

CRA SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Point de mire sur : Les faits saillants de l'ASA de la SCR

Éditorial

- À ma façon

Prix, nominations et accolades

- Prix de Réflexion sur la pratique créé par la SCR

Hommage boréal

Entrevues avec les récipiendaires des prix 2014 de la SCR

- Rhumatologue émérite : Dr Boulos Haraoui
- Chercheur émérite : Dr Brian Feldman
- Formateur d'enseignants : Dre Evelyn Sutton
- Jeune chercheur : Dre Cheryl Barnabe
- L'amendement au Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales : quel est le rôle des rhumatologues?

Arthroscopie

- Réflexions du président sortant
- Lettre du président
- Mise à jour nationale 2014
- C'est discutable! Le Grand débat 2014
- L'ADHA à Whistler : 2014
- ICORA : réussites des recherches et directions futures

Consultation de couloir

- Tout a commencé par l'arthrite...

Que fait la SCR pour vous?

- Lignes directrices pour la PR : Pratiques des rhumatologues du Canada par rapport aux recommandations de la SCR pour le traitement de la PR (5^e partie)

POUR CE QUI EST DE
L'ADMINISTRATION DE
MON TRAITEMENT
POUR LA POLYARTHRITE
RHUMATOÏDE

MOI,
JE VEUX
CE QUI ME CONVIENT.



J'ai la polyarthrite rhumatoïde. Mais, cela ne m'empêche pas de mener une vie active.

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

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

– Amy* | atteinte de polyarthrite rhumatoïde depuis 2 ans, reçoit son traitement par voie i.v.

À ma façon

par Philip A. Baer, M.D., C.M., FRCPC, FACR

« *I planned each charted course; each careful step along the byway, but more, much more than this, I did it my way.* »

— Frank Sinatra, « *My Way* » 1969 (adaptation en anglais par Paul Anka de la chanson originale [*Comme d'habitude*] par Claude François et Jacques Revaux).

Le parcours du patient atteint d'une maladie chronique comme l'arthrite se déroule comme n'importe quel récit : il a un début, un milieu et une fin. Mon expérience m'a appris que les interactions les plus satisfaisantes que j'ai pu avoir avec un patient sont celles qui ont été initiées d'emblée sous ma responsabilité, dès le premier stade de la maladie, contrairement à un patient qui a déjà reçu les soins d'un autre médecin. Je ne suis jamais aussi sûr de la conduite à tenir dans le cas d'un patient hérité d'un autre rhumatologue que dans le cas d'un patient dont je suis le premier rhumatologue consulté. Voici quelques exemples.

Un patient me consulte : il est atteint de polyarthrite rhumatoïde (PR) et il est traité par les corticostéroïdes à dose faible et par le méthotrexate (MTX). Je sais qu'avant de commencer un traitement par le MTX, j'ordonne systématiquement le dépistage de l'hépatite B et C ainsi qu'une radiographie pulmonaire de référence. Le rhumatologue précédent a-t-il pris ces précautions? Le patient se souvient-il d'avoir été soumis à ce dépistage? Dois-je ordonner tous ces tests pour un patient qui est traité par le MTX depuis 10 ans et qui ne peut se rappeler des tests subis avant de commencer à recevoir le MTX?

Serait-ce trop demander d'uniformiser le schéma de la prise d'un supplément d'acide folique chez les patients traités par le MTX : MTX à chaque samedi, acide folique à 5 mg, chaque jour de la semaine. L'origine de cette pratique est perdue dans le brouillard de l'histoire, mais elle est efficace chez mes patients. J'ai récemment hérité de patients qui sont arrivés avec les schémas thérapeutiques suivants : acide folique 1 mg ou 5 mg, trois, six ou sept jours par semaine; acide folique 10 mg, un ou deux jours après la dose hebdomadaire de MTX, pour ne mentionner que ceux-là. Les épreuves de laboratoire pour le contrôle du MTX pouvaient avoir été ordonnées toutes les 4, 6, 8 ou 12 semaines. Pour ma part, j'ordonne des analyses de sang toutes les 6 semaines et, souvent, je suis chanceux si je reçois les résultats toutes les 8 à 12 semaines.

Un patient hérité d'un autre rhumatologue me téléphone à cause d'une poussée d'arthrite. Il me demande de lui administrer

un corticostéroïde par injection intramusculaire (i.m.), comme le faisait son rhumatologue précédent une ou deux fois par année. Eh bien, sachez que je n'ai pas administré une telle injection depuis plus de 25 ans. Je préfère l'infiltration d'une ou de deux articulations enflées ou je prescris un traitement de courte durée avec un corticostéroïde par voie orale et à dose décroissante (sans renouvellement de l'ordonnance, remarquez). Comment expliquer cela à un patient entièrement convaincu qu'il a besoin d'une injection i.m.?

J'ai aussi hérité d'un patient atteint d'arthrite psoriasique. Un pharmacien m'expédie par télécopieur une demande de renouvellement d'un corticostéroïde topique pour le traitement du psoriasis qui afflige ce patient. Je lui retourne le document avec une note l'informant que je n'avais pas prescrit ce médicament et que la demande devrait être faite auprès du médecin qui l'avait prescrit, soit le médecin de famille ou le dermatologue. Sans que je le sache, le rhumatologue précédent avait l'habitude de prescrire à ce patient des corticostéroïdes topiques, ce que je ne fais jamais. Et voilà que j'apprends que le patient réprimande ma nouvelle secrétaire parce qu'il n'a pas obtenu le renouvellement d'ordonnance pour son médicament qui, à ses dires, est vital. Il a même menacé de porter plainte au Collège des médecins, mais il ne l'a jamais fait. J'ai décidé de téléphoner à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), et depuis, ma secrétaire et moi documentons rigoureusement tous les faits au dossier du patient.

Je suppose que si nous agissions tous de la même façon, d'aucuns diraient que c'est une approche ennuyeuse et répétitive de l'exercice de la médecine, mais ce serait beaucoup plus simple, c'est certain!

Alors, comme l'a dit Friedrich Nietzsche, « Vous avez votre manière. J'ai ma manière. Quant à la bonne manière, à la manière correcte, et à la seule manière, elle n'existe pas. » (Traduction libre).

Philip A. Baer, M.D., C.M., FRCPC, FACR
 Rédacteur en chef, JSCR, Scarborough, Ontario

SCR : DEMANDE DE RÉSUMÉS

Vous êtes invité à soumettre des résumés destinés à être présentés lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR et l'APSA 2015!

La date limite pour les soumissions est le lundi 20 octobre 2014. Les détails seront bientôt disponibles à l'adresse www.rheum.ca.

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

Mission. La mission du *Journal de la SCR* est de promouvoir l'échange d'information et d'opinions au sein de la collectivité des rhumatologues du Canada.

RÉDACTEUR EN CHEF

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

MEMBRES :

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

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

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

Michel Gagné, M.D., FRCPC
Polyclinique St-Eustache
St-Eustache, Québec

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

James Henderson, M.D., FRCPC
Professeur,
Université Dalhousie
Fredericton, Nouveau-Brunswick

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

Bindu Nair, M.D., FRCPC
Professeure agrégée,
Université de la Saskatchewan
Chef, Division de rhumatologie,
Département de médecine
Royal University Hospital
Saskatoon, Saskatchewan

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

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

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

John Thomson, M.D., FRCPC
Professeur adjoint,
Division de rhumatologie,
Université d'Ottawa
Ottawa, Ontario

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

Michel Zummer, M.D., FRCPC
Chef,
Division de rhumatologie,
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Montréal, Québec



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

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Paul F. Brand
Directeur de la publication

Russell Krackovitch
Directeur de la rédaction
Division des projets spéciaux

Katia Ostrowski
Rédactrice

Catherine de Grandmont
Rédactrice-révisure (français)

Donna Graham
Coordonnatrice de la production

Dan Oldfield
Directeur – Conception graphique

Jennifer Brennan
Services administratifs

Robert E. Passaretti
Éditeur

© 2014 STA HealthCare Communications. Tous droits réservés. Le *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE* est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopie, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. Poste-publication. Enregistrement n° 40063348. Port payé à Saint-Laurent, Québec. Date de publication : juin 2014. Les auteurs sont choisis selon l'étendue de leur expertise dans une spécialité donnée. Les articles du *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE* n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Société canadienne de rhumatologie ou de STA HealthCare Communications inc. Il est recommandé que les médecins évaluent l'état de leurs patients avant de procéder à tout acte médical suggéré par les auteurs ou les membres du comité de rédaction. De plus, les médecins devraient consulter les monographies de produit officiellement approuvées avant de prescrire tout médicament mentionné dans un article. Prière d'adresser toute correspondance au *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE*, 6500 Rte Transcanadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5.

Prix de Réflexion sur la pratique de la SCR

par Christopher Penney, M.D., FRCPC

Il n'est jamais facile de changer un comportement. Dans ma vie personnelle, il m'arrive parfois de ne pas faire ce que je dis que je fais. Heureusement, mon épouse et mes enfants ne craignent pas de me souligner ces écarts, ce qui m'aide à changer mon comportement.

Dans ma vie professionnelle, toutefois, je ne bénéficie pas de l'attention constante d'un ange gardien ou de ma conjointe pour me rappeler ce manque de cohérence. C'est ainsi que je peux très bien participer à de petits groupes de travail et assister à des conférences à l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR, prendre part aux tournées hospitalières hebdomadaires, exprimer mon accord avec les propositions faites, voire intervenir directement durant les séances interactives, sans pour autant rien changer dans ma pratique.

Je sais très bien ce que vous pensez : « Je ne suis pas comme ça. » Pourtant, mon expérience personnelle m'a appris qu'il nous arrive tous d'avoir cette attitude. Jusqu'à ce que je procède à la vérification des dossiers de mes patients, j'affirmais sans ambages que la plupart de mes patients traités par des médicaments biologiques avaient été vaccinés et que presque tous mes patients atteints de goutte avaient reçu un diagnostic confirmé par l'aspiration de liquide articulaire. J'étais parfaitement ignorant de la situation.

Aujourd'hui, il est entendu que les décisions cliniques doivent être fondées sur les données probantes autant que faire se peut. Bientôt, pour établir la preuve de la participation au programme de Développement professionnel continu (DPC), il ne suffira plus de démontrer qu'on a assisté à une activité de formation; il faudra également convaincre, preuves à l'appui, que nos pratiques sont conformes aux normes établies.

Nos collègues au Collège royal ont élaboré le Programme de maintien du certificat (MDC) et ils savent très bien que les programmes de DPC influent rarement sur les pratiques

ancrées chez les médecins. C'est la raison pour laquelle le Collège royal exige désormais que vous consacriez au moins huit heures (25 crédits) à des activités agréées à la section 3 (Auto-évaluation; Simulation) durant votre prochain cycle quinquennal de MDC. Nul doute que ce nombre d'heures augmentera au cours des prochaines années.



Il n'existe pas encore de programmes canadiens au titre de la section 3 pour la rhumatologie et c'est pour cette raison que la SCR a décidé de commanditer un prix de Réflexion sur la pratique.

La SCR vous demande donc de réfléchir à vos méthodes et pratiques, puis de démontrer que cette réflexion s'est traduite par des améliorations dans les soins que vous dispensez à vos patients ou par une plus grande conformité aux lignes directrices. Le prix sera décerné à un membre de la SCR qui a réussi à intégrer une méthode innovatrice et pratique dans l'exercice de sa profession, cette méthode pouvant être partagée à l'échelle nationale.

Il suffit de consulter le site Web de la SCR si vous souhaitez soumettre votre candidature à ce prix. Vous trouverez tous les renseignements à : www.rheum.ca/en/the_cra/Awards.

Christopher Penney, M.D., FRCPC

Professeur agrégé de clinique, Université de Calgary

*Rhumatologue, Richmond Road Diagnostic & Treatment Center
Calgary, Alberta*

PRIX, NOMINATIONS ET ACCOLADES

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

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

Prix du rhumatologue émérite de la SCR 2014 : Dr Boulos Haraoui

1. Pourquoi êtes-vous devenu rhumatologue? Quel motif ou quelle personne vous a orienté vers ce choix de carrière?

Pendant mes études en médecine et ma formation en médecine interne, j'ai toujours été fasciné par les pathologies multisystémiques complexes dont le diagnostic ne pouvait être établi uniquement par les épreuves de laboratoire ou l'imagerie médicale, mais qui exigeait aussi une anamnèse détaillée et un examen physique minutieux. Cet intérêt a nécessairement guidé mes choix vers l'endocrinologie et la rhumatologie;

la rhumatologie l'a emporté après que j'eus rencontré le Dr Guy Germain (alors directeur du département à l'Université Montréal) durant mes stages. Il était passionné et entièrement dévoué à ses patients et il m'a convaincu qu'une carrière en rhumatologie m'apporterait une grande satisfaction; il m'a ensuite suggéré de m'intéresser plus spécialement à la polyarthrite rhumatoïde (PR), cette grave maladie invalidante, en poursuivant ma formation spécialisée en recherche. C'est ainsi que je me suis retrouvé à faire de la recherche fondamentale et clinique aux National Institutes of Health (NIH) avec l'aide d'une bourse d'études de la Société de l'arthrite (SA).

2. Quelles sont les qualités d'un rhumatologue émérite? En quoi incarnez-vous ces qualités selon vous?

Le rhumatologue est par définition un médecin compatissant qui comprend la souffrance de son patient et qui s'efforce de la soulager, tout en étant très conscient que les maladies rhumatismales ont une physiopathologie complexe. Grâce à ma formation, j'ai découvert l'ampleur des besoins thérapeutiques à combler ainsi que l'immense



potentiel de la modulation du système immunitaire. C'est ce qui m'a convaincu de consacrer ma vie professionnelle aux patients atteints de PR et de participer à des projets multicentriques, comme les essais cliniques, le Consortium canadien de recherche en rhumatologie (CCRR), la cohorte canadienne de PR débutante (CATCH) et d'autres initiatives ayant pour but d'améliorer les soins aux patients, par exemple le programme T2T (*Treat to Target*).

Le succès est fondé sur le travail d'équipe dirigé; vous devez à la fois être un joueur au sein de l'équipe et

être un chef qui sait proposer et développer de nouvelles idées.

3. Depuis quelques années, l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) est devenue l'un des plus importants organismes de financement de la recherche sur l'arthrite au Canada. Quel a été l'impact de son intégration à la SCR? Comment se transformera l'environnement de la recherche clinique en rhumatologie au cours de la prochaine décennie?

Parmi les réalisations dont je suis le plus fier, je retiens la croissance de l'ICORA, qui est née de l'initiative d'une seule entreprise et qui est aujourd'hui financée par plusieurs autres. À ce jour, l'ICORA vient au troisième rang des plus importants organismes de financement de la recherche en rhumatologie au Canada. Il est important que la SCR intervienne et soutienne la recherche en rhumatologie. Parce qu'elle privilégie la recherche clinique, l'ICORA joue un rôle complémentaire de celui de plusieurs initiatives de la SCR en matière de formation et



Le Dr Haraoui recevant son prix du président de la SCR, le Dr Carter Thorne, et de la Dre Janet Pope.

de gestion de la pratique. Ainsi, la SCR est en mesure d'établir les priorités de recherche dans des domaines reliés aux besoins insatisfaits en matière de soins aux patients, et aussi de soutenir financièrement le travail des jeunes chercheurs cliniciens.

4. Depuis de nombreuses années, vous avez rempli des mandats diversifiés au sein de la SCR. Quel sera votre legs le plus durable pour notre organisme?

Deux legs me semblent particulièrement importants. Le premier est celui de l'apport des membres francophones à l'évolution de la SCR, et ce, dans la foulée de plusieurs prédécesseurs. J'espère que nous attirerons ainsi une plus jeune génération de rhumatologues québécois. Le second est d'avoir amené l'ICORA dans le giron de la SCR après que l'ICORA eut atteint sa pleine maturité et soit devenue un organisme autonome; cette initiative poursuit sa mission de faire progresser les soins aux patients au Canada.

5. Vos travaux dans le cadre des essais cliniques avec les médicaments biologiques dans le traitement de la PR ont jeté de nouvelles bases pour la recherche dans ce domaine. Pourquoi les médicaments biologiques revêtent-ils une si grande importance dans l'arsenal

thérapeutique? Quels développements se révéleront des succès ou des défis à relever dans les années à venir?

Le traitement par les médicaments biologiques a grandement amélioré la vie de milliers de patients au Canada. Les rhumatologues sont maintenant en mesure de « promettre » de meilleurs lendemains à leurs patients. Cela étant dit, 15 années ont passé depuis l'arrivée du premier médicament biologique et nous avons maintenant accès à plusieurs; le moment est venu d'organiser nos conduites thérapeutiques de manière plus stratégique en détectant et en traitant la maladie dès le stade précoce, en élaborant des outils pour définir des sous-groupes de patients et en administrant des traitements individualisés.

De plus nous ne devons pas oublier que la PR ne touche pas exclusivement les articulations et qu'il importe de traiter toutes les affections concomitantes et les atteintes extra-articulaires. Cette attaque sur tous les fronts ne peut se faire sans des équipes pluridisciplinaires comprenant des infirmières, des paraprofessionnels de la santé et des pharmaciens ni sans la collaboration avec des spécialistes d'autres disciplines médicales comme la pneumologie et la cardiologie. Nous devons convaincre les autorités sanitaires d'investir dans de telles initiatives.

6. Vous êtes trilingue et vous êtes membre de plusieurs sociétés de rhumatologie dans d'autres pays. Quels progrès récemment accomplis ailleurs dans le monde ont un retentissement sur les projets de recherche au Canada? De quelle manière vos séjours à l'étranger ont-ils influé sur vos points de vue quant aux projets menés au Canada?

Mes rencontres à l'international m'ont montré à quel point la rhumatologie canadienne est tenue en haute estime et de quelle façon nous influons sur la pratique de notre spécialité dans plusieurs pays. Ces interactions m'ont également aidé à apprécier l'importance du travail en collaboration, une stratégie dans laquelle excellent certains pays. Cela m'a convaincu que nous avons besoin d'établir de tels modèles au Canada grâce à des initiatives nationales (p. ex. le CCRR et l'essai CATCH); nous devons également faire bénéficier les programmes internationaux (p. ex. T2T et 3E [Evidence, Expertise, Exchange Initiative] de nos compétences et de nos réalisations

7. Quelle a été votre plus triste constatation durant votre carrière?

Ce qui m'a le plus attristé a été le déclin des essais cliniques commandités par le secteur privé au Canada. J'ai vécu l'excitation des premiers essais cliniques avec les médicaments biologiques à la fin des années 1990 et au début des années 2000 alors que je pouvais constater moi-même l'amélioration « miraculeuse » de l'état des patients en quelques semaines seulement. Au fil des ans, la méthodologie des essais clinique n'a pas été adaptée aux changements qui survenaient dans le traitement optimal de la PR, et il est devenu de plus en plus difficile de faire admettre des patients aux essais et d'acquérir de l'expérience avec les nouveaux médicaments avant qu'ils soient autorisés au Canada. En outre, le passage de la gestion interne des essais cliniques par les entreprises pharmaceutiques à la gestion externe par des organismes de recherche sous contrat a eu comme conséquence de couper les liens entre les chercheurs et le personnel et les services médicaux au sein des entreprises. Ces relations sont essentielles pour influencer sur les modèles des études et pour promouvoir d'autres collaborations. Si l'on ajoute à cela la complexité attribuable aux nouvelles exigences

légales, il est presque impossible pour le clinicien isolé de construire et de maintenir un réseau pour réaliser des essais cliniques.

