

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

Point de mire sur : Les rapports des comités de la SCR et des associations régionales



Éditorial

- Les hauts et les bas du temps des fêtes

Prix, nominations et accolades

- Des honneurs pour les docteurs Claire Barber et Mark Hazeltine

Que fait la SCR pour vous?

- Levez-vous et soyez du nombre
- *RheumCareers.com* : project de main-d'œuvre de l'AOR

Hommage boréal

- La Charte des personnes atteintes d'arthrite
- Éliminons les fractures une fois pour toutes!
Services de liaison pour fracture
- Pratiques actuelles de prise en charge de la goutte par les médecins de premier recours au Canada
- Mise à jour des données démographiques sur les rhumatologues en Colombie-Britannique

Arthroscopie

- Mise à jour du comité des thérapeutiques
- Rapport sur l'accès aux soins
- Exemple de réussite en matière de défense d'intérêts
- Des nouvelles du comité scientifique
- Mise à jour sur l'éducation
- AOR : activités continues
- AMRQ : turbulences québécoises...
- Les secrets de la WAR
- Des nouvelles de la SOAR :
mise à jour 2014 pour l'Atlantique
- La Conférence laurentienne de
rhumatologie fête son 45^e en 2014
- La SURC : tournée vers l'avenir

Dix points essentiels que les rhumatologues devraient connaître à propos de...

- L'abandon du tabagisme

POUR CE QUI EST DE

L'ADMINISTRATION
DE MON TRAITEMENT
POUR LA POLYARTHRITE
RHUMATOÏDE

JE VEUX CE QUI

ME

CONVIENT

Je suis atteint de polyarthrite rhumatoïde. Mais cela ne m'empêche pas de mener une vie très occupée.

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.

– **Jim, opérateur de chariot élévateur***

Atteint de PR depuis 5 ans; actuellement traité par perfusions intraveineuses.

* Basé sur un cas réel. Peut ne pas être représentatif de tous les patients.

Marques de commerce utilisées sous licence.
© 2014 Janssen Inc.

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

SUA140528F



janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

Les hauts et les bas du temps des fêtes

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

« Ce qui est merveilleux avec Noël, c'est que c'est obligatoire, comme un orage, et nous y passons tous ensemble. »
–Garrison Keillor

Le temps est venu de fermer les livres sur une autre année de hauts et de bas, de travail et de loisirs, de rémissions et d'exacerbations et de toute autre combinaison d'extrêmes que vous pourriez imaginer.

La période des fêtes se veut un temps de célébration et de réunions avec la famille et les amis. Cependant, la réalité fait de fréquentes intrusions. Dans le film de Noël prototypique « La vie est belle », le protagoniste George Bailey n'est pas d'humeur à faire la fête. En réalité, il doit plutôt être persuadé de ne pas s'enlever la vie

et de ne pas voir sa vie comme un échec en raison de l'impact de la Grande Dépression sur sa vie et sur sa ville.

Cette année, j'espère sincèrement des fêtes calmes et paisibles, mais cela n'a certainement pas toujours été mon lot au cours des dernières années. Je garde encore un souvenir intense de décembre 2009. Mon épouse, Erica, venait de subir une chirurgie orthopédique et devait porter une botte de décharge. Notre fils Aaron nous a appelés juste avant Noël pour nous annoncer qu'il s'était fracturé le cinquième métatarsien (fracture de Jones). Apparemment, cela peut se produire avec un traumatisme minimal, ou même sans aucun traumatisme, chez les jeunes. Il étudiait alors à l'Université de Western et vivait donc à London, en Ontario. Avec ses colocataires absents pour les fêtes et son pied douloureux, il avait de la difficulté à s'arranger tout seul. Je me souviens d'avoir fait le trajet de Toronto à London au beau milieu de la nuit pour aller le chercher à la salle d'urgence, passer prendre quelques effets personnels et le ramener à la maison avec nous. Trouver quelqu'un pour un suivi orthopédique entre Noël et le Nouvel An n'est pas chose facile, mais nous avons réussi à le faire passer à la Clinique des fractures où Erica avait déjà un rendez-vous.

Noël 2013 a inversé les rôles, quoi que cette fois, pas de plâtres ni de béquilles en vue. La tempête de verglas qui s'est



Marchant d'un même pas : Dre Erica Weinberg et Aaron Baer, LL.D.

abattue sur l'Ontario nous a plongés dans le noir le 22 décembre. Comme nous vivions alors dans un condominium au 12^e étage, nous nous sommes éventuellement retrouvés sans lumière, chauffage, eau et électricité lorsque la génératrice de secours de notre édifice a manqué de carburant. Voir les édifices de l'autre côté de la rue retrouver leur électricité plusieurs jours avant nous n'a rien fait pour améliorer notre humeur, pas plus que l'obligation de monter les marches jusqu'au 12^e étage avec une lampe de poche comme seule source de

lumière. J'étais presque heureux de devoir travailler jusqu'à la veille de Noël puisqu'à mon bureau, il y avait de l'électricité et la possibilité de recharger tous nos appareils électroniques, de nous raser et de nous préparer un bon breuvage chaud.

La veille de Noël, confrontés à la perspective d'une période indéfinie sans électricité et sans eau, nous avons décidé d'emménager avec Aaron qui était maintenant dans un condo au centre-ville de Toronto et qui n'avait pas été touché par la tempête de verglas. Nous avons lancé une nouvelle tradition des fêtes en savourant notre souper de Noël dans un restaurant vietnamien du quartier chinois de Toronto. Un repas chaud était encore plus savoureux après trois jours à manger ce que nous avons réussi à récupérer de notre réfrigérateur et congélateur en le gardant au frais sur le balcon. Aaron a été un excellent hôte et quelques heures plus tard, on nous annonçait le retour de l'électricité chez nous, le meilleur cadeau reçu dans les dernières années!

Mon souhait pour cette année : de la bonne nourriture en bonne compagnie, et pas de pannes d'électricité! Amusez-vous bien!

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

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

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

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

MEMBRES

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
Shanty 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,
Division de rhumatologie,
Université de la Saskatchewan
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

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-révisseuse (français)

Donna Graham
Coordonnatrice de la production
Dan Oldfield
Directeur – Conception graphique

Jennifer Brennan
Services administratifs
Robert E. Passaretti
Éditeur

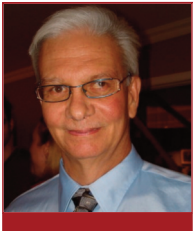
© STA HealthCare Communications, 2014. Tous droits réservés. Le *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE* est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. Poste-publication. Enregistrement n° 40063348. Port payé à Saint-Laurent, Québec. Date de publication : décembre 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 éditorial. 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, NOMINATIONS ET ACCOLADES



La Dre Claire Barber a récemment été récipiendaire d'une prestigieuse Bourse d'études supérieures du Canada Vanier qui soutient maintenant son travail de thèse doctorale sur le développement et l'essai d'indicateurs de qualité cardiovasculaire en contexte de polyarthrite rhumatoïde (PR). Elle a développé une série de onze indicateurs de qualité cardiovasculaire par le biais d'un procédé rigoureux faisant notamment appel à un groupe international de cliniciens, chercheurs et patients qui ont participé à des discussions en ligne et à une procédure Delphi modifiée utilisant la plateforme ExpertLens (en collaboration avec la RAND Corporation). Les indicateurs sont présentement à l'essai et contribueront au développement d'une intervention visant à améliorer la qualité du dépistage cardiovasculaire chez les patients atteints de PR.

La Dre Barber est professeure clinicienne adjointe de la faculté de médecine, dans la division de rhumatologie, à l'Université de Calgary. Ses travaux de recherche sont également appuyés par Alberta Innovates Health Solutions.



Le Dr Mark Hazeltine est rhumatologue chargé de formation clinique à l'Université de Montréal et directeur du Centre de rhumatologie de Laval. Il a été chef du Service de Rhumatologie à l'Hôpital St-Luc et à la Cité-de-la-Santé de Laval, ainsi que chef du Département de médecine spécialisée à la Cité-de-la-Santé. Sa plus grande passion est la formation médicale continue. Il est d'ailleurs l'auteur du *Guide pratique de rhumatologie*.

Le 9 mai 2014, le Dr Hazeltine s'est vu décerner le prix Marie-Thérèse Fortin, qui est octroyé annuellement à un rhumatologue en reconnaissance de ses qualités professionnelles et humaines, lors de la Conférence laurentienne de rhumatologie. Le Dr Hazeltine est le fondateur du programme PARLER (Programme d'Accès Rapide Lavallois en Rhumatologie); il s'agit d'un programme de prise en charge prioritaire et multidisciplinaire de patients atteints de conditions inflammatoires diverses. Grâce à cette initiative, nombreux sont ceux qui ont vu leur qualité de vie grandement améliorée et qui peuvent maintenant profiter d'une vie active. La Conférence laurentienne a ainsi reconnu la valeur de ce programme en remettant ce prix au Dr Hazeltine pour son humanisme en rhumatologie clinique.

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.

BIENVENUE PARMİ NOUS

La SCR aimerait souhaiter la bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Ali Akram, Ajax, Ont.

Hafsah Al-Azem, Ottawa, Ont.

Hugues Allard-Chamard, Sherbrooke, Qc

Neda Amiri, Vancouver, C.-B.

Deepti Chopra, Kingston, Ont.

Julie Couture, Montréal, Qc

Anita Dhanrajani, Vancouver, C.-B.

Sehriban Diab, Ancaster, Ont.

Angela George, Hamilton, Ont.

Kerstin Gerhold, Winnipeg, Man.

Jess Heyland, Edmonton, Alb.

