producteur autorisé par Santé Canada ou cultivé par le consommateur	Accessible auprès de détaillants autorisés de cannabis récréatif ou cultivé par le consommateur

1. LE CANNABIS MÉDICINAL ET L'ARTHRITE



Ces substances chimiques interagissent avec le système **endocannabinoïde**, qui peut avoir une incidence sur la douleur, l'inflammation, la fonction immunitaire, l'appétit, la fonction cardiaque, la mémoire et l'humeur.

Le cannabis médicinal ne peut pas guérir l'arthrite ni ralentir sa progression. Cependant, des études ont démontré qu'il peut contribuer à soulager la douleur arthritique et atténuer les problèmes de sommeil et l'anxiété.

Dernières nouvelles du Yukon

Par B. Daniel McLeod, M.D., FRCPC

Au Yukon, les services de consultation en rhumatologie sont fournis par un consultant itinérant qui se voit attribuer huit semaines de temps de clinique pour lesquelles il est remboursé. Le territoire fournit des locaux pour la clinique à l'Hôpital général de Whitehorse. Une infirmière de clinique à temps partiel est fournie, et l'actuelle infirmière Simone Cox mérite notre reconnaissance pour son dévouement et son efficacité. Elle assure une excellente continuité des soins et de l'organisation de la clinique. Elle s'occupe de l'éducation des patients, en particulier en ce qui concerne l'utilisation des produits biologiques. Les assistants de cabinet médical travaillant pour la clinique fournissent un soutien organisationnel supplémentaire. Ces derniers temps, il

y a eu certains changements dans ce rôle. Nous avons accès à l'imagerie standard, à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et à la tomodensitométrie. Il n'existe pas de médecine nucléaire ni de densitométrie osseuse. L'accès aux ultrasons et à la radiologie interventionnelle est limité. Il y a deux chirurgiens orthopédistes à plein temps. Il y a un chirurgien itinérant spécialiste de la main. Il y a des services itinérants de physiothérapie et de neurologie, y compris des tests électrophysiologiques. Il existe une excellente gamme de cas cliniques à voir.

*B. Daniel McLeod M.D., FRCPC
Rhumatologue,
Kelowna (Colombie-Britannique)*



Dernières nouvelles des Territoires du Nord-Ouest

Par Martha Decker, M.D., FRCPC

La prestation des soins de santé en rhumatologie évolue au Canada, et le Nord ne fait pas exception. Les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) et le Nunavut ont connu plusieurs transitions dans les soins rhumatologiques au cours de la dernière année.

Au printemps de 2019, le nouvel hôpital territorial Stanton a ouvert à Yellowknife. La clinique de rhumatologie a été transférée dans le centre de soins ambulatoires agrandi du nouvel hôpital. Nous continuons à être bien soutenus par une équipe, comprenant des infirmières et des administrateurs, qui aide à coordonner les cliniques itinérantes.

Une transition majeure pour les patients du Nord a eu lieu avec le départ du D^r Dalton Sholter, qui s'est retiré de sa pratique située dans les T.N.-O. Le D^r Sholter continue à exercer la rhumatologie à Edmonton, en Alberta. Le D^r Sholter s'est rendu pour la première fois à Yellowknife en juillet 1997, quelques semaines seulement après avoir terminé sa formation postdoctorale en rhumatologie. Il avait repris le cabinet de pratique de la D^{re} Sharon Le Clercq, qui s'occupait des cliniques itinérantes dans la région depuis 10 ans, et qui avait demandé au D^r Sholter s'il était prêt à relever le défi. Le D^r Sholter a déclaré ce qui suit : « Elle m'a dit que je verrais une importante pathologie et que j'exercerais comme un "vrai consultant". Ça semblait vraiment génial et j'étais impatient d'y aller. J'y suis allé quatre jours en suivant exactement son plan clinique, soit 30 minutes pour les nouveaux patients et 15 minutes pour les suivis, sauf qu'ils étaient tous nouveaux pour moi. De plus, je n'avais aucune idée de la façon de naviguer dans le système, mais la D^{re} Le Clercq tenait des dossiers méticuleux et avait une écriture des plus soignées (on n'utilisait pas d'ordinateurs à l'époque). Elle prenait très bien soin de ses patients, alors j'avais l'impression que la barre était haute. »

Pendant 22 ans, le D^r Sholter a fourni des soins rhumatologiques constants et de qualité aux patients des T.N.-O. et du Nunavut, organisant des cliniques tous les trois mois sans faute jusqu'à sa dernière clinique, le 15 juillet 2019. J'en suis à ma première année de pratique en rhumatologie et j'ai terminé ma formation postdoctorale à l'Université de l'Alberta en juin 2019. J'ai organisé



Le nouvel hôpital territorial Stanton en janvier 2020.