8. Vous êtes perdu sur une île déserte. Quel livre souhaiteriez-vous avoir gardé?

Le prophète, de Khalil Gibran. Ses poèmes résument en quelques pages toute l'expérience de l'humanité. Je l'ai lu au moins douze fois et j'y trouve à chaque fois un nouveau sujet de réflexion.

9. Qu'est-ce qui vous plaît le plus du fait de vivre à Montréal?

Pour une personne qui est originaire du Moyen-Orient et qui a été éduquée en français, Montréal offre le meilleur de la culture nord-américaine colorée par l'influence européenne. C'est la seule ville où vous pouvez passer de l'anglais au français (et parfois dans une troisième langue, l'arabe dans mon cas) sans rompre la continuité de la conversation. La vie culturelle à Montréal est riche et palpitante et les restaurants y servent une fine cuisine remarquable. De plus, on peut s'adonner facilement à des activités de plein air.

Boulos Haraoui, M.D., FRCPC

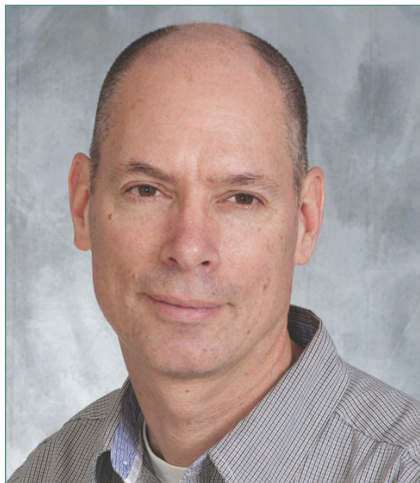
*Professeur agrégé de médecine, Université de Montréal
Chef de l'Unité de recherche clinique en rhumatologie,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Président, Comité directeur de l'ICORA
Montréal, Québec*

Prix du chercheur émérite de la SCR 2014 : Dr Brian Feldman

1. Quelles circonstances ou quelles personnes vous ont poussé vers la recherche? Avez-vous toujours su que votre cheminement de carrière vous mènerait dans cette direction?

Je m'intéressais déjà à la recherche clinique, et à ce qu'on appelle maintenant la « médecine fondée sur les données probantes » quand j'étais étudiant au secondaire. Mon père est un pédiatre universitaire et a été membre de la faculté à l'Université McMaster de la fin des années 60 au milieu des années 80. Parmi nos amis de famille, nous comptons quelques-uns des chefs de file dans le développement de l'épidémiologie clinique et j'ai été fortement influencé, tout au long de mon adolescence, par mon père et ses collègues et par le mouvement excitant qu'ils étaient en train de développer.

Dès le secondaire, j'ai commencé à rechercher des occasions de participer à des projets de recherche et, fortement encouragé par mes mentors en rhumatologie, les Drs Ron Laxer et Earl Silverman, j'ai profité d'une occasion de travail postuniversitaire qui s'est présentée dans la région durant mon cursus. L'Université de Toronto lançait tout juste son programme postdoctoral en épidémiologie clinique à ce moment-là; il était très excitant d'étudier à cet endroit. La Dre Elaine Wang, feu le Dr John-Paul Szalai et la Dre Claire Bombardier ont été quelques-uns de mes formidables mentors durant mes études postdoctorales. Je ne pensais jamais que j'en viendrais à consacrer autant de temps à la science, et je ne croyais pas que ma pratique clinique se serait un jour à ce point réduite, mais les choses ont évolué au fil des années (comme elles le font toujours) et je ne pourrais pas en être plus heureux.



2. Vous avez développé des méthodes d'investigation pour étudier des patients atteints de troubles rares, lesquelles ont été adoptées pour d'innombrables études de recherche. Quelle a été votre inspiration pour la conception d'essais cliniques? Quelle a été l'incidence de vos contributions sur l'environnement de la recherche au Canada?

Mes méthodes n'ont pas été adoptées à grande échelle. J'espère plutôt que mes travaux ont permis à d'autres scientifiques de rechercher sans hésitation d'autres modèles de

recherche pour étudier des traitements dans des contextes difficiles. En tant que rhumatologues, nous traitons des patients atteints d'une vaste gamme de troubles rares. Les essais cliniques traditionnels ont souvent besoin de grands nombres de patients pour produire des résultats précis et définitifs. Comme bien d'autres investigateurs frustrés, je me disais (et je me dis toujours) que de trouver de nouvelles façons d'étudier l'efficacité réelle des traitements est un objectif important, même en l'absence de nombres adéquats de patients pour l'étude.

Le but est, je suppose, d'obtenir les meilleures données probantes possible pour les traitements même lorsque des essais cliniques traditionnels ne sont pas réalisables. Si mes travaux ont eu la moindre influence, j'espère que c'est en encourageant les investigateurs à se montrer plus flexibles dans leur façon de penser à la production de données probantes en leur faisant comprendre que quelques données valent mieux qu'aucune.

3. Tous vos efforts de représentation ont fait avancer considérablement le programme de rhumatologie



Dr Feldman recevant son prix du président de la SCR, Dr Carter Thorne, et de la Dre Claire Bombardier.

pédiatrique au Canada. Selon vous, quel est le principal obstacle dans le domaine de la pédiatrie? Quelles belles réussites nous réserve l'avenir?

Les Canadiens accordent une très grande valeur aux enfants et à la santé des enfants. Cependant, les enfants malades sont beaucoup moins nombreux que, disons, les personnes âgées malades. Par exemple, si l'arthrose peut toucher plus de 40 % des adultes au Canada, l'arthrite infantile (selon la définition que vous lui donnez), n'atteint qu'environ un enfant sur 250. Nous aimons les enfants, mais les subventions canadiennes pour la recherche et les soins cliniques sont, par pure nécessité, dirigées vers les plus grands défis en matière de santé. Je crois que nos réussites dans le domaine pédiatrique ont été réalisables grâce à la vision de nos chefs de file en rhumatologie pédiatrique qui ont su développer des partenariats très bien organisés à travers le pays. Cela nous a permis d'être beaucoup plus compétitifs dans nos efforts pour obtenir des subventions de recherche et de mieux représenter nos projets que si nous avions tenté de le faire individuellement. De plus, nous avons bénéficié du soutien de la communauté de rhumatologie en général. Ces organismes, notamment la SCR, la Société de l'arthrite, le Réseau canadien de l'arthrite (RCA),

l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) dans son ensemble, ont toujours soutenu nos efforts pour améliorer les soins et la recherche pour les enfants.

4. Votre approche d'investigation est très complète, englobant les manifestations cliniques, l'évolution de la maladie et la résultante, les approches thérapeutiques et la conception de l'étude. En quoi cette approche inclusive fait-elle de vous un chercheur plus efficace?

Je suppose qu'il y a différentes façons de développer une carrière en recherche. Les jeunes chercheurs se font souvent dire qu'ils devront concentrer leurs efforts sur un point très précis pour réussir. Et assurément, il existe d'excellents exemples de ce type de chercheurs ayant obtenu beaucoup de succès. En rétrospective, j'avoue avoir fait les choses un peu différemment.

J'ai eu la chance de pouvoir m'attaquer à toutes les questions qui me semblaient super intéressantes et de pouvoir utiliser toutes les méthodes qui me semblaient amener un nouveau potentiel au fur et à mesure qu'elles se présentaient. Ceci m'a parfois fait prendre des détours qui m'éloignaient de la rhumatologie, par exemple pour me pencher sur les troubles sanguins, le cancer, les inter-

ventions chirurgicales pour le syndrome de l'intestin court, la maladie inflammatoire des intestins et les troubles hépatiques. Je crois que ce que j'entends le plus souvent lorsque je rencontre des étudiants et coordonnateurs au niveau postdoctoral, que cela vienne d'eux ou de moi-même, est « ce serait vraiment génial ÇA, non? » Je ne suis pas certain que notre manque de focus nous rend plus efficaces, mais cela rend certainement tout le processus beaucoup plus amusant!

5. Comment et pourquoi les rhumatologues devraient-ils être plus actifs au sein de la Société de l'arthrite?

J'ai initialement décidé de contribuer aux activités de la Société de l'arthrite pour pouvoir leur « redonner » quelque chose, puisqu'ils avaient financé ma bourse de recherche clinique. La Société de l'arthrite est une des plus importantes sources de financement pour la recherche en rhumatologie au Canada et dispose d'une puissante voix pour représenter nos patients. C'est également un des principaux forums par le biais duquel le public canadien peut avoir une interaction avec la communauté de rhumatologie. Au fil des années, j'ai entendu de nombreuses personnes chanter les louanges de la Société de l'arthrite, mais j'ai également entendu les voix de quelques rhumatologues mécontents de voir la direction qu'avait prise la Société de l'arthrite. Je crois que la meilleure raison d'être actif au sein d'un organisme est pour pouvoir influencer la direction qu'elle prendra. C'est certainement le cas pour la Société de l'arthrite.

6. Que conseillerez-vous à ceux qui s'intéressent à la rhumatologie et visent une carrière en recherche?

Le moment est très bien choisi pour une carrière en rhumatologie. Il y a une importante pénurie de personnel et des postes sont ouverts partout au pays pour tous les types de rhumatologues, incluant des cliniciens en milieu communautaire ou universitaire, des éducateurs et des chercheurs.

Pour ceux qui s'intéressent à la recherche, je suggérerais deux choses pour vraiment « activer la partie ». D'abord, faites des études supérieures, de préférence un doctorat et avec un excellent superviseur. Ensuite, entreprenez cette formation à la fin de votre formation clinique. Il est assez facile de revenir en milieu clinique après quelques années d'absence consacrées à l'obtention d'un doctorat puisque l'évolution se fait très lentement en

médecine clinique, à la grande frustration de nombreux patients. Il est beaucoup plus ardu de se relancer dans la recherche après quelques années d'absence en milieu clinique, car le domaine de la recherche évolue à une vitesse fulgurante et il est difficile de demeurer compétitif après avoir pris une pause.

7. Vous êtes titulaire d'un nombre impressionnant de chaires. Comment gérez-vous toutes vos réalisations simultanément? Avez-vous quelques conseils pour vos collègues sur comment concilier leurs engagements et leurs obligations et trouver un bon équilibre?

Je ne suis probablement pas la meilleure personne pour parler « d'équilibre », mais essayons toujours : pour accomplir ce qui doit être accompli, je trouve important de constamment remettre en question mes priorités. Je tiens une liste de mes projets et de mes tâches à accomplir dans une base de données informatique. Chaque fois qu'une nouvelle tâche se présente, je réfléchis sérieusement à son importance réelle, relativement parlant. Je planifie ma semaine, en général le dimanche, de façon à réserver du temps pour les tâches les plus prioritaires et afin de pouvoir dire, à la fin de la semaine, en regardant ce que j'ai fait durant celle-ci : « J'ai accompli certaines choses cette semaine. »

Je crois qu'il est aussi important de planifier du temps pour le développement personnel et l'apprentissage, ce qui pour moi signifie généralement de la lecture sur des sujets un peu en dehors du domaine. Enfin, je crois que même la personne la plus occupée doit se garder du temps pour s'amuser. Je viens juste de commencer à pratiquer le dressage western (*reining*), un sport équestre très emballant et un excellent moyen, du moins pour moi, de me sortir la tête de la rhumatologie et de la recherche pour y revenir ensuite frais et dispos.

*Brian Feldman, M.D., M. Sc., FRCPC
Chaire de la famille Ho en maladies auto-immunes
Professeur de pédiatrie, médecine,
Institution of Health Policy Management & Evaluation
Université de Toronto
Scientifique principal et chef, Service de rhumatologie,
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario*

Prix du formateur d'enseignants de la SCR 2014 : Dre Evelyn Sutton

1. Quelles circonstances vous ont amenée à choisir l'enseignement? Quelles personnes ont su vous inspirer ce désir d'enseigner? Aviez-vous prévu que votre vie professionnelle serait orientée vers l'enseignement?

J'ai toujours aimé partager ce qui me fait plaisir, qu'il s'agisse d'un beau coucher de soleil, d'une nouvelle recette ou d'une nouvelle expérience. L'enseignement m'est donc venu naturellement – j'adorais étudier la médecine et partager ces connaissances avec celles et ceux qui s'y intéressaient.

Je n'avais pas imaginé ma carrière à l'avance – c'est plutôt elle qui m'a trouvée! Je n'avais aucun plan précis; après ma résidence, j'ai décidé d'exercer en cabinet privé, mais j'ai accepté avec plaisir un poste à temps partiel à l'université. J'aimais bien faire partie du service de consultation en rhumatologie, car j'avais ainsi l'occasion d'interagir avec des étudiants, sans compter la chance de briser la routine du bureau. Au fil du temps, on m'a proposé de participer non seulement à l'enseignement, mais aussi à l'administration, et à mon grand étonnement, cette expérience s'est révélée enrichissante.

2. Quels ont été vos plus grands défis et vos accomplissements les plus importants à titre de vice-doyenne des admissions à la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie?

Parce que j'étais consciente que la plupart des postulants au programme de doctorat en médecine seraient tôt ou tard déçus par les décisions du Comité des admissions, j'ai décidé de transmettre des commentaires pratiques aux candidats refusés. Le précédent système d'examen com-



plet des dossiers ne réussissait pas à réfuter les mythes à propos des éléments qui assurent le succès d'une demande d'admission. Même si les dossiers étaient soumis à un examen très minutieux, le résultat était fonction du vote des membres du Comité des admissions pour ou contre l'acceptation de chaque demande. Les commentaires transmis aux candidats étaient, au mieux, vagues.

L'entrevue classique faisant intervenir un professeur et un étudiant en médecine auprès de chaque candidat a été remplacée par le modèle d'entrevues multiples d'une durée

déterminée (mini entrevues multiples), ce qui a facilité l'attribution anonyme de cotes pour les diverses composantes de l'évaluation. Les candidats refusés reçoivent maintenant le relevé de leurs cotes pour chaque composante, avec un comparatif des cotes obtenues par les candidats acceptés; ainsi, ils sont en mesure de prendre une décision plus éclairée à savoir s'ils soumettront de nouveau leur candidature et le cas échéant, ils sauront quelles parties de leur demande doivent être améliorées pour rendre leur dossier plus compétitif. Je ne crois pas que cette rétroaction atténuée la déception de celles et ceux qui ont essuyé un refus, mais elle leur apporte de l'information pertinente pour mieux étayer une seconde demande d'admission s'ils optent pour cette voie.

En plus d'apporter des commentaires objectifs aux candidats refusés, l'attribution de cotes par composante facilitera la réalisation d'études longitudinales pour déterminer ce qui fait qu'un candidat devient un bon étudiant en médecine et un bon médecin, ou le contraire; les futurs doyens des admissions à la faculté de médecine seront en mesure de réviser ces critères à la lumière de ces résultats d'étude.

3. Vous avez participé à l'instauration d'un cours à option en enseignement médical d'une durée d'un mois pour tous les résidents à l'Université Dalhousie. On vient de souligner le 10^e anniversaire de ce programme et le Collège royal l'a reconnu comme un exemple en matière d'innovation et d'excellence. Dans quel contexte est né ce projet? Quelle était la principale motivation pour le mener à bien?

Cette idée d'un cours à option en enseignement médical d'une durée d'un mois est née d'une discussion avec une formatrice reconnue, la Dre Karen Mann, que j'avais rencontrée alors que j'étais membre du comité du programme d'études de premier cycle à notre faculté de médecine. Je n'oserais jamais prendre entièrement le crédit de cette initiative. Nous avons remarqué que de nombreux résidents exprimaient de l'intérêt pour l'enseignement, mais sans être certains que des études de deuxième cycle en enseignement médical s'inscrivaient bien dans leur plan de carrière. Des discussions plus approfondies ont mené au recrutement du Dr Blye Frank, alors directeur du Département de l'enseignement médical. À trois, nous avons élaboré le programme de ce cours à option. Toutefois, ce sont la Dre Mann et ses collègues en enseignement médical qui ont mis en œuvre le programme et qui continuent de veiller sur son bon déroulement.

4. Vos accomplissements en enseignement ont été louangés à l'échelle nationale et vous avez reçu le Prix d'excellence en enseignement médical décerné par le corps professoral de la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie et le Certificat d'excellence de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). À titre de formatrice, de quel accomplissement êtes-vous la plus fière?

Je dirais sans hésiter que le moment le plus spécial a été de voir mon travail reconnu par la SCR qui m'a décerné le Prix du formateur d'enseignants pour l'année 2014. J'ai vécu une semaine magique alors que mes anciens étudiants ainsi que mes étudiants et mes collègues d'aujourd'hui à l'université m'offraient leurs félicitations. En entendant les mots cités par la Dre Taylor dans son allocution de présentation, je me suis souvenue du film « *It's a Wonderful Life* ». Je me demandais si elle était certaine qu'on parlait de moi, puis j'ai reconnu de qui pouvaient venir certains commentaires élogieux, et j'en ai été profondément touchée. Vraiment, c'est le prix de l'œuvre d'une vie!

Étudiants lauréats :

Assemblée scientifique annuelle 2014 de la SCR

Prix de la Fondation Dr Philip S. Rosen

Glen Hazlewood

« *Subcutaneous Delivery of Methotrexate is Associated with Improved Treatment Survival Compared to Oral Administration for the Initial Treatment of Patients with Early RA* »

Université de Calgary (Superviseure : Dre Vivian Bykerk)

Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales soumis par un stagiaire

Thomas Winter

« *C-reactive Protein Gene Polymorphisms and C-reactive Protein Levels in a North American Native Population that is Highly Predisposed to RA* »

Université du Manitoba (Superviseur : Dr Hani El-Gabalawy)

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

Maurice Agha

« *Risk of Cerebrovascular Accidents in Patients with SLE: A Population-based Study* »

Université de la Colombie-Britannique (Superviseur : Dr J. Antonio Avina-Zubieta)

Prix commémoratif Ian Watson

Geneviève Genest

« *Causes of Stillbirths in Women with SLE: Preliminary Data from the OSLER Cohort* »

Université McGill (Superviseure : Dre Évelyne Vinet)

Meilleur résumé soumis par un résident en rhumatologie

Ripneet Puar

« *High Mortality in North American Natives with SLE: Looking For Solutions* »

Université du Manitoba (Superviseures : Dre Christine Peschken et Dre Carol Hitchon)

5. Vous avez occupé divers postes de professeure à la faculté de médecine de l'Université Dalhousie dans les programmes de premier cycle, d'études supérieures et de formation médicale continue. De quelle façon vos enseignements ont-ils influé sur le parcours de vos étudiants?