Mehul Jariwala, Toronto, Ont.

Sahil Koppikar, Kingston, Ont.

Océane Landon-Cardinal, Montréal, Qc

Valerie Leclair, Montréal, Qc

Lily Lim, Toronto, Ont.

Jacqueline Malette, London, Ont.

Patrick Nguyen, Québec, Qc

Krista Rostom, Ottawa, Ont.

Ahlan Sherbeeni, Kingston, Ont.

Neha Srivastava, Brossard, Qc

Reza Taghavi, Kingston, Ont.

Ola Wierzbicki, Hamilton, Ont.

Kristy Yap, Toronto, Ont.

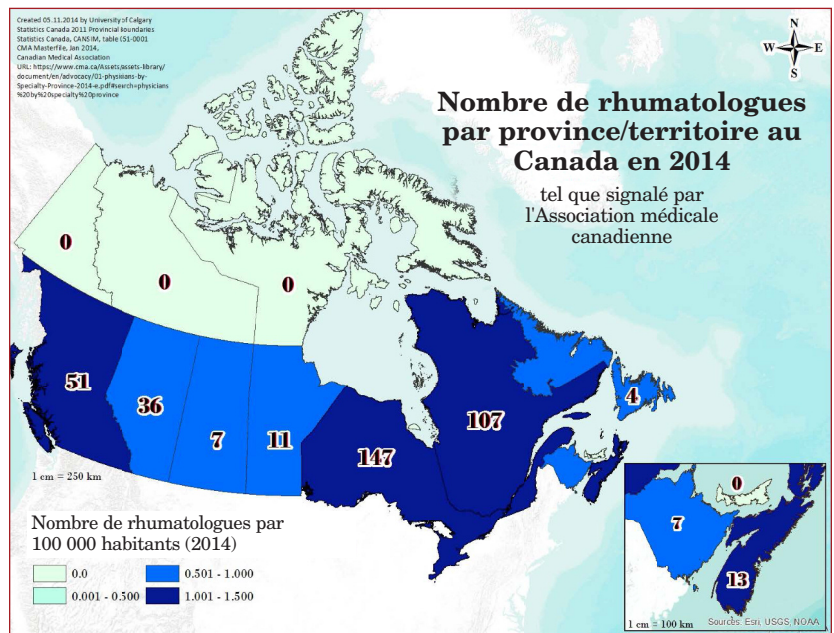
Levez-vous et soyez du nombre

par Claire Barber, M.D., FRCPC; au nom de Lauren Jewett, Dianne P. Mosher, M.D., FRCPC; Cory Baillie, M.D., FRCPC; Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC; Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP; Michel Zimmer, M.D., FRCPC; Alfred Cividino, M.D., FRCPC, FACR; Henry L. Averbs, M.B.Ch.B., FRCP(UK), FRCPC; et Deborah Marshall, Ph.D.

Combien de rhumatologues faut-il...? Non, ce n'est pas le début d'une blague pour vous faire rire, mais bien une préoccupation majeure de capacité et de main-d'œuvre qui menace la qualité des soins offerts à nos patients. Dans la plupart des régions à travers le Canada, on signale une grave pénurie de rhumatologues^{1,2}. De plus, la répartition des rhumatologues ne correspond pas nécessairement aux endroits où se trouvent les populations qui en ont le plus grand besoin. Des modèles de prestations de soins ont été préconisés par des organisations provinciales³ et nationales, incluant l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC)⁴, et comprennent notamment des équipes de soins multidisciplinaires, des services de télésanté et des cliniques itinérantes pour améliorer l'accès aux soins dans les régions rurales et éloignées. Mais comment mesurons-nous le nombre de rhumatologues requis en fonction du nombre d'habitants pour planifier les besoins actuels et futurs de la notre population?

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) rapporte la proportion de médecins pour la population; par contre, il n'indique pas le nombre de rhumatologues, mais seulement le nombre total de spécialistes⁵. En 2014, l'Association médicale canadienne (AMC) comptait 383 rhumatologues au Canada⁶. Bien que cette estimation nous fournisse une idée générale du nombre de rhumatologues disponibles au Canada, cela ne tient pas compte du temps que les rhumatologues passent à voir des patients en clinique et ne dit pas grand-chose sur l'endroit où ils voient des patients (les services télésanté et les cliniques itinérantes n'étant pas incluses). À l'heure actuelle, la carte présentée ci-dessous représente l'étendue de notre compréhension de la répartition des rhumatologues à l'échelle nationale.

Le Conseil des rhumatologues universitaires du Canada (CCAR) est une source de données fiable qui compte les rhumatologues universitaires et estime les équivalences



plein-temps (EPT) en milieux universitaires^{7,8}; cependant, les données sur les rhumatologues en milieu communautaire sont restreintes à ceux ayant une affiliation universitaire. Le sondage de 2014 du CCAR indique qu'il y a 207 rhumatologues pour adultes et 34 rhumatologues pédiatriques⁹.

Les données d'indemnisation et de facturation sont une autre source pouvant être utilisée pour estimer le nombre de rhumatologues pratiquant. Mais estimer la disponibilité des soins de rhumatologues est plus compliqué que cela ne pourrait sembler, puisque certains rhumatologues facturent en tant qu'internistes ou pédiatres plutôt qu'en tant que rhumatologues pour adultes ou rhumatologues pédiatriques. Ces données pourraient donc ne pas refléter adéquatement la capacité de service fournie.

Compte tenu des longs temps d'attente pour les patients canadiens qui souhaitent voir un rhumatologue, il nous faut déterminer avec précision la capacité des spécialistes en rhumatologie et les besoins prévus en soins afin de

Suite à la page 11.

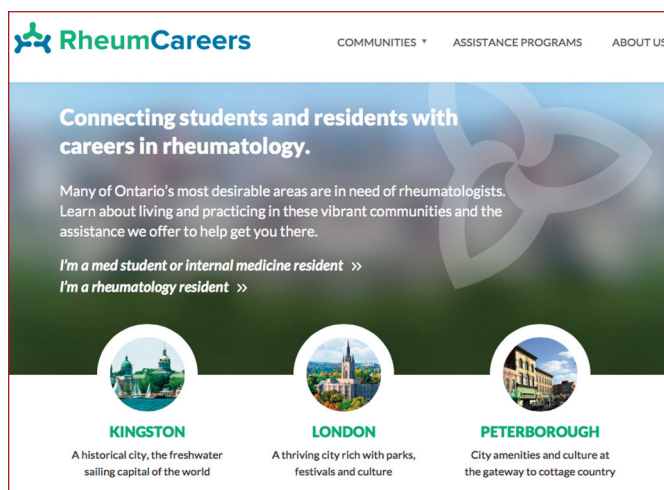
RheumCareers.com : projet de main-d'œuvre de l'AOR

par Jane Purvis, M.D., FRCPC

La rhumatologie en Ontario, comme dans bien d'autres juridictions, est actuellement sous-desservie. Les prévisions laissent entendre qu'il n'y aura pas suffisamment de rhumatologues pour traiter tous les patients atteints d'arthrite inflammatoire (AI) dans les années à venir. Dans plusieurs communautés, les rhumatologues qui ont cessé de pratiquer n'ont pas été remplacés; d'autres

communautés ont vu une croissance significative de la demande pour des rhumatologues sans aucun changement au nombre de médecins disponibles. L'Association ontarienne de rhumatologie (AOR – www.ontariorheum.ca) est résolue à trouver des solutions à ce problème dans le cadre d'un modèle de soins qui fournirait des soins pour l'arthrite dans des délais raisonnables à tous les Ontariens. Le comité de la main-d'œuvre de l'AOR, composé de rhumatologues, de membres de la Société de l'arthrite et de patients, s'emploie à trouver des solutions pour l'immédiat ainsi qu'à plus long terme. Une des priorités initiales du comité était la création d'un nouveau site Web, nommé *RheumCareers* (www.rheumcareers.ca), à l'appui de ce mandat.

La mission de ce site Web comporte deux volets. Le premier est de faire découvrir la rhumatologie comme choix de carrière potentiel aux étudiants et nouveaux résidents en médecine. Du matériel promotionnel, incluant des cartes postales informatives distribuées lors d'activités rassemblant des étudiants en médecine, de même que d'autres aide-mémoire concrets, a été développé pour favoriser ce mandat de sensibilisation. Le site Web permet aux étudiants en médecine et aux nouveaux résidents de communiquer avec des directeurs de programme à travers la province et d'obtenir plus d'information à propos de programmes pour étudiants optionnels ou estivaux



auxquels ils pourraient participer.

Le second volet de l'objectif du site Web est de permettre aux résidents en rhumatologie de l'Ontario de voir les communautés de la province qui sont à la recherche de rhumatologues. Ils peuvent obtenir de l'information sur la communauté, prendre des dispositions pour visiter la région, rencontrer les rhumatologues qui y sont déjà et faire une visite avec un

médecin recruteur. L'AOR aidera à soutenir ces résidents en leur fournissant des médecins mentors ainsi que des liens vers de l'information pertinente de l'Association médicale de l'Ontario (AMO) et de l'Association médicale canadienne (AMC). Cette démarche devrait aider les nouveaux rhumatologues à installer leur pratique, en espérant qu'ils se tourneront vers les communautés où le besoin est le plus grand.

L'information relative à notre projet a été acheminée aux facultés de médecine de l'Ontario, aux directeurs de programmes de médecine interne à travers l'Ontario, à l'Association professionnelle des résidents de l'Ontario, à ProfessionsSantéOntario, à l'AMO, à l'AMC, au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, à l'Association des étudiants en médecine de l'Ontario, à la Société de l'arthrite et à la SCR.