Membre de l'équipe du centre de soins ambulatoires de Stanton. De gauche à droite : D^r Dalton Sholter, Tina Drew (infirmière, urologie), Pauline Sundberg (superviseure de la clinique, retraitée), Tammy Connors (administration, cliniques spécialisées), Patricia (infirmière, ORL), D^r Omar Ahmad (médecine interne générale), Darlene Funk (assistante médicale ORL).

ma première clinique à Yellowknife plusieurs semaines après avoir terminé ma formation postdoctorale, et j'ai organisé des cliniques tous les trois mois depuis. Les patients du Nord, qui vivent souvent dans des régions aux ressources limitées, sont très touchés par des maladies rhumatismales à un stade avancé. Comme le D^r Sholter, j'ai trouvé que c'était une expérience difficile mais très enrichissante. Les patients du D^r Sholter sont très bien soignés, et il est évident que la barre est aussi haute pour la prochaine génération de stagiaires en rhumatologie. Je me réjouis de travailler avec l'autorité sanitaire territoriale pour agrandir la clinique, afin que nous puissions continuer à fournir des soins rhumatologiques de qualité et en temps utile aux patients du Nord.

Martha Decker, M.D., FRCPC
Rhumatologue, Lethbridge (Alberta)

SIMPONI®

Effacité démontrée.
Profil d'innocuité démontré.



SIMPONI®, en association avec le MTX, est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes et l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de PR modérément à sévèrement active, et pour ralentir la progression des dommages structuraux chez les patients adultes atteints de PR modérément à sévèrement active et qui n'ont pas reçu de traitement antérieur par le MTX.

SIMPONI® est indiqué pour : 1) La réduction des signes et des symptômes de la maladie, pour le ralentissement de la progression des dommages structuraux et pour l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de RP modérément à sévèrement actif. SIMPONI® peut être utilisé en association avec du MTX chez les patients qui ne répondent pas bien au MTX seul. 2) La réduction des signes et des symptômes chez les patients adultes atteints de SA active dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante. 3) Le traitement des adultes atteints de nr-Ax SpA active grave qui présentent des signes objectifs d'inflammation, tels qu'un taux élevé de CRP et/ou des signes visibles à l'IRM et dont la réponse aux AINS est inadéquate ou qui ne tolèrent pas ces médicaments.

Réactions indésirables les plus fréquentes :

Infection des voies respiratoires supérieures : SIMPONI® 7 %, placebo 6 %; nasopharyngite : SIMPONI® 6 %, placebo 5 %

USAGE CLINIQUE :

Patients pédiatriques : L'innocuité et l'efficacité de SIMPONI® n'ont pas été établies chez les enfants.

Personnes âgées (≥ 65 ans) : La prudence s'impose lors du traitement des patients âgés.

CONTRE-INDICATIONS :

- Infections graves telles que sepsis, tuberculose ou infections opportunistes.
- Insuffisance cardiaque congestive modérée ou grave (de classe III ou IV selon la NYHA).

MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS LES PLUS IMPORTANTES :

Infections :

- Des infections graves ayant entraîné une hospitalisation ou un décès, y compris le sepsis, la tuberculose, les infections fongiques invasives et d'autres infections opportunistes, ont été observées à la suite de l'emploi d'antagonistes du TNF, y compris le golimumab. Si un patient présente une infection

grave ou un sepsis, le traitement par SIMPONI® doit être cessé. Le traitement par SIMPONI® ne doit pas être instauré chez des patients présentant des infections actives, y compris des infections chroniques et localisées.

- Les médecins doivent user de prudence lorsqu'ils envisagent de prescrire SIMPONI® aux patients ayant des antécédents d'infections récurrentes ou latentes (y compris la tuberculose), ou des troubles sous-jacents, qui pourraient les prédisposer à des infections, ou aux patients ayant résidé dans des régions où la tuberculose et les infections fongiques invasives, comme l'histoplasmosse, la 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®, il importe d'évaluer tous les patients, afin de s'assurer

qu'ils ne sont pas atteints de la forme active ou latente de la tuberculose.