J'ignore si mes enseignements ont influé sur leur parcours, mais je sais que ce fut un privilège de rencontrer autant d'extraordinaires étudiants, aussi bien au niveau des études de premier cycle que des études supérieures. Mon but a toujours été d'aider les étudiants en proie au doute à découvrir leur propre voie vers une vie professionnelle stimulante et enrichissante. J'étais ravie quand

certaines m'annonçaient qu'ils avaient choisi la rhumatologie, mais tout aussi heureuse lorsque qu'un étudiant ou une étudiante obtenait d'emblée son premier choix de résidence parmi les postes attribués par le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), peu importe dans quelle discipline.

6. Quel environnement pédagogique est le plus propice à un apprentissage optimal? Pourquoi?

Tout environnement dans lequel l'apprenant et le formateur s'investissent pleinement (c'est-à-dire que le premier veut apprendre et que le second est désireux de transmettre ses connaissances) s'avère le meilleur environnement. L'enseignement peut se faire dans une salle de conférence, au chevet du patient et même en déambulant sur le campus pour se rendre à la prochaine consultation. Il est essentiel que le professeur connaisse bien son auditoire et qu'il sache où les étudiants en sont dans leur cheminement pour acquérir des connaissances. Il se demandera par exemple si ses étudiants savent bel et bien ce qu'ils ont besoin de savoir, ou s'il ne faudrait pas leur présenter quelques cas pour mettre en évidence certaines lacunes dans leurs connaissances. Mon expérience m'a appris que la plupart des gens du milieu médical – du simple étudiant au médecin de longue expérience – sont très désireux d'acquérir les connaissances pertinentes à leurs propres réalités. Une fois que l'enseignant a compris cette attitude, il doit déterminer quel style d'enseignement convient mieux à cet auditoire et il adaptera son propre style en conséquence.

7. Quels défis doivent relever les professeurs en milieu universitaire?

Le temps est aujourd'hui, comme il l'a toujours été, le plus grand de nos défis : trouver le juste équilibre entre les soins aux patients et l'administration, la recherche, la vie familiale et l'enseignement! Pas une journée ne passe sans que je cherche le moyen d'intégrer des moments propices à l'apprentissage même durant les cliniques les plus occupées.

8. Quels conseils proposeriez-vous à des collègues plus jeunes qui souhaitent améliorer leurs aptitudes pour l'enseignement de la rhumatologie?

Je les inciterais fortement à suivre les cours offerts par leurs universités respectives et à participer aux séminaires qui aident à améliorer les aptitudes à la communication

ou même qui visent à perfectionner leurs compétences cliniques dans un autre domaine que la rhumatologie. C'est en observant d'autres cliniciens compétents et la manière dont ils enseignaient que j'ai le plus appris – la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie organise des séminaires (*Teach the Teachers*) durant lesquels nous apprenons l'un de l'autre. Ainsi, c'est en observant un neurologue expérimenté qui enseignait comment examiner le cervelet que j'ai réussi non seulement à améliorer ma méthode d'examen, mais aussi à intégrer certaines de ses techniques dans mon propre enseignement. La clé de l'examen du cervelet est la même que celle de l'examen de l'appareil locomoteur : vous devez rafraîchir vos connaissances de l'anatomie. Cela fait, vous n'avez plus besoin de mémoriser les étapes, car vous pourrez réaliser les examens en vous fondant sur la logique.

9. En 2004, vous avez signé un ouvrage intitulé *Musculoskeletal Examination : A Primer for Medical Students*, qui est devenu depuis un ouvrage de référence pour les étudiants en médecine et les résidents au Canada et ailleurs dans le monde. Parlez-nous de votre recherche documentaire pour la rédaction de cet ouvrage, de l'importance des méthodes d'examen uniformisées et de ce que vous avez constaté après que les étudiants ont eu accès à ce manuel d'introduction à l'examen musculosquelettique.

J'ai rédigé cet ouvrage pour aider les étudiants en médecine qui me disaient très souvent qu'ils étaient dépassés par l'examen musculosquelettique (MS) et que les ouvrages recommandés ne faisaient qu'ajouter à cette impression à cause de tous les noms des tests à effectuer pour chaque articulation. Je voulais leur montrer qu'il est possible d'acquérir les compétences requises pour l'examen MS en accordant une attention particulière aux similitudes entre les examens des différentes parties du squelette et non en mémorisant par leurs noms tous les tests propres à chaque articulation. En fait, ce projet a débuté par des textes écrits que je remettais à mes étudiants pendant leurs cours sur l'appareil locomoteur durant le programme de premier cycle. Quelques années plus tard, j'ai ajouté les illustrations au texte.

J'ai constaté que tous les étudiants, peu importe le cycle d'études, appréciaient vraiment cette approche simplifiée. Même si à l'origine, je pensais d'abord aux étudiants en médecine du premier cycle, je me suis rendu compte que les résidents en médecine interne et même les stagiaires

en rhumatologie jugeaient le manuel très utile. Je ne cherchais pas à rédiger un ouvrage de référence sur l'examen MS, mais plutôt à réunir de solides connaissances de base sur lesquelles fonder un examen plus approfondi pour les étudiants qui portent un intérêt particulier à ce domaine.

10. Quel objet avez-vous déjà perdu sans pouvoir le retrouver ou, au contraire, que vous étiez très heureuse de retrouver?

J'ai perdu le seul souvenir que j'avais de ma grand-mère paternelle, dont je porte d'ailleurs le prénom. C'était la bague à diamant que mon grand-père lui avait offerte à l'occasion de leurs fiançailles, celle-là même que son père avait offerte à sa mère. Mes grands-parents ont été mariés pendant 67 ans et je suis encore très peinée d'avoir perdu ce bijou de famille.

11. Pourriez-vous nommer trois choses qui seront obsolètes dans 10 ans?

Les carnets de chèques, la retraite illimitée pour les médecins et la vie privée.

12. Si vous pouviez participer aux Jeux olympiques, quel sport choisiriez-vous?

J'aurais beaucoup aimé avoir les aptitudes athlétiques requises pour participer aux Olympiques, quel que soit le sport! Mais si j'avais eu le choix, j'aurais couru le 1 500 mètres – une course suffisamment longue pour devoir appliquer une stratégie et qui ne se termine pas en un éclair.

13. Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans le fait de vivre à Halifax?

J'adore habiter dans une ville au bord de l'océan, je suis heureuse de marcher pour aller au travail, j'aime les restaurants, les théâtres et les concerts. Halifax possède à la fois les avantages d'une grande ville et les aspects charmants et pratiques d'une petite ville.

14. Si on vous donnait un billet d'avion pour n'importe quelles destinations dans le monde, où iriez-vous?

Je ne suis jamais allée en Nouvelle-Zélande et j'aimerais beaucoup y faire de la randonnée pédestre.

15. Quel a été votre premier emploi rémunéré? Combien de temps avez-vous gardé cet emploi?

Si j'exclus le gardiennage d'enfants à compter de l'âge de

12 ans (à 0,50/h), j'ai décroché mon premier « véritable » emploi pendant les vacances scolaires après la 10^e année; j'ai été embauchée par le Service des parcs et de la récréation de la ville comme animatrice de terrain de jeux. Au lieu de garder les enfants dans les maisons des voisins, je m'occupais de plus ou moins tous les enfants du quartier. Le parc était doté d'une pataugeoire et il devait y avoir un surveillant en tout temps. J'ai fait cela pendant un été – et ce fut bien assez! Durant mes années à l'école secondaire et à l'université, j'ai toujours travaillé pendant l'été; j'ai occupé divers emplois, par exemple, serveuse (mon pire emploi), opératrice de centrale pour une société de chemin de fer (mon meilleur emploi), et j'ai même été assistante en laboratoire.

Evelyn Sutton, M.D., FRCPC

*Professeure de médecine et d'éducation médicale,
Université Dalhousie*

*Directrice du Centre de l'arthrite de Nouvelle-Écosse
Halifax, Nouvelle-Écosse*

Prix du jeune chercheur de la SCR 2014 : Dre Cheryl Barnabe

1. Quelles circonstances ou quelles personnes ont suscité chez vous le désir de faire de la recherche d'enquête? Aviez-vous prévu que votre carrière s'orienterait dans cette voie?

Je souhaitais découvrir la réalité d'une clinique de médecine familiale en milieu rural pendant l'été entre ma première et ma deuxième année d'études en médecine, mais ce programme de stage avait été annulé à la dernière minute. On m'a plutôt proposé de participer à une étude aux méthodes mixtes menée pour évaluer les besoins de formation en soins palliatifs des médecins manitobains en milieu rural. J'ai beaucoup aimé la démarche pour élaborer les questionnaires, mener des entrevues qualitatives, analyser les résultats et colliger l'ensemble des résultats en un document informatif pour le chercheur principal. Ce travail m'a en outre permis de découvrir les aspects cliniques des soins palliatifs à l'Hôpital Saint-Boniface à Winnipeg où j'ai eu la chance de rencontrer des membres du personnel et des résidents extraordinaires et dynamiques qui participaient également à la recherche. D'autres projets en soins palliatifs ont ensuite été réalisés, mais lorsque j'ai réalisé que la rhumatologie serait mon choix pour la résidence, j'ai commencé à collaborer avec la Dre Christine Peschken et le groupe de rhumatologues à Winnipeg. Encore aujourd'hui, ce groupe de rhumatologues réussit à bien intégrer l'épidémiologie, la recherche clinique et la recherche fondamentale dans son mandat de services cliniques, proposant ainsi un modèle idéal au chercheur clinicien.

Lorsque je me suis installée à Calgary pour ma formation en rhumatologie, on m'a incitée à participer à l'analyse de la base de données du Programme de pharma-



cosurveillance des médicaments biologiques de l'Alberta avec les Drs Liam Martin, Susan Barr et Walter Maksymowych. C'était une occasion extraordinaire de pouvoir utiliser les résultats des études de cohortes pour orienter la pratique clinique et comprendre les résultats thérapeutiques. Cela m'a amenée à participer à une collaboration internationale de recherche nommée SPECTRA (*Study Group for Extreme-Computed Tomography in RA*), ce qui m'a permis de travailler avec de nombreux chercheurs influents d'Europe et aussi de devenir impliquée dans les activités

de l'initiative OMERACT (*Outcome Measures in Rheumatology*).

Pendant mes études de deuxième cycle, j'ai été de nouveau appelée à participer à une recherche sur l'épidémiologie des maladies rhumatismales et l'utilisation des services de santé par les Autochtones du Canada. Ce domaine de recherche me procure une immense satisfaction – j'ai l'impression d'étudier un problème de santé important, mais par ailleurs négligé. Je dois résoudre des questions de recherche et des situations cliniques complexes et très difficiles. J'ai donc l'occasion d'appliquer diverses méthodes de recherche et d'intégrer mon expérience clinique à mon travail de recherche. Je ne cesse d'apprendre de mes collaborateurs. Je reconnais la chance extraordinaire de poursuivre une telle carrière.

2. Vos travaux de recherche sur les services de santé ont un retentissement très important dans les communautés des Premières Nations. Quel est le principal obstacle à la prestation de services de rhumatologie efficaces dans ces collectivités? Quelles réussites futures prévoyez-vous?

Je crois que nous accordons trop d'importance au rôle du spécialiste et que nous perdons de vue les autres problèmes sanitaires et sociaux des Autochtones. Nous nous attendons à ce que nos patients s'adaptent à nos horaires et à nos attentes, et nous avons tendance à sous-estimer les compétences des médecins de premier recours dans ces communautés. Le meilleur modèle serait que le rhumatologue s'adapte aux besoins et aux demandes de la communauté et qu'il collabore étroitement avec les omnipraticiens. Cette approche nous aidera à élaborer un plan de santé holistique pour ces patients.

3. De quelle réalisation en recherche êtes-vous la plus fière jusqu'à maintenant? Quelle orientation aimeriez-vous donner à vos futurs projets?

J'ai terminé récemment une étude pharmacoépidémiologique de la base de données sur les Services de santé non assurés (SSNA). Pour avoir accès à cette information, j'ai d'abord consacré beaucoup d'énergie à conclure des conventions de recherche avec les directions régionales et nationales de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, avec le service juridique et le comité d'éthique de l'Université de Calgary, et avec le conseil des grands chefs de l'Alberta, une démarche faite par l'intermédiaire du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations de l'Alberta. Après avoir terminé l'analyse des données, j'ai pu transmettre les résultats aux grands chefs de l'Alberta pour qu'ils puissent prendre les mesures requises. Ce projet a été cité comme un exemple positif des retombées utiles de la recherche dans la communauté et il a permis d'établir des liens solides en vue d'études futures.

4. Quels conseils donneriez-vous aux étudiants en médecine qui souhaiteraient poursuivre une carrière en rhumatologie et en recherche?

Je dirais qu'une de mes meilleures décisions a été de choisir un programme de résidence en rhumatologie ne comptant aucun autre stagiaire – cette expérience m'a donné d'excellentes occasions d'apprendre; j'ai bénéficié de l'attention exclusive de mes professeurs et j'ai pu choisir mes projets de recherche. Les médecins désireux de faire de la recherche devraient veiller à toujours poursuivre activement un projet ou une étude de cas ou à rédiger un article à publier, ce qui n'est pas une mince tâche durant la formation clinique, mais le temps investi en vaut vraiment la peine. Il est essentiel d'obtenir amplement de

Prix de la meilleure recherche présentée par les jeunes chercheurs SCR/FRA : Assemblée scientifique annuelle de la SCR 2014

Prix de recherche en épidémiologie/services de santé SCR/FRA

Dre Cheryl Barnabe

« *Investigating Access to Arthritis Health Services for Aboriginal People: A Framework for System Reform* »

Université de Calgary

Prix en sciences fondamentales SCR/FRA

Dr Nigil Haroon

« *ERAP1 Variants Associated with AS Alter the Unfolded Protein Response in Cells Expressing HLA-B27* »

Université de Toronto

Prix d'excellence en recherche clinique SCR/FRA

Dre Pooneh Akhavan

« *Predictive Validity of Low Disease Activity Using Patient-reported Measures on Long-Term Outcomes in Early RA: Results from Study of New Onset RA and Ontario Best Practices Initiative* »

Université de Toronto (Superviseure : Dre Claire Bombardier)

Prix d'excellence en pédiatrie SCR/FRA

Dre Nadia Luca

« *Reliability and Responsiveness of the Standardized Universal Pain Evaluations for Rheumatology Providers for Children and Youth (SUPER-KIDZ)* »

Université de Toronto (Superviseur : Dr Ahmed Bayoumi)

temps de cours à consacrer à la recherche et d'optimiser ces heures en préparant les projets longterm à l'avance; les projets exigent toujours plus de temps que prévu. Enfin, il est tout aussi essentiel d'obtenir du temps réservé à une formation en recherche dans un domaine en particulier.

5. Que signifie pour vous le concept de « la sécurité culturelle en matière de soins de santé » et la place que vous lui accordez dans vos recherches?

Certains parmi vous ont peut-être déjà entendu parler de « compétence culturelle » ou de « sécurité culturelle »; ce sont deux concepts différents. La compétence culturelle réfère à la connaissance de la culture d'un groupe. Au Canada, rares sont les personnes qui connaissent et comprennent l'histoire des peuples autochtones et qui se rendent compte de l'hétérogénéité entre les divers groupes. Il importe de comprendre comment les déterminants sociaux de la santé définissent les résultats thérapeutiques dans les populations autochtones.

L'élément le plus crucial de la compétence culturelle est la capacité du professionnel de la santé de réfléchir à ses propres préjugés et idées préconçues et aux stéréotypes qui peuvent influencer grandement une interaction en santé.

La sécurité culturelle réfère davantage à l'expérience du patient dans l'univers des soins de santé et à la confiance que les services et les interventions se dérouleront dans un environnement libre de racisme.

6. Qu'est-ce qui vous apporte la plus grande satisfaction dans votre travail auprès des communautés des Premières Nations? Pouvez-vous nous raconter une anecdote décrivant un moment d'apprentissage vécu durant une visite dans une de ces collectivités?

Chaque clinique dans une communauté autochtone est pour moi une leçon d'humilité : je suis émue par la confiance que me témoignent mes patients qui me racontent leurs histoires, parfois pénibles et traumatisantes, mais aussi par la reconnaissance qu'ils expriment de pouvoir recevoir des services de santé dans leur propre milieu.

7. Quels défis devront relever les chercheurs canadiens dans les années à venir?

D'immenses pressions sont exercées pour répondre à la demande croissante des soins – et force est de reconnaître que les cliniciens-chercheurs ne se consacrent pas principalement à la prestation des services cliniques. Pour cette raison, il est essentiel que les projets de recherche visent à faire progresser la rhumatologie et à trouver des solutions qui profiteront à un grand nombre de patients. Les cliniciens-chercheurs apportent certainement à la recherche leur connaissance approfondie des questions et des nuances des diverses pathologies et des critères de jugement des résultats thérapeutiques. Ces chercheurs ont besoin d'être soutenus pour poursuivre leurs travaux.

8. Si vous pouviez participer aux Jeux olympiques, quel sport choisiriez-vous?

Le curling, bien entendu – quel sport formidable! J'ai eu la chance de jouer au sein de l'équipe médicale du Dr Cory Baillie lors des jeux interprovinciaux des deux dernières années; j'espère qu'il m'invitera encore l'an prochain malgré ma performance plutôt décevante en 2014.

9. Si vous pouviez vivre à une autre époque de l'histoire, laquelle choisiriez-vous?

Je suis pas mal certaine que ma destinée était de connaître la fin des années 1960 et le début des années 1970!

*Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC, M. Sc.
Professeure adjointe,
Service de rhumatologie,
Département de médecine, Université de Calgary
Calgary, Alberta*



L'amendement au Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales : quel est le rôle des rhumatologues?

par Mary-Ann Fitzcharles, M.B., Ch.B., MRCP(UK), FRCPC, et Peter A. Ste-Marie, B.A., LL.B.

Il y a 500 ans, le tabac était considéré comme la panacée à tous les maux, y compris le rhumatisme. Rapportée des Amériques vers l'Europe par les premiers explorateurs, les vertus de cette plante magique étaient louangées par les rois et leurs courtisans, ce qui a donné naissance à un commerce lucratif encore très florissant de nos jours. Il a malheureusement fallu plusieurs siècles pour comprendre les effets néfastes du tabac sur la santé. Vu les préoccupations actuelles à propos de la marijuana, pourrait-on penser que le monde arrive au même point de bascule que pour le tabac il y a un demi-siècle? Le cannabis, que beaucoup vantent comme une plante ayant de nombreux effets médicinaux, s'est retrouvé du jour au lendemain dans le domaine thérapeutique par suite des nombreuses interventions de groupes de défense des intérêts des patients. Malgré la faiblesse des preuves scientifiques, des organismes de réglementation dans de nombreux pays ont décidé de légaliser cette substance à des fins médicales.