Le comité de la main-d'œuvre est convaincu que ces mesures, entre autres, réussiront à attirer de nouveaux stagiaires en rhumatologie et permettront éventuellement d'offrir des soins équitables, rapides et efficaces de l'arthrite dans l'ensemble de l'Ontario.

Jane Purvis, M.D., FRCPC

Ancienne présidente, Association de rhumatologie de l'Ontario
Rhumatologue, The Medical Centre
Peterborough, Ontario

La Charte des personnes atteintes d'arthrite

par Dawn P. Richards, Ph.D.

La Charte des personnes atteintes d'arthrite est véritablement le résultat d'un effort concerté de toute la communauté de l'arthrite sous la direction de l'Alliance canadienne des arthritiques (ACA). Le milieu de l'arthrite et des soins de santé a beaucoup changé. Pour rendre compte de ces changements, l'ACA souhaitait offrir aux patients et à la communauté un outil détaillant les droits et responsabilités du patient arthritique d'aujourd'hui. L'ACA espère que cette nouvelle Charte, ainsi

personnes atteintes d'arthrite au Canada et le nouveau document a été conçu dans un format facilement accessible (ex. : cartes postales disponibles dans les bureaux de médecin et en ligne sur le site Web de l'ACA)² et avec un visuel condensé s'adaptant mieux à notre époque.

Une nouvelle ébauche du Code canadien des droits de l'arthritique a donc été créée et renommée Charte des personnes atteintes d'arthrite, avec le soutien initial de l'AOR, l'engagement de groupes de patients (incluant

le Comité ACE [Arthritis Consumer Experts], l'Association Spondylitis Canadienne et le programme Patients-partenaires contre l'arthrite) et de plusieurs patients individuels. La Société de l'arthrite, la SCR et l'ACA ont également fourni leurs suggestions et leur soutien. De plus, tous ces groupes ont aussi recueilli l'opinion de leurs propres intervenants à l'aide d'un sondage en ligne demandant des rétroactions sur le contenu de l'ébauche de la Charte. Plus de 730 intervenants de partout au pays y ont répondu et leurs

commentaires ont été incorporés à la version définitive de la Charte. En seulement huit mois, l'ACA a su mobiliser la communauté canadienne de l'arthrite afin de rédiger cette nouvelle Charte.



que le Code original des droits de l'arthritique au Canada, sauront montrer tout le chemin parcouru par la communauté canadienne de l'arthrite¹. L'ACA entend continuer à collaborer avec tous les intervenants de la communauté de l'arthrite dans le but de permettre aux personnes atteintes d'arthrite de réaliser leur plein potentiel.

Tôt en 2014, l'ACA a entamé des discussions avec le comité des modèles de soins de l'Association ontarienne de rhumatologie (AOR) pour évaluer la possibilité de mettre à jour le Code canadien des droits de l'arthritique datant de 2001¹. Les deux groupes s'entendaient pour dire qu'au cours des treize années depuis la publication du Code original, d'importants changements positifs avaient eu lieu au sein de la communauté de l'arthrite. Le Code original se voulait avant tout un document de défense des droits (et demeure pertinent à cet égard), mais une mise à jour s'imposait. Les droits et responsabilités ont été révisés afin de mieux refléter la réalité des

Références :

1. Code canadien des droits de l'arthritique, 2001. Disponible à l'adresse : <http://www.arthrite.ca/document.doc?id=974>.
2. Alliance Canadienne des Arthritiques. Charte des personnes atteintes d'arthrite 2014. Disponible à l'adresse : www.arthritispatient.ca/projects/arthritis-patient-charter/.

Dawn P. Richards, Ph.D.

*Vice-présidente, Alliance canadienne des arthritiques
Conseillère scientifique et consultante auprès des patients
Toronto, Ontario*



Les personnes atteintes d'arthrite ont droit à ce qui suit :

- **Être traitées avec dignité, respect et considération.** Il incombe par ailleurs aux fournisseurs de soins de santé de les écouter en toute confidentialité et de respecter leur vie privée.
- **Recevoir un diagnostic exact en temps opportun.** Lorsqu'elle n'est pas diagnostiquée et traitée, l'arthrite peut causer des lésions articulaires graves.
- **Avoir accès rapidement à divers types de soins de grande qualité,** y compris l'accès à des professionnels de la santé et à des fournisseurs qualifiés.
- **Avoir facilement accès à de l'information actuelle, à des ressources éducatives et à des programmes de soutien liés à l'arthrite ainsi qu'à des soins fondés sur des données probantes.** Il est de la **responsabilité** des personnes atteintes d'arthrite de se renseigner sur la maladie et sur les soins disponibles.
- **Être informées et participer avec leurs fournisseurs de soins de santé à toutes les décisions concernant leur traitement.** Cela suppose des discussions sur les risques et les avantages de divers traitements ainsi que l'accès opportun aux dossiers médicaux. Les personnes atteintes d'arthrite ont la **responsabilité** de mener un mode de vie sain, de parler ouvertement avec leurs fournisseurs de soins de santé, de poser des questions sur leur traitement et de suivre les traitements convenus.
- **Avoir accès en temps opportun aux soins et traitements disponibles et bénéficier d'un remboursement public des médicaments et autres traitements au même taux dans toutes les provinces et tous les territoires.** Les interventions chirurgicales et les services de réadaptation qui facilitent les activités de la vie quotidienne et améliorent la qualité de vie ne devraient pas être considérés comme facultatifs.
- **Mener une vie bien remplie sans discrimination, notamment en prenant part à une vie familiale, à des activités sociales, à des études ou à un emploi.** Cela peut supposer l'élimination d'obstacles et l'accès à des programmes de gestion de l'invalidité.
- **Savoir que des projets de recherche sont menés en vue de trouver un moyen de guérir la maladie et d'améliorer la qualité de vie.** La recherche sur l'arthrite doit recevoir un financement égal à celui accordé à la recherche sur d'autres maladies chroniques et faire appel à des personnes arthritiques – les bénéficiaires des découvertes – pour établir des priorités et participer à des essais cliniques ou à titre de partenaires de recherche.
- **Jouer un rôle dans l'élaboration des politiques et des programmes qui les concernent.** Les personnes arthritiques doivent avoir voix au chapitre pour assurer la mise en place de politiques et de programmes des plus pertinents et bénéfiques.

Vous pouvez consulter la charte à l'adresse suivante :
<http://arthritispatient.ca/projects/arthritis-patient-charter/>

Éliminons les fractures une fois pour toutes! Services de liaison pour fracture

par Diane Thériault, M.D., FRCPC, CCD

Le problème

Après une première fracture osseuse, moins de 20 % des patients ayant subi une fracture de fragilisation reçoivent l'évaluation de densité minérale osseuse (DMO) ou le traitement dont ils auraient besoin pour leur ostéoporose sous-jacente. D'innombrables Canadiens finissent par subir des fractures répétitives invalidantes en raison de cette énorme lacune au plan des soins.

Les fractures sont chose courante

Une femme sur trois et un homme sur cinq subiront une fracture au cours de leur vie. Une très grande majorité de ces fractures sont dues à l'ostéoporose (Figure 1).

Les fractures engendrent les fractures

- 14 % des patients qui subissent une fracture du poignet subiront une autre fracture dans les trois années qui suivent.
- 20 % des patients qui subissent une fracture vertébrale subiront une autre fracture vertébrale dans l'année qui suit.
- 9 % des patients qui subissent une fracture de la hanche subiront une fracture de l'autre hanche dans l'année qui suit.
- La moitié des patients qui subissent une fracture de la hanche avaient « prévenu » leur médecin qu'ils avaient un risque élevé après avoir subi une fracture « d'avertissement » antérieure.
- De nombreuses fractures secondaires peuvent être évitées avec un traitement médicamenteux approprié.

Une solution rentable : les FLS

Les services de liaison pour fracture (*Fracture Liaison Services – FLS*) sont une approche systématique pour s'assurer que tous les patients qui présentent une fracture « d'avertissement » reçoivent les soins pour l'ostéoporose dont ils ont besoin pour prévenir de futures fractures de fragilisation. Les programmes FLS obtiennent de plus en plus d'appui à travers le monde et, bien que le Canada se démarque par son innovation, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir. La majorité des hôpitaux canadiens n'ont pas de programme FLS. En fait, la plupart des provinces n'ont aucun programme FLS!

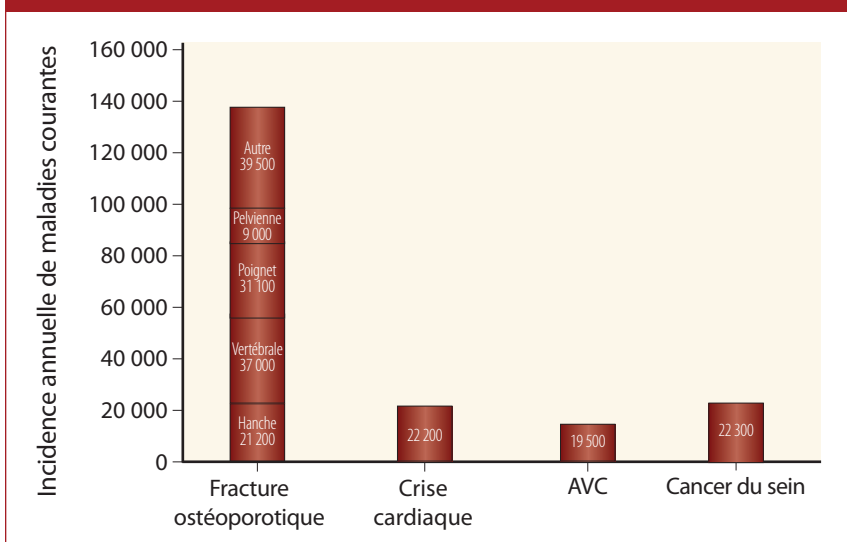
Comment cela fonctionne-t-il?