- Chez les patients faisant l'objet d'un diagnostic de tuberculose latente, un traitement antituberculeux doit être instauré avant de commencer un traitement par SIMPONI®.
- Les médecins doivent surveiller les patients recevant SIMPONI®, y compris les patients ayant un résultat négatif au test de dépistage de la tuberculose latente, afin de détecter 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.

**EFFICACITÉ
DÉMONTRÉE**

une fois par mois
Simponi[®]
golimumab

PLUS DE **10** ANS
D'EXPÉRIENCE



PLUS DE 10 ANS
d'expérience au Canada.

**Soutien pour vous et vos patients
dans les années à venir.**

**UN SCHÉMA POSOLOGIQUE
mensuel SIMPLE**

50 mg **UNE FOIS PAR MOIS** à la même date chaque mois



**AUTRES MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS
PERTINENTES :**

- 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 ou de l'abatacept ou d'autres agents biologiques; l'emploi concomitant de ces médicaments n'est pas recommandé.
- 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 6 mois après le dernier traitement.
- Les femmes ne doivent pas allaiter durant le traitement ni pendant au moins 6 mois après le dernier traitement par SIMPONI[®].
- À utiliser avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique.
- Pourrait exercer une légère influence sur la capacité à conduire, car son administration pourrait entraîner des étourdissements.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse www.janssen.com/canada/fr/products 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.

RP = rhumatisme psoriasique | SA = spondylarthrite ankylosante
PR = polyarthrite rhumatoïde | nr-Ax SpA = spondylarthrite axiale non radiographique | MTX = méthotrexate
CRP = protéine C-réactive | IRM = imagerie par résonance magnétique | AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens

Référence :

1. Monographie de SIMPONI[®], Janssen Inc., 20 juin 2019.

© 2020 Janssen Inc.

Marques de commerce utilisées sous licence.

Janssen Inc. | 19 Green Belt Drive | Toronto (Ontario) | M3C 1L9
www.janssen.com/canada/fr/ | CP-131909F



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Janssen-Johnson

XELJANZ : le premier inhibiteur des protéines JAK pour la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique et la colite ulcéreuse^{1*}

XELJANZ^{MD}
[citrates de tofacitinib]



POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

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

Il n'est pas recommandé d'utiliser

XELJANZ/XELJANZ XR en association avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.

ARTHRITE PSORIASIQUE

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

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

COLITE ULCÉREUSE

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

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

Veillez consulter la monographie de XELJANZ/XELJANZ XR à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur :

- les contre-indications relatives à la grossesse, à l'allaitement et à l'insuffisance hépatique sévère;
- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant le risque d'infections graves, de cancers et de thrombose;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes concernant le risque d'infection et d'immunosuppression lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, les femmes en âge de procréer, les réactions d'hypersensibilité, le risque de réactivation virale, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés (conformément aux directives d'immunisation en vigueur), le vaccin vivant contre le zona, le risque de cancers, de trouble lymphoprolifératif et de cancers de la peau non mélaniques, le risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques, les patients atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, les patients sous hémodialyse, l'élévation des taux d'enzymes hépatiques, les patients présentant une sténose digestive sévère préexistante traités par XELJANZ XR, la prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque, les enfants, les personnes âgées, les patients atteints de diabète, les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique, le nombre de lymphocytes, les patients d'origine asiatique, les patients exposés à un risque de perforation du tube digestif, la hausse des taux de créatine kinase, la diminution de la fréquence cardiaque et la prolongation de l'intervalle PR, les patients qui pourraient être exposés à un risque accru de thrombose, les patients ayant des symptômes de thrombose et les considérations posologiques chez les patients atteints de colite ulcéreuse (la dose efficace la plus faible possible de XELJANZ doit être utilisée pendant la durée de traitement la plus courte possible pour obtenir ou maintenir une réponse thérapeutique);
- les conditions d'usage clinique, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et les directives relatives à la posologie et au mode d'administration.

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

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec votre représentant de Pfizer.

JAK = Janus kinase; PR = polyarthrite rhumatoïde

* La portée clinique de ces comparaisons est inconnue.

Références : 1. Données internes de Pfizer Inc. 2019. 2. Santé Canada. Avis de conformité relatif à XELJANZ. 3. Pfizer Canada SRI. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V.
Pfizer Canada SRI, licencié
© 2020 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5

PP-XEL-CAN-0480-FR