Pourquoi les rhumatologues devraient-ils s'intéresser au cannabis?

Tout d'abord, parce que le système des récepteurs des cannabinoïdes chez l'humain joue un rôle important dans la douleur, dans l'inflammation et dans les mécanismes immunitaires. Ensuite, parce que les patients qui souffrent de douleurs rhumatismales cherchent à se renseigner sur les cannabinoïdes, et certains recourent à l'automédication ou obtiennent du cannabis grâce à la réglementation canadienne en vigueur. Pourtant, il n'existe aucun essai comparatif à répartition aléatoire ayant permis d'évaluer la posologie, l'efficacité ou les effets indésirables du cannabis chez des patients atteints de maladies rhumatismales¹. Par conséquent, il n'est pas étonnant que les deux tiers des membres de la SCR qui ont répondu à un sondage récent aient déclaré mal connaître les cannabinoïdes; 70 % des rhumatologues interrogés recommandent de ne pas prescrire du cannabis pour soulager les symptômes des maladies rhumatismales². Des préoccupations semblables avaient été exprimées par les omnipraticiens du Colorado : moins d'un cinquième d'entre eux étaient d'accord avec l'usage du cannabis à des fins médicales³.

Risques reliés à l'usage du cannabis

Contrairement à la croyance populaire, le cannabis inhalé n'est

pas inoffensif. Les risques sont classés en risques à court terme, soit les effets immédiats sur la cognition, la fonction psychomotrice, le système cardiovasculaire et l'humeur, et les risques à long terme pour la santé mentale, la santé pulmonaire, le risque de cancer et de toxicomanie⁴.

Chez les personnes qui souffrent de troubles rhumatismaux, l'effet thérapeutique se définit essentiellement par le soulagement des symptômes et la préservation de la fonction articulaire. Les effets indésirables psychiatriques immédiats, soit l'anxiété, les idées suicidaires et la psychose aiguë, sont les plus connus, mais les effets sur la cognition méritent une attention particulière^{5,6}. Même chez des jeunes qui consommaient régulièrement à des fins récréatives, les effets indésirables psychomoteurs avaient persisté pendant environ cinq heures après la consommation du cannabis⁷. En outre, la consommation de cannabis a été reliée à un risque au moins deux fois plus élevé de collisions automobiles graves et mortelles⁸. Santé Canada a émis une mise en garde à l'effet que l'aptitude à conduire un véhicule peut être amoindrie pendant environ 24 heures après avoir consommé du cannabis⁹.

Quant aux risques à long terme, on ne peut que les extrapoler à partir des résultats d'étude chez des usagers du cannabis à des fins récréatives; ces risques touchent les maladies chroniques des voies respiratoires et le cancer du poumon. Une étude longitudinale récente d'une durée de 40 ans menée auprès de jeunes usagers de cannabis, avec un groupe témoin fumant la cigarette, a montré que le risque de cancer du poumon était deux fois plus élevé dans le groupe qui consommait du cannabis¹⁰. Parmi les risques pour la santé mentale, on note la dépression, la mise en évidence de maladies psychiatriques graves et la toxicomanie vraie, dont le taux d'incidence cumulée était de 37,2 % chez les jeunes usagers¹¹⁻¹³. Découvrir le véritable motif de l'usage du cannabis requiert un interrogatoire minutieux, et il se peut que des patients utilisent un diagnostic médical de manière fallacieuse pour avoir accès au cannabis.

Nouveau règlement canadien sur le cannabis à des fins médicales

Le 1^{er} avril 2014, le nouveau Règlement sur la marijuana à des fins médicales (RMFM) est entré en vigueur, modifiant la réglementation canadienne en cette matière. En vertu de la version

antérieure, ou Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMFM), les médecins qui attestent d'une raison médicale pour justifier la demande d'un patient auprès de Santé Canada en vue d'être autorisé à posséder ou à cultiver du cannabis, ou les deux, avaient l'obligation d'informer le patient des risques et des bienfaits, sans par ailleurs rédiger une ordonnance en bonne et due forme. Le nouveau règlement stipule toutefois que les médecins doivent prendre l'entière responsabilité de la prescription du cannabis en remplissant un « document médical », un euphémisme pour « ordonnance », précisant la dose quotidienne et la durée d'utilisation, qui ne doit pas dépasser un an. En outre, ce nouveau règlement n'exige pas de preuves de l'échec des traitements usuels ni un diagnostic précis.

Le *primum non nocere* réitéré dans le serment d'Hippocrate, ou « tout d'abord, ne pas nuire », est le principe sur lequel se fondent les codes d'éthique qui gouvernent l'exercice de la médecine. Ce principe fondamental est renforcé par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) en matière d'ordonnances. Autrement dit, avant de prescrire quelque traitement que ce soit, le médecin doit avoir une connaissance suffisante du traitement; il doit posséder des connaissances scientifiques sur les risques et les bienfaits du traitement, y compris les aspects connus et inconnus du traitement. Une discussion rationnelle à propos du consentement doit avoir lieu entre le médecin et son patient, et elle doit être entièrement documentée dans le dossier médical. Enfin, le médecin a l'obligation légale de se conformer aux règlements de l'organisme d'attribution des permis de sa province.

Les militants en faveur d'un accès plus facile au cannabis à des fins médicales citent des décisions juridiques, et certains prétendent même avoir le droit constitutionnel d'utiliser ce produit pour des raisons de santé. C'est une idée erronée. En 2000, dans la cause de *R. vs Parker*, la Cour d'appel de l'Ontario a conclu que l'interdiction générale de la marijuana était inconstitutionnelle parce qu'elle ne permettait pas aux personnes ayant des raisons médicales valides d'utiliser ce produit. Le gouvernement fédéral a par la suite adopté le RAMFM en 2001 pour se conformer à la décision du tribunal. Dix ans plus tard, dans la cause de *R. vs Mernagh*, un juge de la Cour supérieure de l'Ontario a erré dans son interprétation du jugement dans la cause de *Parker* en concluant que les personnes atteintes de maladies graves ont automatiquement le droit d'utiliser la marijuana à des fins médicales. La Cour d'appel de l'Ontario a rejeté cette interprétation en 2013 et elle a réitéré que les personnes faisant une demande d'exemption devaient présenter une preuve d'un besoin médical réel. Maintenant que les médecins seront les seuls à contrôler l'accès à la marijuana à des fins médicales, ces considérations juridiques demeurent pertinentes. Les médecins n'ont pas d'obligation légale de prescrire le cannabis à des fins médicales à la demande du patient, tout comme ils ne vont pas à l'encontre de la Charte canadienne des droits et libertés lorsqu'ils refusent de le faire. Au contraire, les médecins sont pleinement en droit d'exercer une médecine fondée sur les preuves scientifiques et ils ont l'obligation légale de se conformer aux codes d'éthique et aux règlements de leur profession.

Quelles recommandations devraient être faites aux rhumatologues?

En tenant compte des besoins du patient, de la loi et des codes d'éthique qui gouvernent l'exercice de la médecine, et à la lumière des connaissances scientifiques actuelles, l'usage du cannabis devrait être réservé aux situations exceptionnelles où un patient éprouve des douleurs insupportables non soulagées par les traitements disponibles. Vu l'absence de la moindre preuve scientifique reconnue, vu l'absence d'information sur la posologie recommandée et vu les préoccupations importantes exprimées à propos de l'altération des fonctions et des effets à long terme, une ordonnance pour le cannabis contrevient à l'éthique médicale, à moins qu'elle ne soit motivée par des raisons de compassion. Nous sommes des médecins compatissants, mais nous ne devons pas céder aux pressions des défenseurs de la cause de la marijuana thérapeutique. Obliger les médecins à adopter des pratiques qui vont à l'encontre des codes d'éthique médicaux est une position indéfendable.

Références :

1. Fitzcharles MA, McDougall J, Ste-Marie PA, et coll. Clinical implications for cannabinoid use in the rheumatic diseases: potential for help or harm? *Arthritis Rheum* 2012; 64(8):2417-25.
2. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Clauw DJ, et coll. Rheumatologists lack confidence in knowledge of cannabinoids in the management of rheumatic conditions: a needs assessment of Canadian rheumatologists. *Arthritis Rheum* 2013; 65(10):S49.
3. Kondrad E, Reid A. Colorado family physicians' attitudes toward medical marijuana. *J Am Board Fam Med* 2013; 26(1):52-60.
4. Kalant H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004; 28(5):849-63.
5. Thornicroft G. Cannabis and psychosis. Is there epidemiological evidence for an association? *Br J Psychiatry* 1990; 157:25-33.
6. Moreira FA, Grieb M, Lutz B. Central side-effects of therapies based on CBI cannabinoid receptor agonists and antagonists: focus on anxiety and depression. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2009; 23(1):133-44.
7. Mensinga TT, de Vries I, Kruidenier M, et coll. A double-blind, randomized, placebo-controlled, cross-over study on the pharmacokinetics and effects of cannabis. 2006 Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum, RIVM Report, 267002002.
8. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ* 2012; 344:e536.
9. Gouvernement du Canada, ministère de la Justice. Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (DORS/2001-227). Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Affiché à : <http://www.laws.justice.gc.ca/fr/reglements/DORS-2001-227/TexteComple.html>
10. Callaghan RC, Allebeck P, Sidorchuk A. Marijuana use and risk of lung cancer: a 40-year cohort study. *Cancer Causes Control* 2013; 24(10):1811-20.
11. Harder VS, Morral AR, Arkes J. Marijuana use and depression among adults: Testing for causal associations. *Addiction* 2006; 101(10):1463-72.
12. van der Pol P, Liebrechts N, de Graaf R, et coll. Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: A three-year prospective study. *Drug Alcohol Depend* 2013; 133(2):352-9.
13. Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *Br J Psychiatry* 2001; 178:116-22.

Mary-Ann Fitzcharles, M.B., Ch.B., MRCP(UK), FRCPC
Professeure agrégée, Département de rhumatologie,
Centre Alan Edwards de recherche sur la douleur,
Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Québec

Peter A. Ste-Marie, B.A., LL.B.
Faculté de droit, Université de Montréal
Centre Alan Edwards de recherche sur la douleur,
Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Québec

Réflexions du président sortant

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

Chers collègues, il y a de cela deux ans, j'ai eu le privilège d'assumer la présidence de la SCR, ce qui représentait pour moi le début d'une troisième époque au sein de la Société. Du début de ma pratique en 1981 jusqu'en 1990, comme la plupart d'entre vous, je n'ai eu que peu d'interactions avec la SCR autrement que pour payer mes cotisations annuelles. En tant que membre du Conseil de 1990 à 2004 et du Comité exécutif (comme secrétaire-trésorier) de 1996 à 2004 durant ma deuxième époque, j'ai pu vivre l'enthousiasme de la « nouvelle SCR ». J'ai directement participé à la création du Consortium canadien de recherche en rhumatologie (CCRR) qui, à mon grand regret, a récemment été dissout (voir l'éditorial à venir dans le *Journal of Rheumatology*), ainsi qu'au lancement de l'Association ontarienne de rhumatologie (AOR). Mon plus récent engagement au sein de la SCR a rétabli ma foi en l'avenir de notre communauté et de notre organisation.

Lors du souper gala 2014 de la SCR, nous avons rendu hommage à plus de 100 membres qui participent activement aux activités de la SCR, que ce soit en siégeant sur les comités, par les groupes d'étude et comme mentors. Ceci vient contredire le refrain qu'on entend si souvent sur le manque d'appui à la base au sein des organisations. Comme dans de nombreuses autres organisations professionnelles, votre Comité exécutif et votre Conseil administratif, de même que les présidents de comité, forment un groupe d'individus dévoués qui offrent un excellent service à la communauté; mais contrairement à ce qu'on voit ailleurs, c'est le soutien actif de ses membres qui distingue la SCR.

La SCR a accumulé de nombreux succès au cours des deux dernières années. Dans mon discours d'introduction aux membres en mars 2012, j'identifiais trois impératifs :

1. Améliorer la viabilité par rapport au soutien de l'industrie.

Tous nos partenaires de l'industrie ont adopté notre modèle de « soutien corporatif », délaissant la tendance à simplement soutenir l'assemblée annuelle.

2. Modifier l'approche de gouvernance de notre organisation.

Des fardeaux significatifs ont été placés sur les épaules de la SCR et cela nécessite une nouvelle structure de gouvernance. Le Dr Cory Baillie, notre nouveau président, se fera le champion de cette évolution. Nous avons retenu les services d'un consultant externe pour développer un soutien amélioré à l'infrastructure et pour appuyer de nouveaux rôles pour nos bénévoles sur le plan de la gouvernance. Cela contribuera grandement à faire entendre les voix de nos membres.

3. Nous avons réussi à obtenir un statut d'organisme d'accréditation du Collège royal. Ceci a rehaussé notre image de

marque; nous sommes maintenant reconnus comme étant les « spécialistes en matière d'arthrite ».

Il convient par ailleurs de souligner notre nouvelle relation améliorée avec l'Association médicale canadienne (AMC). Nous avons été une des organisations invitées à participer à l'initiative canadienne Choisir avec soin parrainée par la Dre Shirley Chow; il s'agit là d'un processus continu qui sera intégré à l'accréditation et aux évaluations des besoins. Nous avons également été invités par l'American College of Rheumatology (ACR) à participer à une enquête canadienne sur l'éthique. Les résultats préliminaires révèlent un engagement significatif de la part de nos membres, avec un pourcentage de répondants deux fois plus élevé pour la SCR que pour l'ACR.

À l'heure actuelle, nous entreprenons de nouvelles initiatives pour des soins améliorés aux Premières nations par le biais du programme des SSNA, du Collège royal et de l'AMC. De plus, nous travaillons en vue d'une harmonisation des payeurs privés pour uniformiser les critères et les procédures d'application pour l'obtention des approbations médicales. La Dre Jane Purvis dirige une initiative nationale pour établir des lignes directrices acceptables pour les rhumatologues, les patients et les tiers payeurs.

Notre assemblée annuelle demeure très prisée, avec une participation toujours croissante, suscitant non seulement l'intérêt de nos membres et de leurs familles, mais aussi celui de professionnels paramédicaux, de partenaires de l'industrie et d'autres intervenants.

Cela demeure une époque dynamique pour nous tous. J'encourage la participation continue de chacun de vous.



Passer le flambeau présidentiel.



XELJANZ^{MC} ['ZEL-janz]

Nom :

1. Citrate de tofacitinib

2. **Maintenant**
offert au Canada

Communiquez avec votre représentant
Pfizer pour en apprendre davantage.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

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

XELJANZ, M.C. de PF Prism C.V., Pfizer Canada inc., licencié
M.D. de Pfizer inc., utilisée sous licence
© 2014 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5



J'aimerais profiter de cette occasion pour remercier le Comité exécutif, le Dr Baillie, le Dr Jacob Karsh pour son approche sensée et réfléchie qui nous a bien guidés à travers les préoccupations de Revenu Canada, ainsi que le Dr Jamie Henderson qui a été un navigateur et commentateur de confiance pour nos activités continues. Enfin, je souhaite la bienvenue à la Dre Joanne Homik, nouvelle vice-présidente de la SCR.

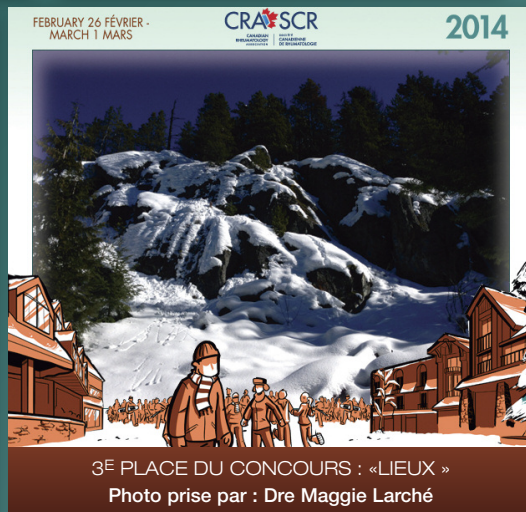
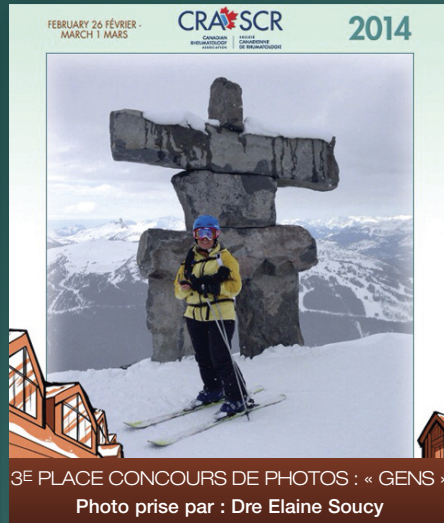
Il va sans dire que le succès de cette organisation repose grandement sur notre secrétariat, Virginia Hopkins, Sharon Brinkos et Christine Charnock, qui occupe à l'heure actuelle le poste de gestionnaire et qui assumera de nouvelles responsabilités dans la direction de la SCR sous notre nouveau modèle de gouvernance.

Finalement, j'aimerais remercier tous les présidents de comité, les chefs d'équipe des différentes activités et tous nos membres

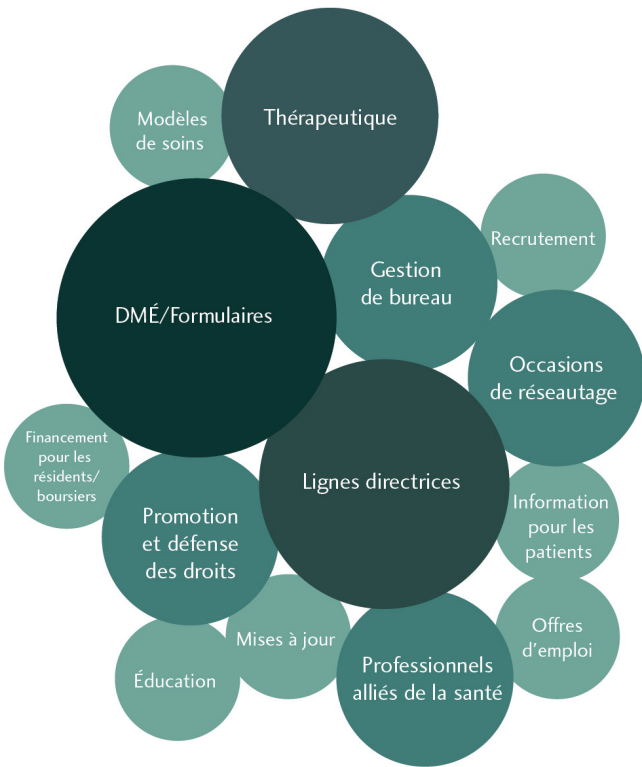
pour leur soutien au cours de la dernière année. Je me réjouis à la perspective d'une SCR revitalisée, reposant sur de solides bases financières et des membres enthousiastes. Ce fut pour moi un privilège de vous servir.