Un coordonnateur de FLS dédié (généralement une infirmière ou une infirmière praticienne) intervient immédiatement après une première fracture de fragilisation pour s'assurer que tous les patients qui subissent une fracture soient soumis à une évaluation complète de leur risque de fracture et reçoivent le traitement qui s'impose pour prévenir la prochaine fracture. Les étapes du procédé sont les suivantes.

- Identification : tous les hommes et les femmes de plus de 50 ans qui ont subi une fracture de fragilisation seront évalués afin de déterminer leurs risques d'ostéoporose et de futures fractures.
- Investigation : conformément aux Lignes directrices de 2010 d'Ostéoporose Canada, les personnes à risque passeront un test de DMO.
- Initiation : au besoin, un traitement ostéoporotique sera amorcé.

En vertu de ce modèle des trois « i », le personnel FLS dédié coordonne les soins du patient, œuvrant dans le cadre des protocoles de leur établissement et sous la supervision d'un médecin ayant une expertise en ostéoporose.

Figure 1. Incidence de fracture ostéoporotique, de crise cardiaque, d'AVC et de cancer du sein chez les femmes canadiennes



À quoi ressemble le succès?

Il a été démontré que le modèle de soins fondé sur les FLS réussi, au Canada et dans bon nombre d'autres pays, à combler l'écart thérapeutique dans les soins ostéoporotiques post-fracture, réduisant du même coup l'incidence de fractures subséquentes, réduisant les taux de mortalité et permettant de réaliser des économies significatives. Les analyses officielles de rentabilité indiquent que, même en tenant compte de tous les coûts (y compris les examens de DMO et les médicaments ostéoporotiques additionnels), le modèle FLS des trois « i » est systématiquement reconnu comme étant le plus rentable.

Comment pouvez-vous aider?

Les rhumatologues peuvent s'engager et se faire les champions des programmes FLS dans leur région. Mettre sur pied un programme FLS à partir de rien n'est pas chose facile. C'est pourquoi Ostéoporose Canada a développé une trousse d'outils FLS pour faciliter le processus. Cette trousse d'outils contient des renseignements généraux détaillés sur les FLS, y compris de l'information propre à chaque province et des modèles pour différents documents (algorithmes, descriptions d'emploi, lettres types aux

fournisseurs de soins primaires, etc.) qui peuvent être téléchargés et adaptés aux besoins de l'établissement concerné.

Éliminons les fractures une fois pour toutes! Joignez-vous à la campagne pour l'amélioration des soins ostéoporotiques offerts aux victimes de fractures de fragilisation dans votre communauté. Vous trouverez de plus amples renseignements, des ressources et des conseils pratiques pour la mise en œuvre d'un programme FLS sur le site www.osteoporosis.ca/fracture-liaison-service. Joignez-vous au Réseau FLS d'Ostéoporose Canada (gratuitement!) pour recevoir des mises à jour régulières et des invitations à des webinaires portant sur des sujets liés aux FLS et aux soins post-fracture. Vous pouvez également communiquer avec moi directement à l'adresse courriel dtheriault@osteoporosis.ca.

*Diane Thériault, M.D., FRCPC, CCD
Rhumatologue
Conseillère scientifique en chef,
Services de liaison pour fractures
Ostéoporose Canada
Dartmouth, Nouvelle-Écosse*

Suite de la page 6.

pouvoir planifier pour l'avenir et assurer à tous les Canadiens souffrant d'arthrite un accès rapide et équitable pour guider les modèles de soins et remédier aux longs temps d'attente.

Par conséquent, une mesure du nombre de rhumatologues par rapport au nombre d'habitants a été incluse dans la série de six mesures de rendement pour l'évaluation des modèles de soins par l'AAC¹⁰. Cette mesure est d'une importance capitale pour la SCR et les organismes qui doivent voir aux problèmes de capacité de la main-d'œuvre en se basant sur des données précises. C'est également d'un grand intérêt pour les stagiaires à la recherche d'emplois.

Nous avons besoin de votre aide pour figurer la demande de service et la capacité actuelle en rhumatologie pour guider la planification des ressources pour le futur. Pour ce faire, il nous faut disposer d'information précise à propos des services fournis par les rhumatologues et de l'endroit où ces services sont fournis. Au cours de la prochaine année, nous évaluerons différentes méthodes pour étudier la capacité de la main-d'œuvre en rhumatologie et commencer à mesurer cette capacité et établir un relevé des rhumatologues au Canada.

Vous joindrez-vous à nous en vous levant pour être du nombre?

Références :

1. Kur J, Koehler B. Rheumatologist demographics in British Columbia: A looming crisis. *BCM J* 2011; 53(3):128-31.
2. Widdifield J, Paterson JM, Bernatsky S, et coll. The rising burden of rheumatoid arthritis surpasses rheumatology supply in Ontario. *Can J Public Health* 2013; 104(7):e450-5.

3. Ahluwalia V, Thorne C, Bombardier C, et coll. Models of Care. Association ontarienne de rhumatologie 2014. Disponible à l'adresse : www.ontariorheum.ca/publications/other-publications.
4. Ahluwalia V, Frank C, Mosher DP, et coll. A pan-Canadian approach to inflammatory arthritis models of care, 2014. Disponible à l'adresse : www.arthritisalliance.ca/en/initiatives/pan-canadian-approach-to-ia-models-of-care.
5. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Répertoire des indicateurs 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/tabbedcontent/health+system+performance/indicators/indicator+library/cihi013913>.
6. Association médicale canadienne (AMC). Statistiques sur les effectifs médicaux du Canada 2014. Disponible à l'adresse : <https://www.cma.ca/fr/Pages/canadian-physician-statistics.aspx>.
7. Hanly JG. Physician resources and postgraduate training in Canadian academic rheumatology centers: a 5-year prospective study. *J Rheumatol* 2004; 31(6):1200-5.
8. Hanly JG, Canadian Council of Academic Rheumatologists. Manpower in Canadian academic rheumatology units: current status and future trends. *Canadian Council of Academic Rheumatologists. J Rheumatol* 2001; 28(9):1944-51.
9. Hanly JG, Barber C. Canadian Council of Academic Rheumatologists 2014 data. Personal communications, November 6, 2014.
10. Barber C, Marshall D, Mosher DP, et coll. Developing System Level Performance Measures for Evaluating Models of Care for Inflammatory Arthritis, 2014 (Résumé soumis à l'Assemblée annuelle scientifique de la SCR).

*Claire Barber, M.D., FRCPC
Professeure clinicienne adjointe,
Faculté de médecine, Division de rhumatologie,
Université de Calgary, Calgary, Alberta*

Au nom de Lauren Jewett, B.Sc.; Dianne P. Mosher, M.D., FRCPC; Cory Baillie, M.D., FRCPC; Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC; Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP; Michel Zimmer, M.D., FRCPC; Alfred Cividino, M.D., FRCPC; Henry L. Avern, M.B.Ch.B., FRCP(UK), FRCPC; et Deborah Marshall, Ph.D.

Pratiques actuelles de prise en charge de la goutte par les médecins de premier recours au Canada

Par Gregory Choy, M.D., FRCP; Niloofar Baria, M.D., CCFP; Alan Bell, M.D., CCFP; Lydia Hatcher, M.D., CCFP, FCFP, CHE, CAPM; Denise Sequeira, M.D.; et Daniel Gagnon, M.D.

Renseignements généraux

La goutte touche près de 3 % de la population adulte au Canada^{1,2}. Plusieurs études ont révélé que les patients présentant des concentrations d'acide urique sérique (AUS) inférieures à 360 µmol/L obtenaient de meilleurs résultats, incluant des réductions de la fréquence des crises^{3,4}, des réductions de la surface de tophus^{5,6}, et l'élimination des réserves de cristaux d'urate dans le liquide synovial^{5,7,8}. Des agents anti-inflammatoires prophylactiques devraient être prescrits au début du traitement d'abaissement chronique de l'uricémie pour éviter le risque de mobilisation⁶. Le contrôle inadéquat de l'hyperuricémie pourrait avoir des répercussions économiques significatives dans la société, tant sur le plan des coûts médicaux directs que par les coûts indirect⁹⁻¹¹.

La goutte est principalement prise en charge par les médecins de premier recours^{12,13}. L'EULAR (European League Against Rheumatism) avait développé des recommandations fondées sur les données probantes pour la prise en charge de la goutte avant le lancement de notre étude^{6,14-17}. Toutefois, puisque les nouvelles lignes directrices de 2012 de l'American College of Rheumatology (ACR) n'ont été publiées qu'après l'achèvement de cette étude, elles n'ont pas pu être prises en considération.

Ce programme de vérification de dossiers a été conçu pour voir comment la goutte a été prise en charge par les médecins de premier recours au Canada au cours des dernières années et pour identifier toute lacune au plan des soins.

Méthodologie

Ce programme consistait en une revue observationnelle multicentrique de dossiers médicaux cliniques sur la goutte à l'échelle du Canada. De septembre 2011 à janvier 2012, le profil de 500 patients atteints de goutte et traités en consultation externe à des cliniques de premier recours a été établi. Des omnipraticiens ou médecins de famille (n = 72) ont été invités à remplir des formulaires de rapport de cas sur les dix premiers patients consécutifs se présentant à leur bureau respectif avec des symptômes de goutte documentés et répondant aux critères de sélection. Les critères d'inclusion englobaient des hommes et femmes de plus de 18 ans avec des antécédents de goutte depuis au moins un an. Les patients traités pour le cancer étaient exclus. Chaque médecin devait remplir un questionnaire de rapport de cas structuré en ligne. Le formulaire de rapport incluait les données démographiques, le fardeau de la maladie (concentrations

d'AUS, nombre de crises et symptômes), les comorbidités et le traitement. Les médecins traitants ont d'abord été questionnés sur les concentrations cibles d'AUS avant d'amorcer le traitement d'abaissement de l'uricémie. Tous les patients participants ont donné leur consentement éclairé. Cette étude a été examinée et approuvée par le comité d'examen institutionnel (CEI). Les pratiques actuelles de traitement de la goutte ont été analysées par rapport aux lignes directrices de l'EULAR pour la prise en charge de la goutte. Les données ont été recueillies à l'aide d'un formulaire normalisé d'abstraction de données et ont été analysées et comparées en fonction des intervalles de confiance (IC) et du test t de Student bilatéral non apparié.

Données démographiques et caractéristiques initiales des patients

En tout, 72 médecins de famille ont été recrutés à travers le Canada et 500 profils de patient ont été établis. Les principales caractéristiques sociodémographiques et médicales de la cohorte d'étude sont résumées aux tableaux 1 et 2 ainsi qu'à la Figure 1. Environ 85 % des patients étaient des hommes et l'âge moyen était de 64 ans; le ratio homme-femme s'établissait à 6:1. La proportion de patients avec un diagnostic de goutte chronique était presque pareille partout au Canada (58 %). En moyenne, les concentrations d'AUS des patients avaient été mesurées deux fois par année depuis le début de leur traitement actuel et les patients avaient subi une crise au cours des 12 mois précédents. Environ 75 % des patients atteints de goutte

Tableau 1

Données démographiques générales

	Ouest	Ontario	Québec	Est	Total
Médecins (n)	24	26	15	7	72
Profil de patient (n)	173	160	115	52	500

Tableau 2

Données démographiques générales

	Homme	Femme
Sexe des patients (%)	85	15
Moyenne d'âge (années)	63	69

chronique dans cette cohorte recevaient un traitement d'abaissement de l'uricémie. La grande majorité des patients (61 %) recevaient de l'allopurinol et 11 % recevaient du fébuxostat. Près de 60 % des patients prenaient des médicaments anti-inflammatoires sur une période moyenne de huit semaines.

Cible normalisée de concentrations d'AUS

Environ deux tiers des médecins interrogés à travers le Canada affirmaient avoir une cible thérapeutique normalisée d'AUS. Toutefois, seulement 38 % des répondants traitaient les patients atteints de goutte jusqu'à une concentration cible optimale d'AUS (concentration d'AUS < 360 µmol/L). Près de 45 % des médecins traitaient la goutte de façon sous-optimale ou n'avaient pas connaissance d'une cible thérapeutique.

Les médecins qui traitaient jusqu'à une cible optimale avaient généralement un plus grand nombre de patients ayant présenté moins de trois crises au cours de la dernière année (43 %), comparativement à ceux ne traitant pas jusqu'à la valeur cible (56 %). La mesure moyenne de l'AUS était significativement plus basse chez les patients qui avaient présenté moins que trois crises au cours des 12 mois précédents (378 µmol/L par rapport à 467 µmol/L, $p \leq 0,004$). Dans l'ensemble, ces résultats indiquent un risque de crise de 56 % plus élevé chez les patients avec des concentrations d'AUS en dehors de la cible par rapport à ceux à la valeur cible.

Les éléments déclencheurs d'un traitement d'abaissement de l'uricémie

Dans cette étude, plusieurs facteurs avaient incité les médecins de famille à amorcer un traitement d'abaissement de l'uricémie chez les patients atteints de goutte (Figure 2), dont notamment le nombre croissant de crises au cours de la dernière année en première position.

Durée de la prophylaxie anti-inflammatoire en association avec le traitement d'abaissement de l'uricémie

Les patients traités jusqu'à une cible optimale étaient plus susceptibles de recevoir une prescription de prophylaxie anti-inflammatoire (64 %) par rapport aux patients traités de manière sous-optimale (54 %). Les médecins prescrivait la prophylaxie anti-inflammatoire aux patients recevant un traitement d'abaissement de l'uricémie pour une période moyenne de huit semaines, ce qui est en dessous de la durée recommandée (six mois) par le groupe de travail de l'EULAR.

Discussion

À notre connaissance, ce programme de vérification de dossiers est la première étude canadienne entreprise pour examiner les tendances dans la prise en charge de la goutte, ainsi que la qualité des soins reçus des médecins de famille par les patients atteints de goutte.

Figure 1. Incidence de comorbidité chez les patients atteints de goutte

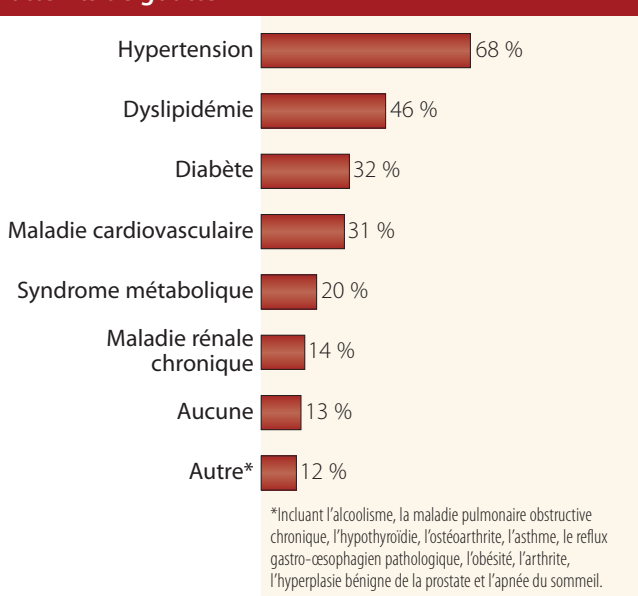
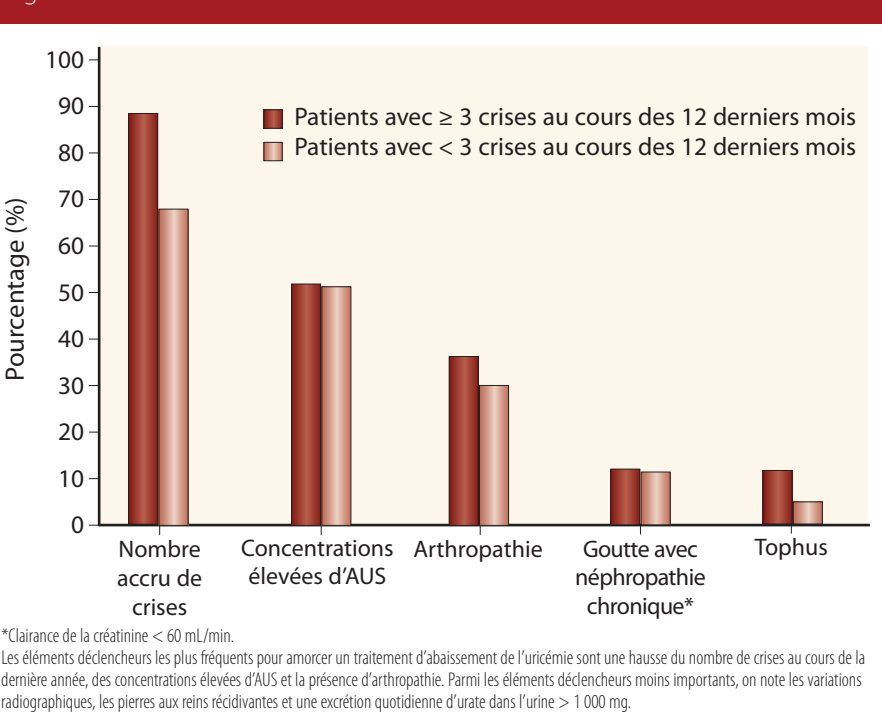


Figure 2. Les éléments déclencheurs d'un traitement d'abaissement de l'uricémie



Les caractéristiques démographiques de cette population d'étude canadienne étaient semblables à celles des États-Unis et du Royaume-Uni, avec les hommes dans la soixantaine étant le groupe le plus commun. Plus de 70 % des patients recevaient un traitement d'abaissement de l'uricémie; l'allopurinol demeurait l'agent le plus fréquent et le fébuxostat représentait environ 10 % des prescriptions.

Une proportion importante des médecins de premier recours ne traitait pas jusqu'aux concentrations thérapeutiques cibles d'AUS. Les patients qui n'étaient pas traités jusqu'à la valeur cible subissaient généralement plus de crises. De plus, les patients ne recevaient souvent pas de prescription de prophylaxie anti-inflammatoire ou la durée de la prophylaxie était trop courte. Ceci était également associé à plus de crises après le début du traitement.

Cette étude comportait plusieurs limitations. Les médecins avaient été invités au hasard à participer au programme. Ceux qui ont accepté de participer pourraient avoir eu un intérêt plus marqué pour la prise en charge de la goutte, ce qui pourrait avoir eu une incidence sur nos résultats puisqu'ils ne sont pas nécessairement représentatifs de la population générale des médecins de premier recours. Un petit échantillon (n = 500) et la nature rétrospective des vérifications de dossiers ont également limité l'analyse statistique.