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

Concours de photos



Si la SCR pouvait faire une seule chose pour faciliter votre travail ou l'améliorer, quelle serait-elle?



Ce qu'on désire

Ce qu'on désire encore plus

Les membres actuels et futurs tirent profits :

Des offres et des demandes de services pour les rhumatologues

D'un esprit communautaire

D'opportunités d'apprentissage

D'une seule voix canadienne pour l'accès des patients aux soins

D'un réseau de contacts

De la défense des droits des patients d'accéder aux soins

D'une promotion du droit d'accès aux traitements biologiques et autres modalités de traitement

D'opportunités pour améliorer notre pratique

D'un accroissement des connaissances et de la sensibilisation touchant la rhumatologie

EFFACEZ LA DOULEUR

Ce printemps, la Société de l'arthrite a lancé Effacez la douleur (madouleur.ca), une campagne de 25 millions de dollars dont l'objectif principal est la mise en œuvre de solutions concrètes pour aider à effacer la douleur de l'arthrite au Canada.

L'une des initiatives s'inscrivant dans la campagne vise à recruter et à inspirer la prochaine génération de cliniciens et de chercheurs en rhumatologie. En tant que fière partenaire de la Société de l'arthrite, la SCR demande à ses membres d'aider à mener la charge afin de recueillir 2 millions de dollars sur cinq ans dans le cadre de la campagne élargie.

En attirant les meilleurs étudiants en médecine vers la rhumatologie, vous aiderez à améliorer l'accès aux soins pour les plus de 4,6 millions de Canadiens qui vivent avec l'arthrite aujourd'hui, ainsi que pour les 3 millions de personnes au pays qui pourraient recevoir un diagnostic d'arthrite au cours des 20 prochaines années.

Pour en apprendre davantage ou pour faire votre promesse de don, veuillez communiquer avec :

Kathryn De Carlo
Société de l'arthrite
416-979-7728, poste 3395
kdecarlo@arthrite.ca

Merci de votre soutien et de nous aider à effacer la douleur!



Janet Yale, présidente et directrice générale de la Société de l'arthrite, présente au Dr Carter Thorne, président sortant de la SCR, une plaque soulignant sa contribution personnelle à la campagne Effacez la douleur lors du récent congrès de la SCR à Whistler, en Colombie-Britannique.

Lettre du président

par Cory Baillie, M.D., FRCPC

Le Conseil de la SCR vient tout juste de terminer sa séance de réflexion annuelle qui s'est tenue à Winnipeg du 25 au 27 avril 2014. La fin de semaine a été axée sur deux thèmes : la gouvernance et la direction stratégique de la SCR. Pour faciliter l'exploration de ces thèmes, nous avons invité une spécialiste en gouvernance de conseils d'organismes à but non lucratif, Catherine Raso, MBA, à tenir le rôle de médiatrice.

Nous avons amorcé la fin de semaine en étudiant de plus près plusieurs questions, incluant une revue des rétroactions de membres découlant des récentes rencontres de groupes de discussions et d'entrevues téléphoniques entreprises par la SCR, de même que des résultats de questions soumises en ligne au cours du processus de renouvellement de nos membres. Nous nous sommes ensuite penchés sur une évaluation de la valeur offerte à nos membres avec leur adhésion à la SCR, incluant notamment le perfectionnement des compétences, l'information et les connaissances, le réseautage et les programmes de bourse, l'amélioration de la politique publique et une plus grande sensibilisation du public. À partir de ces thèmes, nous avons établi des objectifs pour les deux prochaines années en fonction de directions stratégiques englobant les soins, l'apprentissage, la recherche et la représentation.

Nous avons également investi beaucoup de temps sur la revue de la gouvernance d'un conseil d'organisme à but non lucratif et des changements que la SCR devrait mettre en œuvre

pour promouvoir un fonctionnement plus efficace. Plusieurs membres du conseil de la SCR, incluant moi-même, ont proposé de continuer à travailler avec Catherine Raso pour restructurer le modèle de gouvernance de la SCR. Nous espérons être en mesure de soumettre un nouveau modèle pour votre approbation lors de la réunion en personne en novembre, durant la conférence de l'American College of Rheumatology (ACR) à Boston.

Finalement, le conseil a émis des directives pour les présidents de chaque comité existant de la SCR à l'égard des objectifs sur lesquels leurs comités respectifs devraient concentrer leurs efforts.

Je tiens à remercier les membres du conseil de la SCR, ainsi que Christine Charnock et Sharon Brinkos, pour leur participation à cette séance de réflexion. Je suis absolument emballé à l'idée de relever le défi des deux prochaines années à titre de président de la SCR et je suis convaincu que notre organisation continuera d'assurer avec succès sa mission de représenter les rhumatologues canadiens et d'encourager la quête de l'excellence dans les soins de l'arthrite, l'éducation et la recherche.

Cory Baillie, M.D., FRCPC

Président, Société canadienne de rhumatologie

Professeur adjoint,

Université du Manitoba

Winnipeg, Manitoba

Nous vous avons interrogés et vous nous avez répondu que la SCR fait bien les choses concernant les aspects suivants :

Conférences
Lignes directrices et énoncés de position
Comités opérationnels
Le JSCR
Championne des échanges scientifiques au Canada
Site Web des journaux
Une organisation solide
Recherche de l'apport de ses membres
Journaux
Ressources pour les patients
Revendications au niveau national
Programmes de stages

Tous les participants interrogés ont exprimé leur soutien à la SCR et ont applaudi les efforts de l'organisation afin de recueillir les commentaires des membres. Les participants aux groupes de discussion et aux entretiens individuels ont déclaré que la SCR est réellement une organisation nationale qui ne se concentre pas sur une région particulière. Il s'agit d'une organisation solide avec beaucoup de leadership : « Les gens sentent que la SCR fait de bonnes choses! » C'est un groupe intime, collégial et accueillant. Le travail accompli par les cliniciens (déjà très occupés) membres du conseil d'administration et des comités est d'une grande valeur pour la profession de la rhumatologie.

Mise à jour nationale 2014

par Shahin Jamal, B. Sc. P.T., M.D., FRCPC, M. Sc.

Un peu comme en 2013, la Mise à jour nationale 2014 s'est concentrée sur les lignes directrices en matière de pratique clinique pour une variété de gammes de maladies, incluant le lupus érythémateux disséminé (LED), les vascularites, les spondyloarthropathies (SpA) et l'arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIs) (maladie de Still). Nous avons également eu droit à une présentation sur le Programme ACPAC (*Advanced Clinical Practitioner in Arthritis Care*).

La séance a débuté avec la Dre Stephanie Keeling, de l'Université de l'Alberta, qui nous a présenté un survol des recommandations canadiennes en matière de prise en charge du LED. Comme on peut l'imaginer, l'élaboration de ces recommandations a été très difficile et complexe. Le groupe a fait appel à des « lupologues » de partout au Canada et à l'étranger, ainsi qu'à des méthodologistes en lignes directrices et à d'autres spécialistes qui traitent le lupus (p. ex. des néphrologues). L'équipe travaille présentement sur la première partie des recommandations, qui seront axées sur le diagnostic et le suivi du LED. Des revues systématiques des publications scientifiques sur le sujet sont en cours pour tenter de répondre à huit questions soulevées dans le cadre d'un sondage de la SCR sur les pratiques cliniques dans le traitement du lupus au Canada. Ils espèrent avoir la première partie des recommandations complétée à temps pour l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la SCR en 2015. Une fois cette partie complétée, le travail sur les recommandations en matière de traitement du LED pourra commencer.

Notre deuxième conférencier a été le Dr Christian Pagnoux, de l'Université de Toronto, qui nous a fait une présentation très divertissante sur les Recommandations canadiennes pour la prise en charge des vascularites associées aux anticorps antineutrophiles cytoplasmiques (ANCA). Tout au long de sa présentation, le Dr Pagnoux a mis en évidence plusieurs des défis associés au développement de lignes directrices, notamment la difficulté d'obtenir des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la difficulté de recruter des chercheurs universitaires ayant un intérêt pour le développement de lignes directrices et la difficulté de

publier des manuscrits limités aux données canadiennes. Les membres du Groupe de recherche canadien sur les vascularites (CanVasc) ont examiné la première ébauche des recommandations; ils travaillent maintenant sur la deuxième ébauche qui sera distribuée à d'autres sociétés de spécialistes et groupes de patients pour revue dans les prochains mois. Nous espérons que la publication finale sera disponible durant le dernier trimestre de 2014.

La Dre Sherry Rohekar a ensuite poursuivi avec une présentation sur les recommandations thérapeutiques SCR/SPARCC (*Spondyloarthritis Research Consortium of Canada*) pour la spondyloarthropathie. Celles-ci sont regroupées sous sept thèmes, soit la prise en charge générale des SpA, les temps d'attente et le triage, le diagnostic, le suivi de la maladie, le traitement non pharmacologique, le traitement pharmacologique et les interventions chirurgicales. Le traitement pharmacologique était également subdivisé en catégories additionnelles pour les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les corticostéroïdes, les antibiotiques, les antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (ARMM), les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF) et les agents biologiques non inhibiteurs du TNF. Les recommandations sont presque complétées et devraient être prêtes pour publication dans les prochains mois.

Nous avons ensuite eu droit à une présentation fort informative de la Dre Katie Lundon, de l'Université de Toronto, sur le Programme ACPAC (*Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care*), un programme interprofessionnel de formation universitaire et clinique en matière de soins musculosquelettiques/rhumatologiques avancés pour les professionnels paramédicaux (p. ex. ergothérapeutes, physiothérapeutes et personnel infirmier). Il est offert au St. Michael's Hospital, en collaboration avec le Hospital for Sick Children, par le biais du Département de l'éducation permanente et du perfectionnement professionnel de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. Le programme met l'emphase sur l'évaluation, le diagnostic, le triage et la prise en charge indépendante des troubles musculosquelettiques et rhumatologiques par les professionnels paramédicaux. Instauré en 2005, le

programme a produit 40 diplômés à ce jour; la majorité d'entre eux travaillent dans des contextes de soins rhumatologiques diversifiés en Ontario. Le programme a été reconnu à l'échelle nationale et internationale et a entraîné des répercussions positives directes et indirectes sur les soins aux patients souffrant d'arthrite et sur le degré de satisfaction exprimé par ces patients. Pour le futur, on envisage une expansion du programme à l'échelle nationale.

La Mise à jour nationale s'est terminée par une présentation du Dr Earl Silverman, un rhumatologue pédiatrique de l'Université de Toronto, sur les nouvelles thérapies pour la prise en charge de l'AJs, avec un accent particulier sur le tocilizumab (inhibiteur de l'IL-6) et le canakinumab (inhibiteur de l'IL-1). Des essais contrôlés à répartition aléatoire pour les deux agents en contexte d'AJs démontrant leur efficacité par rapport à un placebo ont été publiés dans le *New England Journal of Medicine* en décembre 2012; des données sur l'innocuité à long terme sont encore requises. Ces agents thérapeutiques sont très dispendieux et leur coût pourrait constituer un obstacle de taille à l'accès.

Cette année encore, la Mise à jour nationale a été un franc succès. Nul doute que vous être nombreux à ressentir la même fierté que moi en voyant la profondeur et la qualité du travail produit par nos collègues canadiens en rhumatologie.

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

C'est discutable! Le Grand débat 2014

par Stephanie Ensworth, M.D., FRCPC, au nom de Vivian Bykerk, M.D., FRCPC, Susan Humphrey-Murto, M.D., FRCPC, M.Éd., Shahin Jamal, B.Sc., P.T., M.D., FRCPC, M.Sc., et Stephanie Keeling, M.D., M.Sc., FRCPC

Le Grand débat 2014 de la SCR a fait salle comble, accueillant pratiquement tous les médecins pour adultes ou enfants et représentants de l'Arthritis Health Professions Association (AHPA) présents à la 69^e Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la SCR, accompagnés de nombreux partenaires, conjoints et amis. Nul n'a été déçu! Ce fut un excellent débat, chargé d'humour et de parodies habiles accompagnant le matériel didactique, scientifique et éducatif parfaitement présenté jusqu'à la spectaculaire finale surprise!

Le sujet du Grand débat de cette année était : « Nous surveillons trop étroitement les ARMM et les agents biologiques et nous procédons à trop de tests avant d'amorcer le traitement biologique. » En provenance de l'Est, nous avons la Dre Vivian Bykerk de l'Université de Toronto et la Dre Susan Humphrey-Murto de l'Université d'Ottawa. Représentant l'Ouest, la Dre Shahin Jamal de l'Université de la Colombie-Britannique et la Dre Stephanie Keeling de l'Université de l'Alberta. L'équipe de l'Est du Canada appuyait cette déclaration tandis que l'équipe de l'Ouest argumentait contre l'énoncé.

Il n'y a eu que quelques rares occasions par le passé où des femmes rhumatologues étaient invitées à participer aux Grands débats annuels de la SCR. Le Grand débat de 2004 fut le premier à n'inclure que des femmes, soit la Dre Claire Bombardier et la Dre Alice Klinkhoff contre la Dre Dianne Mosher et la Dre Janet Pope, quatre rhumatologues canadiennes hautement respectées et d'excellente réputation. Rappelons-nous que le sujet de leur débat était la déclaration selon laquelle la chrysothérapie serait un traitement désuet, peu pratique et toxique n'ayant plus sa place dans l'arsenal thérapeutique contre la PR. Depuis cet important Grand débat, il y a eu une pénurie de femmes rhumatologues participant au débat. Cette année marque le 10^e anniversaire de ce Grand débat historique de la SCR et nous l'avons célébré par le deuxième Grand débat entièrement mené par des femmes. Encore une fois, toutes les participantes étaient des rhumatologues canadiennes hautement respectées et d'excellente réputation.

Le Grand débat annuel de 2014 de la SCR a été un événement à la fois entraînant, vif, adroit, divertissant et éducatif!

L'équipe de l'Est, composée des Dres Bykerk et Humphrey-Murto, a argumenté que nous surveillons trop étroitement les

antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (ARMM) et les agents biologiques et que nous procédons à trop de tests avant d'amorcer le traitement biologique en présentant cinq points principaux. Leur premier point était que les demandes sur le système de la santé au Canada sont élevées, mais que les ressources sont limitées. Un récent article¹ démontrait que la hausse marquée du nombre de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) n'avait pas été accompagnée d'une hausse concomitante du nombre de rhumatologues. L'explosion de la campagne *Choisir avec soin* (Fondation ABIM)² est le résultat direct de la nécessité de fournir des soins optimaux, mais de façon efficace. L'équipe a suggéré que la surveillance est trop forte, comme le démontrent le suivi excessif de la toxicité rétinienne liée aux agents antipaludiques³ et les analyses sanguines pour la surveillance du méthotrexate (MTX) qui excèdent les lignes directrices canadiennes⁴. Elles ont également fait remarquer le manque de données empiriques prouvant que la surveillance change l'issue. Par exemple, une hausse de la concentration d'enzymes hépatiques survient chez 50 % des patients, mais ce résultat est un faible prédicteur de l'histologie et la plupart des cas se résorbent sans ajustement posologique⁵. Elles ont souligné que la surveillance doit être personnalisée en fonction de chaque patient. Les patients qui ne présentent pas d'autres facteurs de risque pour la toxicité hépatique peuvent, sans danger, être suivis moins fréquemment pendant leur traitement au MTX. Finalement, l'équipe du « pour » a ajouté une petite touche d'humour en suggérant qu'une surveillance trop assidue pourrait être le résultat de problèmes plus graves comme un trouble obsessionnel-compulsif ou la peur de poursuites en justice. On a rassuré les rhumatologues en leur affirmant que les cas de poursuite en justice étaient rares.

Au contraire, l'équipe de l'Ouest composée des Dres Jamal et Keeling a argumenté que nous ne surveillons pas trop étroitement les ARMM et les agents biologiques et que nous ne procédons pas à trop de tests avant d'amorcer le traitement biologique. Pour commencer, l'équipe a fait valoir qu'il n'existe pas de données solides en matière de dépistage approprié et de surveillance des médicaments antirhumatismaux. Il existe par contre des lignes directrices de pratique clinique, notamment les lignes directrices sur la prise en



Les participantes au Grand débat 2014 (de gauche à droite) : Dre Shahin Jamal, Dre Vivian Bykerk, Dre Stephanie Keeling et Dre Susan Humphrey-Murto.

charge de la PR⁶ récemment publiées par la SCR, basées sur les données disponibles et l'opinion de spécialistes, que l'équipe a utilisées comme base pour leur argument. Les résultats d'un sondage mené auprès des rhumatologues canadiens suggèrent que la plupart pratiquent conformément aux lignes directrices publiées. Parmi les conséquences d'une surveillance insuffisante, on note le risque de ne pas détecter une toxicité médicamenteuse grave, le coût (direct et indirect) de la gestion des effets indésirables et le risque d'être reconnu responsable. De plus, les rhumatologues ne disposent pas de données solides sur la surveillance appropriée des patients utilisant des combinaisons de médicaments (antirhumatismaux et autres). L'équipe était d'accord avec la campagne *Choisir avec soin* recommandant de fournir des soins optimaux, mais a proposé que, selon les données actuelles, les rhumatologues canadiens assurent une surveillance pertinente. Lorsqu'il faut utiliser des médicaments potentiellement toxiques, le principal objectif est d'abord de « ne pas nuire ». Peut-être les verdicts de responsabilité sont-ils rares en rhumatologie justement parce que nous veillons à faire une surveillance appropriée pour éviter de causer du tort aux patients.

Le Grand débat 2014 s'est terminé par une soudaine et surprenante mobilisation éclair (*flash mob*) pour une danse, à laquelle l'auditoire même a participé, au rythme d'une chanson de Village People intitulée « *Go West* » que l'équipe a rebaptisée « *Vote West* »! La présidente du débat, Dre

Stephanie Ensworth, a découvert par la suite que les Dres Jamal et Keeling avaient communiqué avec tous les participants à l'ASA de l'Ouest du Canada avant l'assemblée pour les inviter à se joindre à leur projet clandestin pour cette mobilisation éclair. C'est tout un exploit que ces deux participantes de l'Ouest au Grand débat ont réalisé.

Pour conclure, l'auditoire a voté par applaudissements, optant en faveur de l'équipe du « contre » des Dres Jamal et Keeling et leur mobilisation éclair comme gagnante du Grand débat 2014, suivie de très près par l'équipe du « pour » des Dres Bykerk et Humphrey-Murto. Tout le monde a passé un très agréable moment.