De façon générale, cette étude met en évidence la nécessité d'éduquer les médecins à propos de l'importance de traiter la goutte de façon plus agressive. En l'absence de mise à jour récente des lignes directrices canadiennes pour la prise en charge de la goutte, il était difficile de savoir quelles lignes directrices fondées sur les résultats probants étaient appliquées par les médecins de premier recours au Canada. L'étiologie de la goutte est bien définie et des traitements efficaces sont disponibles pour la prise en charge à court et à long terme. Une meilleure diffusion des meilleures lignes directrices pratiques est primordiale pour améliorer la qualité des soins donnés aux patients atteints de goutte.

Références :

1. Wong R, Davis AM, Badley E, et coll. Prevalence of Arthritis and Rheumatic Diseases Around the World. A Growing Burden and Implications for Health Care Needs. 2010. MOCA2010-07/002.
2. Badley E, DesMeules M. Health Canada. Arthritis in Canada. An Ongoing Challenge. Ottawa. 2003. H39-4/14-2003E.
3. Zhang W, Doherty M, Pascual E, et coll. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCI-SIT). Ann Rheum Dis 2006; 65(10):1301-11.
4. Perez-Ruiz F. Treating to target: a strategy to cure gout. Rheumatology (Oxford) 2009; 48 Suppl 2:ii9-ii14.
5. Becker MA, Schumacher HR Jr., Wortmann RL, et coll. Febuxostat compared with allopurinol in patients with hyperuricemia and gout. N Engl J Med 2005; 353(23):2450-61.
6. Shoji A, Yamanaka H, Kamatani N. A retrospective study of the relationship between serum urate level and recurrent attacks of gouty arthritis: evidence for reduction of recurrent gouty arthritis with antihyperuricemic therapy. Arthritis Rheum 2004; 51(3):321-5.
7. Doherty M. New insights into the epidemiology of gout. Rheumatology (Oxford) 2009; 48 Suppl 2:ii2-ii8.
8. Pascual E, Sivera F. Time required for disappearance of urate crystals from synovial fluid after successful hypouricaemic treatment relates to the duration of gout. Ann Rheum Dis 2007; 66(8):1056-8.
9. Pascual E, Sivera F. Why is gout so poorly managed? Ann Rheum Dis 2007; 66(10):1269-70.
10. Doherty M, Jansen TL, Nuki G, et coll. Gout: why is this curable disease so seldom cured? Ann Rheum Dis 2012; 71(11):1765-70.
11. Jordan KM, Cameron JS, Snaith M, et coll. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of gout. Rheumatology (Oxford) 2007; 46(8):1372-4.
12. Zhang W, Doherty M, Bardin T, et coll. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCI-SIT). Ann Rheum Dis 2006; 65(10):1312-24.
13. Mikuls TR, Farrar JT, Bilker WB, et coll. Suboptimal physician adherence to quality indicators for the management of gout and asymptomatic hyperuricaemia: results from the UK General Practice Research Database (GPRD). Rheumatology (Oxford) 2005; 44(8):1038-42.
14. Roddy E, Zhang W, Doherty M. The changing epidemiology of gout. Nat Clin Pract Rheumatol 2007; 3(8):443-9.
15. Perez-Ruiz F, Calabozo M, Pijoan JI, et coll. Effect of urate-lowering therapy on the velocity of size reduction of tophi in chronic gout. Arthritis Rheum 2002; 47(4):356-60.
16. Li-Yu J, Clayburne G, Sieck M, et coll. Treatment of chronic gout. Can we determine when urate stores are depleted enough to prevent attacks of gout? J Rheumatol 2001; 28(3):577-80.
17. Cronstein BN, Terkeltaub R. The inflammatory process of gout and its treatment. Arthritis Res Ther 2006; 8 Suppl 1:S3.

Gregory Choy, M.D., FRCP
Chef intérimaire, Division de rhumatologie
Centre des sciences de la santé Sunnybrook,
Toronto, Ontario

Niloofar Baria, M.D., CCFP
Directeur des Fondations de médecine,
Éducation en médecine de 1^{er} cycle
Université de la Colombie-Britannique
Médecin de famille,
Vancouver, Colombie-Britannique

Alan Bell, M.D., CCFP
Professeur adjoint,
Département de médecine familiale et communautaire
Université de Toronto,
Toronto, Ontario

Lydia Hatcher, M.D., CCFP, FCFP, CHE, CAPM
Médecin de famille,
Family Wellness Place,
Mount Pearl, Terre-Neuve

Denise Sequeira, M.D.
Agente de liaison des sciences médicales,
Takeda Canada Inc.,
Oakville, Ontario

Daniel Gagnon, M.D.
Rhumatologue, Centre médical et chirurgical Rockland
Montréal, Québec

Mise à jour des données démographiques sur les rhumatologues en Colombie-Britannique

par Jon Chan, M.D., FRCPC; et Jason Kur, M.D., FRCPC, ABIM

La planification des ressources humaines médicales nécessite des renseignements précis à jour en vue de se préparer pour les besoins futurs des médecins. La British Columbia Society of Rheumatologists (BCSR) a mené une étude en 2010¹ mettant en évidence une crise imminente au plan de la main-d'œuvre en rhumatologie dans la province, alors que les départs à la retraite étaient susceptibles de surpasser l'arrivée de nouveaux spécialistes, exacerbant par le fait même une pénurie déjà importante. Nous avons donc voulu faire une mise à jour de ces données démographiques et les comparer à celles recueillies en 2010 ainsi qu'aux autres sous-spécialités à travers le Canada.

En août 2013, nous avons entrepris un sondage en ligne auquel tous les rhumatologues certifiés par le Collège royal et tous les internistes généraux qui pratiquent en rhumatologie dans la province ont été invités à participer. L'information recueillie incluait depuis quand les praticiens avaient leur licence, s'ils pratiquaient seuls, en groupe ou en contexte universitaire/scientifique, quelles populations ils desservaient, combien de demi-journées de travail ils faisaient par semaine et dans combien d'années ils prévoient prendre leur retraite.

Notre taux de réponse au sondage a été de 94 % avec 58 répondants. En août 2013, il y avait l'équivalent de 41 rhumatologues à temps plein pratiquant en Colombie-Britannique. L'équivalence plein-temps (EPT) était définie comme travaillant 9 ou 10 demi-journées par semaine. Ces 41 praticiens représentaient une hausse de neuf rhumatologues par rapport à 2010; ces nouveaux postes étaient principalement basés dans des centres avec une population de moins de 300 000 patients. Les pourcentages d'hommes et de femmes avaient changé de 69 % et 31 % en 2010 à 60 % et 40 % en 2013. Comparativement aux données du Sondage national des médecins² de 2013 au Canada, les rhumatologues de la Colombie-Britannique pratiquent depuis significativement plus longtemps, avec plus de 60 % d'entre eux ayant leur licence depuis plus de 20 ans par rapport à la moyenne nationale de 49 %. Parmi les rhumatologues actuellement actifs, 21 % prévoient prendre leur retraite dans les cinq prochaines années et plus de 48 % dans les dix prochaines années.

Notre étude en 2010 mettait en évidence la crise imminente au sein de la main-d'œuvre en rhumatologie. Au cours des trois dernières années, notre province a retenu neuf nouveaux rhumatologues. Cet influx de médecins ne fait que remplacer le nombre de rhumatologues qu'on s'attend à voir prendre leur retraite. Pour établir un parallèle, une étude de main-d'œuvre menée en 2005 aux États-Unis signalait un rhumatologue par tranche de 60 000 personnes³. Notons toutefois qu'il n'existe pas de directives claires précisant combien de rhumatologues sont requis pour desservir une population donnée. La population de la Colombie-Britannique en 2013 était de 4 581 978 habitants⁴, soit un rhumatologue pour 80 000 personnes ou une ETP de rhumatologue pour 112 000 personnes. De nouvelles avancées dans le domaine de la rhumatologie ont permis aux rhumatologues d'améliorer la qualité de vie de leurs patients et de prévenir l'invalidité à long terme; cependant, cela nécessite souvent que le traitement soit amorcé en dedans d'une certaine période. Pour combler cette lacune dans les soins, il conviendra de continuer à mettre l'accent sur le recrutement des médecins, les modèles novateurs de prestation de soins et la collaboration avec les professionnels de la santé connexes, tout en veillant à remédier aux inégalités au plan de la rémunération des médecins.

Références :

1. Kur J, Koehler B. Rheumatologist demographics in British Columbia: A looming crisis. Disponible à l'adresse : www.bcmj.org/articles/rheumatologist-demographics-british-columbia-looming-crisis.
2. Sondage national des médecins, 2013. Disponible à l'adresse : <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/surveys-fr/>.
3. The United States rheumatology workforce: supply and demand, 2005-2025. *Arthritis Rheum* 2007; 56(3):722-9.
4. BCStats. 2013 Sub-Provincial Population Estimates, 2014. Disponible à l'adresse : www.bcstats.gov.bc.ca/StatisticsBySubject/Demography/PopulationEstimates.aspx.

Jon Chan, M.D., FRCPC

Boursier en clinique, spondylite ankylosante

Université de Toronto, Toronto, Ontario

Jason Kur, M.D., FRCPC, ABIM

Professeur clinicien adjoint, Université de la C.-B.

Président, British Columbia Society of Rheumatologists

Codirecteur, Artus Health Center

Vancouver, Colombie-Britannique

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

Voici ^{Pr} XELJANZ^{MC} : La simplicité d'un schéma posologique biquotidien par voie orale, le pouvoir d'atténuer les symptômes de la PR¹.



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

NOUVEL AGENT ORAL
^{Pr} **XELJANZ^{MC}** 
[citrate de tofacitinib]

Efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

Avec l'association XELJANZ + MTX, on a observé :

- Une atténuation significative des symptômes chez les patients du groupe MTX-RI comparativement au groupe placebo + MTX^{1*}.