Références :

1. Widdifield J, Patterson M, Bernatsky S, et coll. The Rising Burden of Rheumatoid Arthritis Surpasses Rheumatology Supply in Ontario. *Can J Public Health* 2013; 104(7):e450-5.
2. Fondation ABIM. Choisir avec soin. Site Web accessible à l'adresse www.choisiravecsoin.org/
3. Browning DJ. Impact of the revised American academy of ophthalmology guidelines regarding hydroxychloroquine screening on actual practice. *Am J Ophthalmol* 2013; 155(3):418-28.
4. Bykerk VP, Schieir O, Akhavan P, et coll. Emerging Issues in Pharmacological Management of RA: Results of a National Needs Assessment Survey Identifying Practice Variations for the Development of CRA Clinical Practice Recommendations. *J Rheumatol* 2012; 39(8):1555-8.
5. Visser K, van der Heijde DM. Risk and management of liver toxicity during methotrexate treatment in rheumatoid and psoriatic arthritis: a systematic review of the literature. *Clin Exp Rheumatol* 2009; 27(6):1017-25.
6. Recommandations de la SCR concernant la PR. 2012. Présentées à l'adresse www.rheum.ca/fr/publications/cra_ra_guidelines

Stephanie Ensworth, M.D., FRCPC
Professeure agrégée de clinique, Département de rhumatologie,
Université de la Colombie-Britannique,
Vancouver, Colombie-Britannique

au nom de Vivian Bykerk, M.D., FRCPC;
Susan Humphrey-Murto, M.D., FRCPC, M.Éd.;
Shahin Jamal, B.Sc., P.T., M.D., FRCPC, M.Sc., et
Stephanie Keeling, M.D., M.Sc., FRCPC

L'ADPA à Whistler : 2014

par Leslie Soever, B.Sc., P.T., M.Sc., ACPAC

C'est avec grand plaisir que l'Arthritis Health Professions Association (ADPA) s'est jointe à la SCR pour son Assemblée scientifique annuelle à Whistler, en Colombie-Britannique. Cette année faisait place à notre sixième cours pré-conférence annuel pour les professionnels de la santé en rhumatologie avec 93 participants. D'excellents conférenciers étaient au rendez-vous, notamment la Dre Shahin Jamal (Le point sur les agents biologiques – Du neuf, du vieux et ce qui s'en vient), la Dre Maysan Abu Hakima (Mise à jour sur la goutte); Cheryl Koehn et Kelly Lendovy, Arthritis Consumer Experts (Défense des intérêts des patients/ Problèmes d'accès); et la Dre Linda Li, physiothérapeute (Mesures des résultats).

Plusieurs prix de reconnaissance des contributions et de recherche ont été remis. Terri Lupton a notamment reçu l'*Extraordinary Service Award* qui reconnaît les contributions d'un membre du conseil de l'ADPA pour faire prévaloir la mission, la vision et les objectifs de notre organisation. Terri a déployé ses efforts avec acharnement pour le cours pré-conférence de l'ADPA et a droit à une grande part du mérite pour son succès. Elle a joué un rôle instrumental dans l'obtention du financement nécessaire et de la participation d'excellents conférenciers au fil des années. Le cours pré-conférence est une excellente démonstration de la traduction et du partage interprofessionnels des connaissances parmi les professionnels de la santé en rhumatologie à travers le Canada.

Le prix *Clinical Innovation* de l'ADPA reconnaît les membres qui ont conçu et mis en œuvre un projet clinique innovateur ou une initiative connexe qui améliore la vie des Canadiens souffrant d'arthrite. Les lauréats de cette année ont été la Dre Sydney Brooks-Lineker et les membres de son équipe de recherche, Dre Elizabeth Badley, Dre Mary Bell, Dr Vernon Curran, Lisa Fleet, Fran Kirby, Dr Peter Tugwell, Bob Glynn et Anuj Charan pour leur projet de module en ligne « *Getting a Grip on Arthritis* ».

Grâce au généreux soutien de la

Société de l'arthrite, un prix de recherche de 5 000 \$ a été remis à Judit Takacs pour son travail sur l'effet de l'entraînement en équilibre dynamique et de la fonction physique chez les personnes souffrant d'arthrose des genoux. La Fondation pour la recherche sur l'arthrite (FRA) a par ailleurs présenté un généreux *Movement and Mobility Award* de 5 000 \$ à Gail Paterson pour son projet de recherche intitulé « *Pilot Test of a Pragmatic Randomized Control Trial of the OA GO AWAY, a Self-management Intervention to Promote Prescribed Exercise and Physical Activity for Patients with Knee and Hip Osteoarthritis* ».

Le prix Carolyn Thomas, décerné au premier auteur du meilleur résumé scientifique, a été établi en l'honneur de

Carolyn Thomas, membre fondatrice de l'ADPA. Cette année, il a été décerné à la Dre Susan Bartlett pour son projet de recherche intitulé « *Assessing Significant Flares in Rheumatoid Arthritis: Validity of the Outcome Measures in Rheumatology Preliminary Flare Questions in the Canadian Early Arthritis Cohort* ».

Le prix commémoratif Barbara Hanes a été établi en l'honneur de son travail à titre de directrice de l'ergothérapie au sein de la division ontarienne de la Société de l'arthrite et de ses contributions en tant que professeure et auteure collaboratrice du manuel de rhumatologie intitulé *Physical Therapy in Arthritis*. Ce prix a été remis à Sabrina Cavallo pour son projet de recherche intitulé « *Predictors of Leisure Participation in Children and Youth with Juvenile Idiopathic Arthritis* ». Sabrina Cavallo a également reçu le prix du *Best Trainee Abstract* pour ce même projet.

Félicitations à tous les lauréats de prix de l'ADPA et merci pour votre excellent travail! Je tiens à remercier également tous les membres du conseil de l'ADPA et les représentants régionaux pour leur dévouement et leurs efforts au sein de l'ADPA.

Leslie Soever, B.Sc., P.T., M.Sc., ACPAC
Présidente, Arthritis Health Professions Association (ADPA)
Bolton, Ontario



En haut : Terri Lupton recevant le *Extraordinary Service Award* de l'ADPA.

Milieu : Judit Takacs recevant le prix de recherche de la Société de l'arthrite.

En bas : Gail Paterson recevant le *Movement and Mobility Award* de la FRA.

ICORA : réussites des recherches et directions futures

par Boulos Haraoui, M.D., FRCPC

L'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) a été créée il y a maintenant sept ans de cela dans le but d'aider à soutenir la recherche clinique en rhumatologie. Tout a commencé par une initiative entre Abbott et un groupe de membres de la SCR, celle-ci fondée sur les résultats d'un sondage mené auprès des membres de la SCR à propos du besoin non comblé de financement pour les petits projets cliniquement importants. En effet, aucune structure de ce genre n'avait encore été mise en place; les seules organisations à qui des demandes de subvention pouvaient être soumises étaient les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et la Société de l'arthrite. L'accent était sur l'accès précoce aux soins de rhumatologie, la sensibilisation des patients, l'éducation et les approches multidisciplinaires.

Durant les trois premières années, l'ICORA a fonctionné grâce à une subvention sans restriction d'Abbott qui a permis de financer plusieurs projets. Vu l'énorme succès de l'initiative et la mise en place d'un procédé de revue semblable à celui des IRSC sous la direction du Dr John Esdaile, le comité directeur de l'ICORA a décidé d'augmenter sa capacité de financement encore plus en faisant appel à d'autres compagnies pharmaceutiques. À l'heure actuelle, l'ICORA bénéficie de subventions sans restriction provenant d'Abbvie, Amgen, BMS, Pfizer, Janssen, Roche et UCB.

Depuis maintenant trois ans, l'ICORA opère sous les auspices de la SCR dont elle est devenue un comité officiel, gérant un budget annuel de près d'un million de dollars. L'appel annuel de demande de subvention a pris fin le mois dernier et 24 projets ont été soumis; ils sont maintenant sous évaluation par un groupe de scientifiques et de cliniciens indépendants. Les résultats ont été annoncés à la mi-mai.

L'année dernière, l'ICORA a été en mesure de financer 11 projets d'une année et de deux années. Elle a également inauguré la Bourse de clinicien-chercheur SCR/ICORA/Société de l'arthrite afin d'aider les jeunes investigateurs au futur prometteur à débiter leur carrière; cette bourse est gérée par la Société de l'arthrite et a été octroyée pour la première fois à la Dre Cheryl Barnabe de l'Université de Calgary pour son projet intitulé « Modèles de prestation des services en matière de triage et de traitement ciblé visant à améliorer les résultats pour le patient et le système de santé dans le domaine de la polyarthrite rhumatoïde ».

Le succès de l'ICORA au fil des années peut également se mesurer par les nombreuses présentations orales et affiches découlant des projets de recherche subventionnés à différentes réunions et conférences, ainsi que par les publications dans des revues scientifiques dotées d'un comité de lecture. Vous pouvez voir la liste sur le site Web de la SCR en cliquant sur l'onglet de l'ICORA (www.rheum.ca/fr/ciora).

L'ICORA doit encore prendre de l'ampleur pour mieux répondre à un élément clé de la mission de la SCR, soit la recherche. Alors que les sujets admissibles au financement étaient initialement restreints à l'arthrite inflammatoire (AI), nous reconnaissons maintenant la nécessité de se pencher sur la plus vaste gamme de maladies prises en charge par les rhumatologues. Dans les années à venir, des efforts seront mis en



œuvre pour élargir les sources de financement et des initiatives de collaboration avec d'autres organismes dans le but d'établir des partenariats semblables à celui que nous avons avec la Société de l'arthrite.

Je tiens à souligner l'excellent travail administratif accompli par le personnel de la SCR, en particulier Christine Charnock et Virginia Hopkins. J'aimerais également mentionner le travail acharné des membres du comité directeur : Dre Janet Pope, Dr Carter Thorne, Dr Michel Zummer, Dr Alf Cividino, Dre Maggie Larché, Dre Regina Taylor-Gjevrev et Dr Jamie Henderson. Finalement, je remercie vivement le Dr John Esdaile et tous les examinateurs qui donnent généreusement leur temps et leur expertise pour cette importante tâche.

Boulos Haraoui, M.D., FRCPC

*Professeur agrégé de médecine, Université de Montréal
Chef de l'Unité de recherche clinique en rhumatologie,
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Président, Comité directeur de l'ICORA
Montréal, Québec*

Tout a commencé par l'arthrite...

par Abdallah Alqethami, M.D., et Christian Pagnoux, M.D., M. Sc., MPH

Un jeune homme de 20 ans consulte le médecin parce qu'il souffre depuis un mois de fatigue généralisée et d'une arthrite migratrice intéressant les articulations métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes proximales, le coude et les articulations métatarso-phalangiennes et s'accompagnant de raideur articulaire matinale. Plus tard, le patient se plaint de rougeur et de douleur oculaires et un ophtalmologue diagnostique une iritis bilatérale qui s'atténue rapidement sous l'effet d'un collyre. Le jeune homme ne manifeste aucun signe d'urétrite et il déclare ne pas avoir souffert de diarrhée. L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent médical personnel ou familial notable. Le patient n'a jamais fumé et il affirme ne pas consommer d'alcool ni de drogue à usage récréatif.

Les épreuves de laboratoire dressent le tableau suivant : taux d'hémoglobine : 123 g/L (valeurs normales, 140 g/L-180 g/L); leucocytes : $7,6 \times 10^9/L$ ($2,5 \times 10^9/L$ - $7,5 \times 10^9/L$); plaquettes : $491 \times 10^9/L$ ($150 \times 10^9/L$ - $400 \times 10^9/L$); sédimentation des érythrocytes : 33 mm/h (< 15 mm/h); protéine C-réactive (CRP) : 86 mg/L (< 10 mg/L); créatinine sérique : 66 $\mu\text{mol/L}$; SGPT : 64 U/L (< 36 U/L); phosphatase alcaline : 93 U/L (< 100 $\mu\text{mol/L}$). La recherche du facteur rhumatoïde (FR) a été positive (1:160). En revanche, les résultats sont négatifs quant au dosage des anticorps anti-nucléaires (ANA, pour *antinuclear antibodies*), des antigènes nucléaires solubles (ENA, pour *extractable nuclear antigens*) ainsi qu'au dépistage du VIH et des virus de l'hépatite B et C. Les analyses des urines sont normales. Les radiographies des mains ne montrent pas d'érosions.

Démarche diagnostique et traitement initial

Le patient consulte un médecin pour la première fois en se rendant dans une clinique sans rendez-vous un mois après l'apparition des symptômes articulaires. Le médecin prescrit du naproxène, qui se révèle efficace dans un premier temps. Après l'iritis bilatérale, le médecin ordonne le titrage des anticorps dirigés contre les protéines cycliques citrullinées (anti-CCP, pour *anti-cyclic citrullinated peptide*) et de l'antigène HLA-B27, mais les résultats sont négatifs. Les radiographies des articulations sacro-iliaques ne révèlent aucune anomalie; toutefois, vu l'arthrite persistante, le médecin amorce un traitement par le méthotrexate (MTX) et il établit un diagnostic initial de polyarthrite rhumatoïde (PR) au stade précoce.

Compte tenu de l'absence d'anticorps anti-CCP, le diagnostic de PR séropositive était discutable. Le FR n'est pas un marqueur spécifique. On observe parfois une séropositivité passagère pour le FR chez des patients qui manifestent une hypergammaglobulinémie ou des infections, y compris une hépatite C, ou de manière plus fréquente, chez des patients atteints de cryoglobulinémie ou d'autres maladies auto-immunes liées à des titres

élevés d'autres auto-anticorps, p. ex. des auto-anticorps dirigés contre le muscle lisse (hépatite auto-immune) ou des anticorps dirigés contre le cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA, pour *antineutrophil cytoplasmic antibodies*). Presque toutes ces pathologies peuvent se manifester initialement par une polyarthrite non spécifique. L'iritis n'est pas un symptôme commun de la vascularite à ANCA, mais elle s'observe à l'occasion. Par conséquent, un diagnostic de spondylarthropathie réactionnelle pourrait être envisagé chez ce patient, car il n'est pas écarté par l'absence de l'antigène HLA-B27.

Toutefois, un mois plus tard, le patient constate une décoloration cyanotique des orteils ainsi que des engourdissements et des picotements aux mains (dans les territoires de la branche droite du nerf cubital et des deux branches du nerf médian), à la face latérale des jambes et à la face dorsale des pieds, principalement autour de la malléole interne droite; il note également une faiblesse des mains et des extenseurs du gros orteil gauche. L'électromyographie, incluant un test de la conduction des nerfs, confirme le diagnostic de mononévrite multiple. À ce stade, la créatinine sérique est de nouveau à la

hausse, à 220 $\mu\text{mol/L}$; les analyses d'urine indiquent une hématurie à 4+ et une protéinurie à 3+; la concentration de la CRP est de 86 mg/L. Les radiographies pulmonaires sont normales.

Les résultats des examens cliniques et biologiques n'orientent plus le diagnostic vers la PR ni vers la spondylarthropathie, mais ils appuient plus probablement la présence d'une vascularite des vaisseaux de calibre moyen (p. ex. une polyartérite noueuse) ou des vaisseaux de petit calibre (p. ex. une vascularite à ANCA). La mise en évidence d'une atteinte rénale entraînant une hématurie et une protéinurie en l'absence d'hypertension artérielle évoque davantage la vascularite à ANCA que la polyartérite noueuse. La détection de cylindres érythrocytaires dans l'urine, un signe qui évoque une glomérulopathie (contrairement à une lésion rénale ischémique s'observant dans la polyartérite noueuse et, en général, non reliée à la présence de cylindres érythrocytaires), appuie un diagnostic de vascularite à ANCA.

En attendant les résultats de la recherche des ANCA, on administre au patient de la méthylprednisolone i.v. en perfusions intermittentes (1 g/jour, pendant trois jours consécutifs). Après l'ultrasonographie rénale, on procède à une biopsie du rein qui démontre une glomérulonéphrite nécrosante pauci-immune à croissants. La recherche des ANCA est positive, et on observe un rehaussement cytoplasmique en immunofluorescence indirecte ainsi qu'une spécificité pour la protéinase 3 (PR3) au test ELISA (dosage immunoenzymatique). À la lumière de ce diagnostic définitif de vascularite à ANCA, avec présence d'anticorps dirigés contre la PR3 (anti-PR3) et d'ANCA dirigés contre le cytoplasme (c-ANCA), et démontrée par la biopsie du rein (granulomatoses avec polyangéite [GPA, pour *granulomatosis with polyangiitis*] ou polyangéite microscopique [PAM, ou en anglais : MPA, pour *microscopic polyangiitis*]), d'autres traitements d'induction sont envisagés, y compris un agent immunosuppresseur et la plasmaphérese.

Discussion à propos du diagnostic

La vascularite à ANCA touche principalement les voies respiratoires et les reins, et elle inclut les entités suivantes : la GPA (auparavant appelée granulomatoses de Wegener), la PAM et la granulomatoses éosinophilique avec polyangéite (EGPA, pour *eosinophilic granulomatosis with polyangiitis*) (aussi appelée syndrome de Churg-Strauss [SCS]). Selon

une étude récente menée dans le nord de la Saskatchewan, le taux de prévalence de la GPA et de la PAM avec atteinte rénale démontrée par la biopsie était de 11,7 par million d'habitants¹.

Les manifestations musculosquelettiques, principalement les arthralgies et les myalgies, s'observent dès le diagnostic chez environ 60 % des patients atteints d'une vascularite à ANCA. Comme c'est le cas pour notre patient, ces manifestations peuvent être les premiers et les principaux signes de la maladie, jusqu'à l'apparition des caractéristiques usuelles. Les caractéristiques les plus évocatrices de la GPA comprennent les manifestations otorhinolaryngologiques (ORL) (p. ex. une rhinite croûteuse, une sinusite destructrice, un nez en pied de marmite) et des nodules pulmonaires (avec ou sans cavitations). L'asthme et la polyposse (allergique) nasale comptent parmi les signes cardinaux de l'EGPA. La glomérulonéphrite pauci-immune et l'hémorragie alvéolaire peuvent survenir dans les trois formes de vascularite à ANCA, bien que rarement dans l'EGPA. La mononévrite multiple est également fréquente dans ces trois pathologies, mais à un degré moindre dans l'EGPA.

Bien qu'on retrouve des anticorps anti-PR3 c-ANCA chez plus de 90 % des patients atteints d'EGPA multi-systémique, quelques patients sont négatifs. Certains patients sont positifs pour l'autre type principal d'ANCA, soit l'ANCA dirigé contre la myéloperoxydase (anti-MPO) qui est plus souvent relié à la PAM. En l'absence de toute manifestation ORL ou pulmonaire caractéristique de la GPA, il est difficile de déterminer si notre patient est atteint de GPA ou de PAM. L'iritis est rare dans les trois formes de vascularite à ANCA et elle n'est spécifique d'aucunes. Le diagnostic « le plus sage » à ce stade serait donc une vascularite à ANCA de type anti-PR3 c-ANCA. Soulignons que plusieurs études cliniques et génétiques récentes donnent à penser que le type d'ANCA en jeu pourrait bel et bien influencer de manière plus importante sur l'évolution et l'issue de la maladie que la distinction entre la GPA ou la PAM, parfois difficile à établir. D'après la plus récente version de la classification de Chapel Hill, nous devrions pour le moment continuer à décrire la vascularite à ANCA dans ses trois formes (soit la GPA, la PAM et l'EGPA), au lieu d'établir de nouvelles formes individuelles de vascularite en fonction du statut et du type des ANCA. Toutefois, la classification précise également qu'on devrait toujours ajouter un préfixe aux termes GPA, PAM et

EGPA pour indiquer la réactivité des ANCA. Chez notre patient, le diagnostic demeurerait une granulomatose accompagnée d'une « GPA ou PAM » anti-PR3 c-ANCA+.