Taux de réponse ACR20 après 6 mois : 52 % pour XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. ou 47 % pour l'adalimumab à 40 mg q2s vs 28 % pour le placebo ($p < 0,0001$ et $p < 0,001$, respectivement).

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

- Une amélioration significative de la capacité fonctionnelle après 3 mois dans le groupe MTX-RI comparativement au groupe placebo + MTX^{1*}.

Diminution moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3^e mois : -0,56 pour XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. ou -0,51 pour l'adalimumab à 40 mg q2s vs -0,25 pour le placebo ($p < 0,0001$).

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

Marge de tolérabilité démontrée

- Dans les études de phase III, les effets indésirables le plus souvent signalés au cours des 3 premiers mois (chez ≥ 2 % des patients traités par XELJANZ) chez les patients sous XELJANZ (n = 1216) comparativement au placebo (n = 681) ont été les infections des voies respiratoires supérieures (4,4 %, 3,4 %), les céphalées (4,4 %, 2,2 %), la rhinopharyngite (3,9 %, 2,8 %), la diarrhée (3,7 %, 2,3 %), les nausées (2,6 %, 2,6 %) et les infections des voies urinaires (2,1 %, 1,8 %)¹.

Mises en garde et précautions les plus importantes :

Risque d'infections graves : Les patients traités par XELJANZ sont exposés à un risque accru de contracter une infection grave qui peut nécessiter une hospitalisation ou même causer la mort. La plupart des patients qui ont contracté une telle infection prenaient un immunosuppresseur comme le méthotrexate ou un corticostéroïde en même temps que XELJANZ. En cas d'infection grave, il faut interrompre le traitement par XELJANZ jusqu'à ce que l'infection soit maîtrisée. Les infections signalées comprennent : la tuberculose évolutive, les infections fongiques envahissantes, les infections bactériennes ou virales et les autres infections provoquées par des agents pathogènes opportunistes.

Le traitement par XELJANZ ne doit pas être entrepris en présence d'une infection évolutive, qu'elle soit chronique ou localisée.

Pendant et après le traitement par XELJANZ, les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite visant à détecter tout signe ou symptôme d'infection, notamment en vue de déceler la présence d'une tuberculose chez les patients dont les résultats aux épreuves de dépistage de la tuberculose latente effectuées avant le traitement se sont révélés négatifs.

Cancers : Des cas de lymphome et d'autres cancers ont été observés chez des patients traités par XELJANZ. Des cas de trouble lymphoprolifératif consécutif à une transplantation et associé au virus Epstein-Barr ont été observés à une fréquence plus élevée chez les greffés rénaux traités par XELJANZ qui prenaient en concomitance des médicaments immunosuppresseurs.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Risque de perforation du tube digestif. Utiliser avec prudence chez les patients qui peuvent être exposés à un risque accru de perforation du tube digestif.
- Risque de réactivation virale, comme la réactivation du virus responsable du zona.
- Risque de cancer, de troubles lymphoprolifératifs et de cancer de la peau non mélanique.
- Risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques.
- Il faut éviter d'utiliser XELJANZ chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave ou chez les patients porteurs du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.
- Utiliser avec prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque.

- XELJANZ peut accroître le risque d'immunosuppression. L'administration concomitante avec des immunosuppresseurs puissants n'est pas recommandée.
- L'administration d'un vaccin vivant pendant le traitement par XELJANZ n'est pas recommandée.
- Administrer avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance rénale (c.-à-d., $\text{ClCr} < 40$ mL/min).
- XELJANZ ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.
- Les femmes ne doivent pas allaiter pendant un traitement par XELJANZ.
- L'innocuité et l'efficacité de XELJANZ n'ont pas été établies chez les enfants.
- Il faut administrer ce médicament avec prudence aux personnes âgées en raison du risque accru d'infection grave.
- Administrer avec prudence aux patients d'origine asiatique en raison d'un risque accru de zona, d'infection opportuniste et de pneumopathie interstitielle.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une hausse des taux de créatine kinase.
- XELJANZ entraîne une réduction de la fréquence cardiaque et une prolongation de l'intervalle PR. La prudence est de mise chez les patients qui présentent au départ une faible fréquence cardiaque (< 60 battements par minute), des antécédents de syncope ou d'arythmies, une maladie du sinus, un bloc sino-auriculaire, un bloc auriculoventriculaire (AV), une cardiopathie ischémique ou une insuffisance cardiaque congestive.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une fréquence accrue d'élévations du taux d'enzymes hépatiques.

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie du produit à l'adresse http://www.pfizer.ca/fr/our_products/products/monograph/342 pour obtenir des renseignements importants au sujet des effets indésirables, des interactions médicamenteuses et de la posologie qui ne figurent pas dans le présent document. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.

Référence : 1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ. 16 avril 2014.

f.p.j. : fois par jour; MTX-RI : réponse insuffisante au méthotrexate; q2s : toutes les 2 semaines

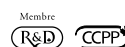
*Étude multicentrique, comparative avec placebo, à répartition aléatoire et à double insu, menée chez des patients de 18 ans ou plus atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive selon les critères de l'ACR (American College of Rheumatology). Les patients ont été répartis au hasard de façon à recevoir XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. (n = 196), l'adalimumab à 40 mg par voie sous-cutanée toutes les 2 semaines (n = 199) ou un placebo (n = 106). Les principaux critères d'évaluation étaient les suivants : la proportion de patients ayant obtenu une réponse ACR20 au 6^e mois, la variation moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3^e mois et la proportion de patients ayant obtenu un score DAS28-4 (VS) inférieur à 2,6 au 6^e mois.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé^{MD}

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

CA0114T0F016F





D'UN OCÉAN À L'AUTRE :

Rapports des comités de la SCR et des associations provinciales de rhumatologie

Mise à jour du comité des thérapeutiques

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

Le comité des thérapeutiques de la SCR a encore eu une année chargée et productive. Nous continuons à travailler sur l'élaboration et la diffusion de lignes directrices avec des groupes se consacrant activement à la diffusion et à la traduction des lignes directrices sur la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la fibromyalgie, le développement de déclarations consensuelles sur la vasculite et le lupus et sur les lignes directrices soumises pour la prise en charge des spondyloarthropathies (SpA). Un nouveau groupe travaille sur des lignes directrices pour la prise en charge des maladies rhumatismales durant la grossesse. Afin de simplifier le processus de développement des lignes directrices et nous assurer d'utiliser une méthodologie à jour, nous avons consulté des spécialistes en méthodologie de développement de lignes directrices de l'Université McMaster. Nous espérons utiliser des lignes directrices pour soutenir le développement d'indicateurs de qualité et pour guider des stratégies comme la campagne « Choisir avec soin ».

En plus de travailler sur les lignes directrices, le comité pharmacothérapeutique collabore activement avec le gouvernement et l'industrie pharmaceutique sur les problèmes de pénuries de médicaments, et en particulier la suspension du naproxène pour la population pédiatrique (voir l'article à la page 20). Nous suivons de près l'évolution constante du paysage canadien à l'égard de l'utilisation de la marijuana à des fins médicales et nous avons

publié un éditorial sur l'accès à la marijuana médicale au Canada. Une évaluation des besoins des membres de la SCR sera bientôt publiée. Nous nous tenons également au courant des progrès des produits biologiques ultérieurs (PBU) et de leur arrivée au Canada. Un sondage a été mené auprès des membres de la SCR et un texte a été soumis pour publication.

Compte tenu des activités de l'année qui s'achève, je suis convaincu que de présider au comité des thérapeutiques demeurera un défi excitant et fascinant. Notre mandat a pris tellement d'expansion au fil des années, surtout dans le domaine des lignes directrices, qu'il pourrait bien devenir un comité entièrement autonome. Je me sens privilégié de pouvoir compter sur des collègues aussi enthousiastes qui continuent à œuvrer avec acharnement pour améliorer la rhumatologie au Canada. Je tiens à remercier tous nos membres passionnés pour leur temps et leur dévouement. J'aimerais aussi remercier tout particulièrement Christine Charnock, ainsi que le conseil d'administration et le comité exécutif, pour leur soutien continu. Nous sommes toujours à la recherche de nouveaux membres alors n'hésitez pas à m'écrire à shahin.jamal@vch.ca si cela vous intéresse.

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

Rapport sur l'accès aux soins

par Henry L. Averbs, M.B.Ch.B., FRCP(UK), FRCPC; et Michel Zimmer, M.D., FRCPC

C'est avec plaisir que nous vous faisons part des plus récentes nouvelles sur les principales activités du Comité d'accès aux soins (CAAS) au cours de la dernière année. Nos efforts demeurent axés sur l'amélioration des soins à la population autochtone, en collaboration avec l'Alliance sur les temps d'attente (ATA), l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC) et l'Association ontarienne de rhumatologie (AOR).

Nous avons réussi à améliorer les critères d'utilisation limitée pour fournir un traitement biologique aux patients couverts par le Programme des services de santé non assurés (SSNA). Les membres de la SCR ont eu la gentillesse de nous faire parvenir d'autres recommandations que nous avons communiquées au Programme SSNA au cours de l'été. Une partie du malaise à l'égard des formulaires et des procédés a été partagée, mais il reste de nombreuses barrières systématiques qui ralentissent notre progression. Nous nous lançons maintenant dans un nouveau projet d'accès aux médicaments dans la population des patients pédiatriques. Ces discussions avancent lentement mais sûrement, et malgré notre bonne relation avec l'équipe du programme SSNA, nous devons nous résoudre à de modestes ambitions à l'égard du temps qu'il faudra pour voir s'installer les changements souhaités.