Discussion à propos du traitement

Les taux de mortalité sont nettement plus élevés chez les patients atteints de vascularite à ANCA que dans la population générale, en particulier si le diagnostic ou le traitement, ou les deux, sont tardifs. Le traitement d'association par la cyclophosphamide (CYC) et les corticostéroïdes (CS) a entraîné une nette amélioration des premiers résultats thérapeutiques pendant les quatre dernières décennies; plus de 90 % des patients obtiennent maintenant la rémission de la maladie, alors qu'au début des années 1950, le taux de mortalité à un an atteignait 80 %. Comme l'ont démontré plusieurs études ultérieures (Tableau 1), le traitement usuel de la vascularite à ANCA est aujourd'hui bien codifié et adapté en fonction de la gravité de la maladie et du degré d'atteinte des organes afin de maximiser les chances de rémission et de réduire le risque d'effets indésirables reliés au traitement.

On peut distinguer la vascularite à ANCA selon les formes qui causent une atteinte des principaux organes ou qui menacent le pronostic vital et les formes circonscrites². Les patients comme celui de notre étude de cas qui manifestent d'emblée une atteinte d'un organe vital (atteinte rénale dans ce cas) devraient recevoir sans délai des CS à dose forte en association avec un puissant immunosuppresseur, soit la CYC ou le rituximab. Le principal but du traitement est d'induire une rémission qui, dans ce cas particulier, signifie le rétablissement de la fonction rénale normale ou à tout le moins son rétablissement partiel, puis la stabilisation de son état et la résolution de toutes les manifestations extra-rénales. Une stratégie thérapeutique moins énergique ne devrait être tentée que si le patient est atteint d'une forme circonscrite et peu grave de la maladie, sans atteinte rénale².

La plupart des schémas thérapeutiques incluant les CS comprennent l'administration initiale de perfusions intermittentes de méthylprednisolone i.v. (0,5 g/j à 1 g/j pendant trois jours consécutifs) pour les patients touchés par les manifestations graves, suivie de la prednisone par voie orale à 1 mg/kg/j pendant deux à quatre semaines, avec des réductions progressives de 10 % de la dose jusqu'à 10 mg/j – 20 mg/j à la semaine 12. La stratégie subséquente pour réduire progressivement la dose ainsi

que la durée optimale du traitement par un CS suscitent encore des débats; la durée optimale du traitement varie de six mois à plusieurs années. Dans la plupart des essais cliniques européens antérieurs, la durée minimale du traitement par CS était de 18 à 24 mois, environ.

Co-administrée avec les CS, la CYC est devenue la norme de soins pour induire la rémission chez les patients atteints d'une vascularite à ANCA grave. La CYC peut être administrée chaque jour par voie orale (2 mg/kg/j), ou par des perfusions intermittentes i.v. (15 mg/kg toutes les deux semaines pour les trois premières perfusions, puis toutes les trois semaines), avec des ajustements de doses effectués en fonction de l'âge et de la fonction rénale du patient. Ces deux schémas thérapeutiques confèrent une efficacité égale, sans qu'on observe une différence du délai jusqu'à la rémission, bien qu'on ait noté un moins grand nombre d'épisodes de leucopénie chez les patients traités par des perfusions intermittentes i.v. À cause de la toxicité reliée au traitement de longue durée par la CYC (en particulier les risques d'infertilité et de cancer de la vessie plus tard au cours de la vie), la durée de ce traitement, lorsqu'il se révèle efficace, ne doit pas dépasser six mois et la CYC doit être remplacée par un médicament d'entretien moins toxique comme l'azathioprine (AZA) ou le MTX³. On peut en effet cesser d'administrer la CYC lorsque la rémission est établie (souvent après trois mois)⁴; toutefois, les résultats du suivi de longue durée de patients qui avaient participé à certaines études européennes montrent que la CYC pour la voie orale a probablement réduit le taux de rechute après trois ans⁵, ce qui témoigne bien qu'une forte dose cumulée de CYC est également reliée à un faible taux de rechute (six perfusions intermittentes i.v. sur trois mois produisent une dose cumulée de 5 g à 8 g, comparativement à 9 g à 18 g pour la CYC prise quotidiennement par voie orale). L'équilibre entre l'efficacité et la toxicité de la CYC reste délicat et il en est ainsi bien après la phase d'induction du traitement.

En fondant leurs décisions sur les résultats de deux essais comparatifs à répartition aléatoire^{6,7}, la FDA (Food and Drug Administration) des États-Unis, puis Santé Canada, ont récemment autorisé l'emploi du rituximab comme une solution de rechange à la CYC pour induire la rémission chez des adultes atteints des formes graves de la GPA ou de la PAM à ANCA. Les critères précis pour obtenir le remboursement du médicament peuvent varier un peu d'une province à l'autre. L'essai RAVE⁶ avait pour but de

comparer l'induction de la rémission chez des patients traités par des CS (objectif : durée totale de six mois) et le rituximab (375 mg/m² par semaine pendant quatre semaines), puis par le placebo de l'AZA pendant une période allant jusqu'au 18^e mois, ou par la CYC pour la voie orale (2 mg/kg/j, suivie de l'AZA, une fois la rémission obtenue, à la dose de 2 mg/kg/j pendant une période allant jusqu'au mois 18); la population de l'étude était composée de 197 patients atteints de GPA ou de PAM⁶. Les résultats indiquent une non-infériorité du rituximab par rapport au schéma classique CYC-AZA au mois 6, et cette non-infériorité a été maintenue jusqu'au mois 18. Le rituximab n'est pas associé à l'infertilité ni au risque de cancer de la vessie plus tard au cours de la vie; l'étude a toutefois montré que le risque d'infections, surtout d'infections des voies respiratoires, était semblable dans les deux schémas thérapeutiques, un constat décevant.

L'essai comparatif à répartition aléatoire MEPEX⁸ a par ailleurs montré que la plasmaphérèse (sept séances sur 14 jours) a été reliée à une fréquence plus élevée de rétablissement de la fonction rénale à un an, comparativement aux perfusions intermittentes de méthylprednisolone i.v. (1 g/j pendant trois jours consécutifs). Toutefois, cet essai n'a pas permis de démontrer un effet bénéfique significatif sur la survie chez les patients manifestant un syndrome pulmonaire-rénal; en outre, la proportion de patients encore atteints d'insuffisance rénale au stade ultime (IRSU) après la fin de la première année de suivi a été éventuellement comparable. Parce que les injections intermittentes i.v. de méthylprednisolone sont parties intégrantes du traitement classique des formes graves de la vascularite à ANCA, et non une solution de rechange à la plasmaphérèse, et parce que la taille de la population de l'essai MEPEX était petite, le véritable effet bénéfique potentiel de la plasmaphérèse dans le traitement de ces formes graves de la maladie demeure incertain. L'essai PEXIVAS est mené précisément pour déterminer si la plasmaphérèse réduit efficacement la mortalité et la progression vers l'insuffisance rénale de stade ultime. Plusieurs centres canadiens participent à cette étude internationale, et chaque patient atteint d'une vascularite à ANCA et manifestant une atteinte rénale (filtration glomérulaire < 50 mL/min) ou une hémorragie alvéolaire ou les deux devrait être considéré comme un candidat potentiel à cette étude et soumis à l'évaluation requise pour déterminer son admissibilité⁹.

Revenons à notre patient

Il a donc été établi que notre patient est atteint d'une vascularite à anti-PR3ANCA+ avec des manifestations graves, comme en témoigne la présence d'arthrite, de mononévrite multiple et d'une iritis possible. Le patient est immédiatement traité par des CS à dose forte (perfusions intermittentes de méthylprednisolone i.v., puis la prednisone pour la voie orale). Le jeune homme refuse l'invitation à participer à l'essai PEXIVAS ainsi que la plasmaphérèse. Il s'inquiète du risque d'infertilité relié à la CYC; on lui propose la cryopréservation de son sperme avant d'amorcer le traitement par la CYC par voie orale (2 mg/kg/j, ou 150 mg/j dans son cas). Le patient n'a pas de régime privé d'assurance médicament pour aider à défrayer le traitement par le rituximab; il est protégé uniquement par un régime d'assurance maladie pour étudiants qui prendra fin bientôt. Il remplit tous les formulaires administratifs requis pour demander le remboursement du rituximab par l'intermédiaire du programme provincial d'accès exceptionnel; cette autorisation est accordée quatre semaines après le début du traitement par la CYC par voie orale. Le patient passe ensuite au rituximab. Au moment de la substitution du médicament, la créatinine sérique avait déjà atteint 140 µmol/L.

Deux mois après le début du traitement d'induction, la créatinine est de 110 mmol/L, la protéinurie persiste (1 g/L) ainsi que l'hématurie microscopique; en revanche, la concentration de la CRP est normale, la motricité est complètement rétablie et la neuropathie périphérique sensorielle est en voie de résolution. Le patient n'éprouve plus de douleurs articulaires et il a repris du poids (10 kg). Il faudra bientôt décider du traitement d'entretien, car le patient passe progressivement au stade de la rémission. Nous pourrions choisir de répéter le traitement par le rituximab qui avait induit la rémission, mais seulement en cas de poussée ou de rechute de la maladie, ou nous pourrions prescrire le médicament usuel, par exemple, la prise quotidienne d'AZA par voie orale (en commençant quatre à six mois après la dernière perfusion de rituximab). Le rituximab n'est pas approuvé pour le traitement d'entretien, même si plusieurs études rétrospectives ainsi que l'essai comparatif français MAINRITSAN ont récemment montré que l'administration systématique de nouvelles perfusions de rituximab (500 mg à 2 000 mg, selon l'étude,

tous les six mois) était susceptible d'être plus efficace que l'AZA pour préserver la rémission, et ce, avec un profil d'innocuité satisfaisant¹⁰.

Conclusion

Même si, en général, les organes cibles de la vascularite à ANCA sont les reins, les poumons, la peau et les nerfs périphériques, chez de nombreux patients les manifestations initiales de la maladie sont des symptômes musculo-squelettiques non spécifiques, ce qui risque de retarder le diagnostic. C'est pourquoi un diagnostic en temps opportun et l'administration du traitement approprié peuvent améliorer les résultats thérapeutiques dans leur ensemble. Par conséquent, il importe de penser dès le début à la possibilité de telles maladies rares lorsqu'un patient consulte à cause d'une arthrite qui s'accompagne de manifestations systémiques. Le clinicien se doit alors d'effectuer un suivi clinique et biologique très attentif durant les premières semaines suivant l'apparition de l'arthrite, comme nous le faisons normalement dans notre pratique de rhumatologie générale. On devrait envisager rapidement le titrage des ANCA pour les patients chez qui un diagnostic définitif, par exemple une infection ou une arthrite microcristalline, ne peut être établi avec certitude.

Depuis quelques décennies, plusieurs essais comparatifs à répartition aléatoire sur la thérapeutique de la vascularite à ANCA ont aidé à élaborer des stratégies de traitement plus efficaces et ayant des profils d'innocuité plus favorables pour ces patients. La CYC et les CSS demeurent le pilier du traitement d'induction de la rémission chez les patients atteints des formes graves et multi-systémiques de la vascularite à ANCA. Des données probantes montrent que le rituximab offre une solution de rechange efficace à la CYC pour induire la rémission chez les patients qui présentent des contre-indications ou une intolérance à la CYC, y compris chez ceux qui ont déjà été exposés à la CYC (cas de rechute) ou chez des patients jeunes en âge de procréer, ou les deux. La recherche devra répondre à de nombreuses autres questions pour aider à optimiser davantage les stratégies thérapeutiques, notamment à propos du rôle de la plasmaphérèse, de la durée optimale des traitements par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs, ainsi que des meilleurs choix pour le traitement d'entretien après un traitement d'induction comprenant le rituximab. Plusieurs essais cliniques sont menés pour essayer de résoudre ces questions. Par conséquent, en présence d'un patient atteint d'une vascularite

à ANCA, le médecin devrait toujours envisager de communiquer avec un centre de référence sur la vascularite, comme ceux qui participent au Réseau canadien pour la recherche sur les vascularites (CanVasc) (www.canvasc.ca).

Références :

1. Anderson K, Klassen J, Stewart SA, et coll. Does geographic location affect incidence of ANCA-associated renal vasculitis in northern Saskatchewan, Canada? *Rheumatology* (Oxford) 2013; 52(10):1840-4.
2. Schönemärck U, Gross WL, de Groot K. Treatment of ANCA-associated vasculitis. *Nat Rev Nephrol* 2014; 10(1):25-36.
3. Pagnoux C, Mahr A, Hamidou MA, et coll. Azathioprine or methotrexate maintenance for ANCA-associated vasculitis. *N Engl J Med* 2008; 359(26):2790-803.
4. Jayne D, Rasmussen N, Andrassy K, et coll. A randomized trial of maintenance therapy for vasculitis associated with antineutrophil cytoplasmic autoantibody. *N Engl J Med* 2003; 349(1):36-44.
5. Harper L, Morgan MD, Walsh M, et coll. Pulse versus daily oral cyclophosphamide for induction of remission in ANCA-associated vasculitis: long-term follow-up. *Ann Rheum Dis* 2012; 71(6):955-60.
6. Stone JH, Merkel PA, Spiera R, et coll. Rituximab versus cyclophosphamide for ANCA-associated vasculitis. *N Engl J Med* 2010; 363(3):221-32.
7. Jones RB, Tervaert JW, Hauser T, et coll. Rituximab versus cyclophosphamide for ANCA-associated renal vasculitis. *N Engl J Med* 2010; 363(3):211-20.
8. Jayne DR, Gaskin G, Rasmussen N, et coll. Randomized trial of plasma exchange or high-dosage methylprednisolone as adjunctive therapy for severe renal vasculitis. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18(7):2180-8.
9. University of Birmingham. Plasma exchange and glucocorticoid dosing in the treatment of anti-neutrophil cytoplasm antibody associated vasculitis: an international randomised controlled trial. Disponible à l'adresse : www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/trials/bctul/trials/renal/pexivas/in dex.aspx
10. Guillevin L, Pagnoux C, Karras A, et coll. Rituximab versus azathioprine for maintenance in ANCA-associated vasculitis. *ACR Annual Meeting Abstracts. Arthritis Rheum* 2012; 64 (Suppl):1652.

Abdallah Alqethami, M.D.

*Boursier, domaine de la vascularite,
Service de rhumatologie, Département de médecine,
Mount Sinai Hospital,
Toronto, Ontario*

*Christian Pagnoux, M.D., M. Sc., MPH
Fondateur et vice-directeur de CanVasc
Professeur agrégé, Service de rhumatologie,
Département de médecine, Mount Sinai Hospital,
Toronto, Ontario*

Tableau 1

Sommaire des principaux essais comparatifs à répartition aléatoire du traitement de la vascularite à ANCA des 30 dernières années qui ont mené à des changements dans la façon dont les patients atteints de ces maladies rares et potentiellement fatales sont traités*

Nom de l'étude	Patients	Critères d'inclusion	Intervention étudiée	Critères principaux	Principales conclusions
CYCLOPS (De Groot et coll., 2009)	149	GPA ou PAM de diagnostic récent, avec atteinte rénale (Cr 150 µmol/L-500 µmol/L)	CYC par injections intermittentes (principalement i.v.) (15 mg/kg) vs CYC p.o. (2 mg/kg) jusqu'à la rémission + (dans les 2 groupes) prednisolone et traitement de consolidation par CYC pendant 3 mois après la rémission, puis AZA jusqu'au mois 18.	Délai jusqu'à la rémission	La CYC i.v. en perfusions intermittentes a induit la rémission aussi efficacement que la CYC p.o. en dose quotidienne, et ce, à une dose cumulée moindre de CYC (8,6 g vs 18 g) et avec une fréquence moindre de leucopénie. Au long cours (suivi de 4,3 ans), il n'y a pas eu d'écart dans les taux de survie, mais le taux de rechute a été moins élevé dans le groupe CYC p.o. en dose quotidienne, vs le groupe CYC i.v. (RRI 0,50, IC à 95 % 0,26-0,93; p = 0,029).
RAVE ⁶ (Stone et coll., 2010)	197	GPA ou PAM grave, ANCA+, nouvelle ou rechute (mais avec Cr < 354 µmol/L et sans atteinte menaçant le pronostic vital)	Rituximab (375 mg/m ² /sem. x 4) vs CYC p.o., puis AZA + (dans les 2 groupes) CS (durée visée : 6 mois).	Rémission complète sans CS à 6 mois	Le rituximab n'a pas été inférieur au schéma CYC-AZA à 6 mois et à 18 mois, et il a été supérieur au schéma CYC-AZA dans les cas de rechute (à 6 mois; à 18 mois, il a été seulement non inférieur). Taux d'infections semblables dans les deux groupes.
RITUXVAS ⁷ (Jones et coll., 2010)	44 (rapport 3:1)	GPA, PAM à ANCA+, ou vascularite à ANCA circonscrite au rein, avec néphropathie	Rituximab (375 mg/m ² /sem. x 4) + 2 perfusions i.v. de CYC (15 mg/kg, jour 1 et jour 14) vs perfusions i.v. de CYC seulement (15 mg/kg) pendant 3 à 6 mois, puis (dans les 2 groupes) AZA + CS.	Rémission soutenue et taux de manifestations indésirables graves à 12 mois	Le rituximab n'a pas été supérieur au schéma CYC-AZA. Les taux de rémission ont été élevés dans les deux groupes. Taux de manifestations indésirables graves précoces semblables dans les deux groupes.
MEPEX ⁸ (Jayne et coll., 2007)	137	GPA ou PAM de diagnostic récent, avec atteinte rénale et Cr > 500 µmol/L	Plasmaphérese vs méthylprednisolone i.v. en perfusions intermittentes (1 g pendant 3 jours) + (dans les 2 groupes) prednisolone p.o. et CYC p.o. pendant 6 mois, puis AZA.	Rétablissement de la fonction rénale à 3 mois, (sans besoin de dialyse)	Réduction de 24 % du risque de progression vers l'IRSU dans le groupe plasmaphérese. RRI de 0,81 pour le décès ou l'IRSU à long terme (4 ans) dans le groupe plasmaphérese vs méthylprednisolone i.v. (IC à 95 % 0,53-1,23) avec un RRI pour l'IRSU de 0,64 (IC à 95 % 0,40-1,05).
NORAM (De Groot et coll., 2005)	100	GPA ou PAM de diagnostic récent, avec une Cr < 150 µmol/L et sans atteinte d'un organe vital	MTX (15 mg avec augmentation graduelle jusqu'à 25 mg/sem.) vs CYC p.o. chaque jour + (dans les 2 groupes) prednisone p.o. Tous les traitements ont cessé au mois 12.	Rémission à 6 mois	Le taux de rémission n'a pas été inférieur dans le groupe MTX, mais la rémission a été plus tardive chez les patients qui manifestaient une atteinte plus étendue ou une atteinte pulmonaire. Le taux de rechute à 18 mois a été plus élevé dans le groupe MTX. Les manifestations indésirables ont été moins fréquentes dans le groupe MTX, sauf pour la dysfonction hépatique.
CYCAZAREM ⁴ (Jayne et coll., 2003)	144	GPA ou PAM de diagnostic récent, ou atteinte rénale circonscrite, avec atteinte d'au moins un organe vital (mais Cr < 500 µmol/L)	AZA p.o. (2 mg/kg) vs continuation de la CYC p.o. (1,5 mg/kg) pendant 12 mois (puis AZA pour tous jusqu'au mois 18) + traitement d'induction pour tous par la CYC p.o. et la prednisolone jusqu'à la rémission (3 à 6 mois), puis répartition aléatoire pour le traitement d'entretien.	Rechute (grave ou légère) et manifestations indésirables à 18 mois	Il n'y a pas eu d'écart des taux de rechute et des manifestations indésirables entre les groupes (les analyses des résultats du suivi de longue durée ne sont pas terminées).
WEGENT ³ (Pagnoux et coll., 2008)	126	GPA ou PAM multisystémique de diagnostic récent	MTX (0,3 mg/kg/sem. p.o. ou s.c. en cas d'intolérance du MTX p.o.) vs AZA p.o. (2 mg/kg/j) pendant 12 à 16 mois + traitement d'induction pour tous par la CYC i.v. en perfusions intermittentes et la prednisone jusqu'à la rémission (3 à 6 mois), puis trois perfusions intermittentes (consolidation) avant la répartition aléatoire pour le traitement d'entretien.	Manifestations indésirables (graves ou motivant l'abandon du médicament à l'étude) et rechute	Il n'y a pas eu d'écart des taux de rechute et des manifestations indésirables entre les groupes (les analyses des résultats du suivi de longue durée ne sont pas terminées).
IMPROVE (Hiemstra et coll., 2010)	165	GPA ou PAM grave, ANCA+, nouvelle ou rechute (mais avec Cr < 354 µmol/L et sans atteinte menaçant le pronostic vital)	MMF p.o. (2 g/j) vs AZA p.o. (2 mg/kg/j) jusqu'au mois 42 + traitement d'induction pour tous par la CYC i.v. ou p.o. en administration intermittente jusqu'à la rémission (3 à 6 mois), puis répartition aléatoire pour le traitement d'entretien.	Survie sans rechute; manifestations indésirables	Le MMF a été moins efficace que l'AZA pour préserver la rémission (RRI de rechute 1,69 [IC à 95 % 1,06-2,70; p = 0,03]). Le taux des manifestations indésirables graves n'a pas différencié de manière significative entre les groupes.

*Tous les essais cliniques sont commentés plus en détails dans l'article-synthèse mentionné en référence.
 ANCA (anti-neutrophil cytoplasm antibodies) anticorps dirigés contre le cytoplasme des polymorphes neutrophiles; GPA (granulomatosis with polyangiitis) granulomatose avec polyangéite; PAM : polyangéite microscopique; i.v. : par voie intraveineuse; p.o. : par voie orale; Cr : créatinine; CS : corticostéroïdes; CYC : cyclophosphamide; AZA : azathioprine; RRI : rapport des risques instantanés; MTX : méthotrexate; MMF : mycophénolate mofétil; IRSU : insuffisance rénale au stade ultime

Lignes directrices pour la PR : Pratiques des rhumatologues du Canada par rapport aux recommandations de la SCR pour le traitement de la PR (5^e partie)

par Sankalp V. Bhavsar, M.D., FRCPC, au nom de Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP, Claire Bombardier, M.D., FRCPC, Vivian P. Bykerk, M.D., FRCPC, Glen S. Hazlewood, M.D., FRCPC, Pooneh Akhavan, M.D., FRCPC, Orit Schieir, M.Sc., et Sanjay Dixit, M.D., FRCPC

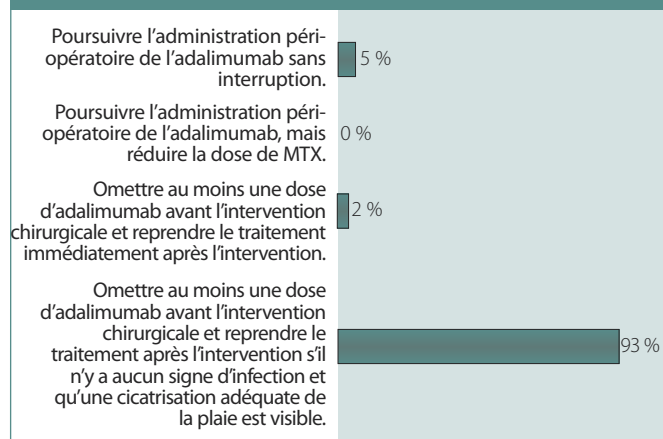
Dans cette partie, nous vous présentons les résultats du sondage pour les questions portant sur les soins péri-opératoires, le traitement de l'infection tuberculeuse latente et les vaccins.

1. Une patiente atteinte de polyarthrite rhumatoïde (PR) reçoit de l'adalimumab et du méthotrexate (MTX) en traitement d'entretien. Elle a un rendez-vous pour une cholécystectomie élective. Quelle serait votre recommandation à l'égard de la gestion péri-opératoire de l'adalimumab?

Réponse : Omettre au moins une dose d'adalimumab avant l'intervention chirurgicale et reprendre le traitement après l'intervention s'il n'y a aucun signe d'infection et qu'une cicatrisation adéquate de la plaie est visible.

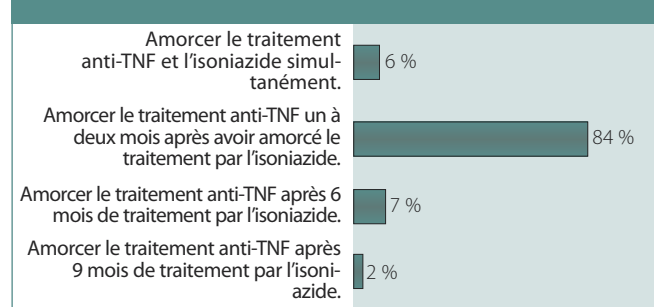
Recommandation/données probantes à l'appui : American College of Rheumatology (ACR) 2008¹, Spanish Society of Rheumatology (SER) 2010².

Tableau 1. Une patiente atteinte de PR reçoit de l'adalimumab et du MTX en traitement d'entretien. Elle a un rendez-vous pour une cholécystectomie élective. Quelle serait votre recommandation à l'égard de la gestion péri-opératoire de l'adalimumab?



Les lignes directrices de l'ACR 2008¹ et de la SER 2010² mentionnent toutes deux les mêmes trois études de cohorte qui ont examiné les risques d'infections postopératoires chez les patients atteints de PR traités par des agents inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF). La plus importante étude rétrospective de cohorte incluait 768 patients atteints de PR qui avaient subi 1 219 procédures orthopédiques électives; on y signalait une hausse non significative des rapports de cotes (RC) pour les infections des plaies opératoires chez les patients ayant poursuivi le traitement anti-TNF (RC : 1,5; IC à 95 % : 0,43-5,2). Dans cette étude, des infections des plaies opératoires ont été observées chez 41 des 1 023 (4 %) patients qui n'avaient pas utilisé d'agents anti-TNF, 6 des 104 (5,8 %) patients qui avaient interrompu le traitement anti-TNF (pendant plus de 4 demi-vies) et 8 des 92 (8,7 %) patients qui avaient poursuivi le traitement anti-TNF. Une étude rétrospective de cohorte incluant 91 patients atteints de PR ayant subi une intervention chirurgicale orthopédique a signalé une plus forte incidence d'infections péri-opératoires chez les patients traités par des agents anti-TNF par rapport aux patients non traités par des agents anti-TNF (RC : 5,3; IC à 95 % : 1,1-24,9). Une étude prospective avec une petite cohorte de

Tableau 2. Un patient atteint de PR obtient un résultat positif au test cutané à la tuberculine (induration de 12 mm). Quelle serait votre suggestion à l'égard de l'introduction d'un traitement anti-TNF et de la prophylaxie pour traiter l'ITL (isoniazide)?



31 patients atteints de PR ayant subi une intervention chirurgicale orthopédique n'a pas signalé de hausse significative des infections postopératoires ou des complications de cicatrisation avec le traitement anti-TNF^{1,2}.

2. Un patient atteint de PR obtient un résultat positif au test cutané à la tuberculine (induration de 12 mm). Quelle serait votre suggestion à l'égard de l'introduction d'un traitement anti-TNF et du traitement de l'infection tuberculeuse latente (isoniazide)?

Réponse : Amorcer le traitement anti-TNF un à deux mois après avoir amorcé le traitement par l'isoniazide.

Recommandation/données probantes à l'appui : Furst 2010³.

Furst³ a examiné les données d'observation provenant de l'Espagne qui indiquaient que les patients atteints de PR qui avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage de l'infection tuberculeuse latente (ITL) et avaient été traités par des agents anti-TNF après un mois de prophylaxie pour traiter la tuberculose (TB) présentaient un risque significativement moins élevé de réactivation de la TB.

3. Lequel des énoncés suivants à propos des vaccins en présence de PR est faux?

Réponse : Le vaccin contre le zona peut être administré sans danger aux patients de 60 ans ou plus recevant un traitement anti-TNF.

Recommandation/données probantes à l'appui : L'European League Against Rheumatism (EULAR) 2011⁴, le Guide canadien d'immunisation 2006⁵ et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis 2011⁶.

Les données probantes pour cette recommandation étaient basées sur les résultats d'une récente revue systématique entreprise pour orienter les recommandations de 2011 de l'EULAR pour les patients atteints de maladies rhumatismales auto-immunes inflammatoires⁴.

Influenza. Une étude observationnelle a démontré une réduction des infections après une année chez 34 patients atteints de

PR ayant reçu un vaccin contre l'influenza, comparativement à 20 patients non vaccinés (les cas de bronchite aiguë étaient à 22,6 % par rapport à 4,3 %, respectivement; infections respiratoires virales : 61,3 % par rapport à 8,7 %). Deux autres études observationnelles ont également signalé une baisse des hospitalisations et des décès liés à l'influenza et à la pneumonie chez les patients âgés atteints de maladies rhumatismales qui avaient reçu le vaccin contre l'influenza.

Zona. Un risque accru de zona a été signalé chez les patients atteints de PR par rapport à une population témoin en bonne santé de deux bases de données administratives (risque relatif ajusté de 1,7 et 1,9, respectivement). De plus, le traitement par des glucocorticoïdes, de l'azathioprine, du léflunomide et des agents anti-TNF était associé à une hausse des risques de zona.

De façon générale, les vaccins vivants ne devraient pas être administrés aux personnes immunodéprimées en raison du risque de maladie lié à la souche vaccinale. Toutefois, les publications médicales suggèrent que le vaccin contre le zona peut être administré sans danger aux patients qui suivent un traitement immunosuppresseur à faibles doses; il est donc raisonnable d'envisager le vaccin contre le zona pour les personnes recevant un tel traitement (p. ex. : MTX ≤ 0,4 mg/kg/semaine). La publication de 2014 du Guide canadien d'immunisation⁵ affirme qu'il est raisonnable d'envisager au cas par cas un vaccin contre le zona chez les patients qui reçoivent des produits anti-TNF après avoir consulté un spécialiste en immunodéficience. Des données rétrospectives démontrent l'innocuité du vaccin contre le zona chez les personnes recevant un traitement anti-TNF pour des maladies inflammatoires. Cependant, la recommandation actuelle de la SCR est d'éviter le vaccin contre le zona chez les patients recevant un traitement biologique⁶.

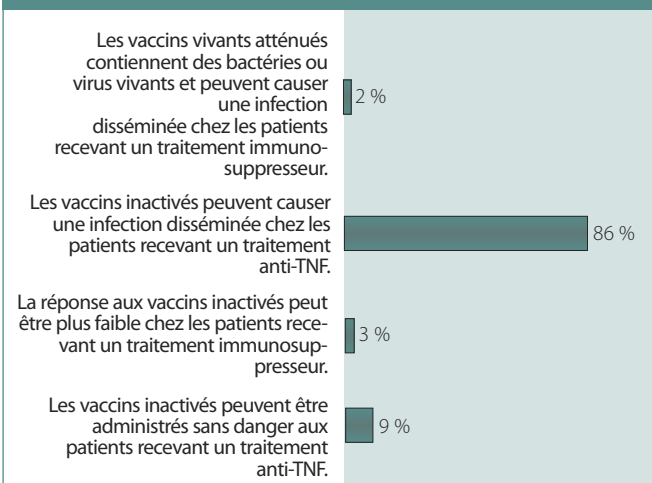
Pour de plus amples renseignements à propos de ces recommandations et des données probantes appuyant ces résultats, veuillez consulter les recommandations de la SCR concernant la PR, disponible à l'adresse www.rheum.ca/fr/publications/cra_ra_guidelines.

Références :

1. Saag KG, Teng GG, Patkar NM, et coll. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis [review]. *Arthritis Rheum* 2008; 59(6):762-84.
2. Spanish Society of Rheumatology. Update of the Consensus Statement of the Spanish Society of Rheumatology on the management of biologic therapies in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Clin* 2010; 6(1):23-36.
3. Furst DE, Keystone EC, Fleischmann R, et coll. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases 2009. *Ann Rheum Dis* 2010; 69 Suppl 1:i2-29.
4. van Assen S, Agmon-Levin N, Elkayam O, et coll. EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2011; 70(3):414-22.
5. Comité consultatif national de l'immunisation. Guide canadien d'immunisation : Agence de la santé publique du Canada; 2006 et 2014. Disponible à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php.
6. Centers for Disease Control and Prevention. General recommendations on immunization - Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2011; 60(2):1-64.

Sankalp Bhavsar, M.D., FRCPC, boursier en rhumatologie, Université McMaster, Hamilton (Ontario). Au nom de : Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP, Claire Bombardier, M.D., FRCPC, Vivian P. Bykerk, M.D., FRCPC, Glen S. Hazlewood, M.D., FRCPC, Pooneh Akhavan, M.D., FRCPC, Orit Schieir, M.Sc., et Sanjay Dixit, M.D., FRCPC

Tableau 3. Lequel des énoncés suivants à propos des vaccins est faux?



Indications et usage clinique

- SIMPONI® I.V., en association avec du méthotrexate, est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active.
- Aucune étude avec SIMPONI® I.V. n'a été menée chez les enfants.
- Comme les infections sont plus fréquentes chez la population âgée en général, la prudence s'impose lors du traitement des patients âgés.

Contre-indications

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

Mises en garde et précautions les plus importantes

- **Infections graves ayant entraîné une hospitalisation ou un décès :** la sepsie, la tuberculose, les infections fongiques invasives et d'autres infections opportunistes ont été observées à la suite de l'utilisation SIMPONI® I.V.
 - Le traitement par SIMPONI® I.V. ne doit pas être instauré chez des patients présentant des infections actives, y compris des infections chroniques ou localisées.
 - Si un patient présente une infection grave ou une sepsie, le traitement doit être cessé.
- **Infections récurrentes ou latentes :** y compris la tuberculose, ou des troubles sous-jacents qui pourraient prédisposer les patients à des infections, ou patients ayant résidé dans des régions où la tuberculose et les infections fongiques invasives sévissent à l'état endémique.
- **Tuberculose (due à la réactivation d'une tuberculose latente ou à une nouvelle infection) :** a été observée chez des patients ayant reçu des inhibiteurs du TNF.
 - Avant d'entreprendre un traitement par SIMPONI® I.V., 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® I.V.
 - Il faut surveiller les patients afin de déceler tout signe ou symptôme de tuberculose active.
- **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.

Autres mises en garde et précautions pertinentes

- Risque d'infections bactériennes, mycobactériennes, fongiques invasives et opportunistes, y compris celles se soldant par un décès.
- Risque de réactivation du virus de l'hépatite B.
- Risques d'affections malignes, y compris de lymphome, de leucémie, d'affections malignes autres qu'un lymphome, de dysplasie/carcinome du côlon et de cancers de la peau.
- Risque d'aggravation ou d'apparition d'une insuffisance cardiaque congestive.
- L'emploi concomitant de l'anakinra ou de l'abatacept n'est pas recommandé.
- L'emploi concomitant d'autres agents biologiques n'est pas recommandé.
- Risque de pancytopenie, de leucopénie, de neutropénie, d'anémie aplasique et de thrombopénie.
- Peut agir sur les défenses de l'hôte contre les infections et les affections malignes.
- Risque de réactions allergiques.
- L'emploi concomitant de vaccins vivants/agents infectieux thérapeutiques n'est pas recommandé.
- Peut entraîner la formation d'auto-anticorps.
- Risque d'apparition ou d'exacerbation de troubles de démyélinisation du système nerveux central (SNC).
- Surveillance étroite des infections chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale.
- Contraception recommandée chez les femmes en mesure de procréer; doit être poursuivie six mois après le dernier traitement.
- SIMPONI® I.V. doit être utilisé avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique.
- Pourrait exercer une légère influence sur la capacité à conduire et à utiliser des machines.

Pour de plus amples renseignements

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.ca/fr/product/580> 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.

Référence : Monographie de SIMPONI® I.V., Janssen Inc., 28 novembre 2013.

Marques de commerce utilisées sous licence.

© 2014 JANSSEN Inc.
19 Green Belt Drive
Toronto (Ontario) M3C 1L9
www.janssen.ca

CCPP (R&D)
SIJA140023F

BIO ADVANCE

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANY
of Johnson & Johnson

Dans le traitement de la PR



Nouveau

SIMPONI® I.V.

Administration totale de 3 heures
par an en traitement d'entretien

Perfusion intraveineuse de 30 minutes aux semaines
0 et 4, puis toutes les 8 semaines par la suite

PR = polyarthrite rhumatoïde; I.V. = intraveineuse.


Simponi® I.V.
(golimumab) solution pour perfusion
Puissance infuse



XELJANZ^{MC} ['ZEL-janz]

Nom :

1. Citrate de tofacitinib

2. **Maintenant**
offert au Canada

Communiquez avec votre représentant
Pfizer pour en apprendre davantage.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

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

XELJANZ, M.C. de PF Prism C.V., Pfizer Canada inc., licencié
M.D. de Pfizer inc., utilisée sous licence
© 2014 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5