Dans le cadre de l'assemblée générale annuelle de la SCR, nous avons tenu une séance d'information pour les membres de la SCR souhaitant en savoir plus sur les défis particuliers auxquels la population autochtone est confrontée. Le Dr David Robinson a décrit ses intérêts de recherche, incluant notamment le développement d'un programme pour former le personnel infirmier en régions éloignées afin qu'il puisse administrer certains soins et contribuer à la prestation des services aux patients. Cet événement sera de nouveau offert à la prochaine assemblée de la SCR.

Le Dr Nigil Haroon a maintenant terminé son mandat de président de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA); la valeur de son leadership jusqu'à ce jour est inestimable. En attendant que la SCR finisse de définir son engagement envers le procédé, le Dr Averbs assumera le rôle de président, mais cette responsabilité sera reprise par un autre membre de la SCR lorsque nous aurons une meilleure définition de l'ampleur des tâches qui nous attendent. Si ce domaine vous intéresse, veuillez communiquer avec le Dr Averbs par le biais de son site Web (www.rheumors.com). L'ATA réunit plusieurs associations

médicales spécialisées nationales qui œuvrent en collaboration avec les intervenants du secteur. Les points de repère en rhumatologie ont été soumis sous la section « *Arthritis Care* ». Les conditions cliniques actuelles et leurs points de repère respectifs pour les temps d'attente sont présentés sur le site Web de l'ATA, incluant notamment l'arthrite rhumatoïde (AR), les spondylarthropathies (SpA), la polyarthrite psoriasique (PA), le lupus érythémateux disséminé (LED), l'arthrite idiopathique juvénile (AIJ) et le dépistage de l'uvéïte associée à l'AIJ.

L'ATA s'est réunie en septembre pour continuer à explorer des moyens de recueillir et communiquer des données fiables et significatives qui serviront à étayer nos stratégies. Son rôle est passé de la surveillance de la collecte des données à la recherche active de solutions pour les patients canadiens. Nous avons également rencontré certains députés pour leur faire part de nos préoccupations et faire comprendre le problème des temps d'attente au gouvernement fédéral.

L'AAC, en collaboration avec les provinces et les principales parties intéressées du système de santé, a récemment publié un rapport d'approche pancanadienne pour les modèles de soins pour l'arthrite inflammatoire. Le rapport établit un cadre de travail pour le développement de modèles de soins pour l'arthrite inflammatoire (AI) de haute qualité qui sont basés sur les données probantes et appuyés par les meilleures pratiques. Pour accompagner ce rapport, l'AAC a développé une approche et une trousse d'outils détaillant chaque étape du cheminement du patient dans le système de santé.

En collaboration avec les provinces et les principales parties intéressées, l'AAC s'efforce de définir des mesures de performance au plan du système à l'égard des soins pour l'AI au Canada. Ces mesures serviront d'outil pour aider les décideurs en soins de la santé à évaluer les systèmes de santé et à guider les changements aux systèmes dans le but de développer pour les patients des soins de haute qualité qui sont à la fois sûrs, rentables et efficaces.

*Henry L. Averbs, M.B.Ch.B., FRCP(UK), FRCPC
Kingston, Ontario*

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

Exemple de réussite en matière de défense d'intérêts

par Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC; et Carter Thorne, M.D., FRCPC

Le naproxène (Naprosyn®) est l'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) de choix pour traiter l'arthrite juvénile idiopathique (AJI) et est largement utilisé en rhumatologie pédiatrique. En novembre 2013, les pharmaciens ont été avisés que Roche Canada interrompait la production de la suspension de naproxène. Malheureusement, Roche a omis d'en aviser les prescripteurs. Ce n'est qu'avec l'écoulement des stocks, lorsque les patients se sont retrouvés devant l'impossibilité de renouveler leurs prescriptions, que cette situation a été portée à l'attention de la communauté des rhumatologues pédiatriques. Cela fut préoccupant étant donné qu'il n'existe pas de formule générique pour la suspension de naproxène, qu'il est difficile à mettre en composé et que cela entraîne des dépenses additionnelles pour le consommateur.

Compte tenu de cette information, la SCR a formé un comité spécial et demandé l'aide de M. Denis Morrice, de l'Association ontarienne de rhumatologie (AOR), pour composer avec les répercussions de la décision de Roche. Le comité de la SCR a rapidement établi la communication avec les dirigeants de Roche pour voir si leur décision pouvait être infirmée. Ils ont appris que depuis 1997, Roche mandatait un tiers fournisseur pour la production de la suspension de naproxène et que cette entreprise avait cessé sa production de toute suspension orale.

En février 2014, en réponse aux pressions de la SCR, Roche a informé la communauté des rhumatologues pédiatriques qu'elle était à la recherche d'une solution. C'est à ce moment-là que les dirigeants de Roche ont instauré des téléconférences hebdomadaires avec le comité spécial de la SCR. Roche a commencé à étudier d'autres fournisseurs potentiels pouvant produire une formule générique de suspension orale; ils ont également commencé à chercher d'autres sources d'approvisionnement intérimaire. À la fin de février, Roche avait trouvé une importante quantité de suspension de naproxène d'un fabricant finlandais; il ne restait plus qu'à résoudre les problèmes d'importation.

Parallèlement, le comité de la SCR a établi des communications avec Santé Canada, initialement par une rencontre en personne à Ottawa, puis par le biais de téléconférences. Différentes options ont été envisagées pour faciliter l'importation du produit finlandais, incluant une étude de phase 4; cette option a toutefois été jugée trop exigeante, autant par Santé Canada que par les prescripteurs. Finalement, la disponibilité par le biais du programme d'accès spécial (PAS) de Santé Canada a été envisagée

et des contacts ont été pris avec les administrateurs appropriés de Santé Canada. Après bon nombre de téléconférences avec Santé Canada, et après avoir assuré la conformité aux règlements des compagnies pharmaceutiques concernées, l'accès spécial à la suspension de naproxène d'origine finlandaise a été accordé. Faisant de nouveau preuve de responsabilité, Roche a accepté la recommandation des représentants de la SCR de ne pas faire porter le fardeau financier de ce procédé aux patients et à leurs familles; le produit a donc été fourni sans frais aux patients pour la durée du PAS.

Le 2 juillet 2014, après plusieurs mois de discussions, Roche annonçait la vente des droits pour la suspension de naproxène à Pediapharm, une entreprise située à Montréal. À partir de ce moment, Pediapharm a assumé la responsabilité de l'importation et de la distribution du produit importé en vertu du PAS tout en œuvrant pour mettre en place une capacité locale de production canadienne. Dès la mi-juillet, Pediapharm recevait le premier envoi du produit finlandais au Canada et le 22 juillet, le PAS de Santé Canada pour la suspension de naproxène était en place. Le comité de la SCR demeure en contact avec Pediapharm par le biais de téléconférences régulières pour s'assurer que les patients obtiennent leur suspension de naproxène par le biais du PAS. Pediapharm s'efforce actuellement de ramener la suspension de naproxène sur le marché canadien et croit que cela pourrait se concrétiser d'ici mars 2015, ce qui est extraordinaire sachant qu'on avait initialement avisé le comité de la SCR que le processus pourrait prendre de deux à cinq ans! Pediapharm examine également la situation avec les payeurs provinciaux puisque dans certaines juridictions, la suspension de naproxène a été retirée des listes de médicaments couverts.

L'action rapide et l'engagement du comité spécial pour ramener la suspension de naproxène sur le marché est véritablement un exemple de réussite du travail de défense d'intérêts. Le comité spécial a été en mesure d'identifier les intervenants clés, incluant Roche Canada et Santé Canada, et d'établir une relation de collaboration basée sur une vision partagée des « meilleurs résultats pour les patients ».

Le comité de la SCR n'aurait pas pu atteindre son but sans l'apport et le dévouement inébranlable de M. Morrice et sans la participation de l'Association des médecins rhumatologues du Québec (AMRQ), de la Société de l'arthrite, de la Best Medicines Coalition

(BMC) et de l'Alliance canadienne des arthritiques (ACA). Pour de plus amples renseignements sur l'accès à la suspension de naproxène pour vos patients, visitez le site http://rheum.ca/fr/the_cra/drug_updates.

Rosie Scuccimari, M.D., FRCPC
Montréal, Québec, et Carter Thorne, M.D., FRCPC
Newmarket, Ontario. Au nom du comité spécial pour le naproxène de la SCR : Dre Rosie Scuccimari, Dr Carter Thorne, Dre Deborah Levy et Dre Susa Benseleer.

Des nouvelles du comité scientifique

par Evelyn Sutton, M.D., FRCPC

La ville de Québec a été tellement agréable la dernière fois que les membres nous ont dit qu'il fallait absolument y retourner! Faites vos valises et joignez-vous à nous du 3 au 6 février 2015 pour des conférences d'avant-garde, des ateliers et des séances interactives. La traduction à son sens le plus large en sera le thème... traduction des connaissances en recherche, en soins cliniques pour enfants et adultes, en éducation et en développement de politiques, pour n'en nommer que quelques-uns. Des spécialistes de renommée mondiale partageront leurs connaissances dans le cadre de la conférence de pointe et de la conférence Dunlop-Dotteridge, ainsi que par des ateliers variés. Cette année, nous avons aussi prévu un bazar spécial de « Rencontre avec les spécialistes » où vous aurez l'occasion d'aborder des questions cliniques avec ces spécialistes.

Le format cette année demeurera semblable aux années antérieures, avec une généreuse pause au milieu de la journée pour vous permettre d'explorer la belle ville de Québec; les skieurs pourront très facilement s'élancer vers les pentes. Nous examinerons vos évaluations par la suite; si les participants indiquent une préférence pour plus de contenu durant la journée, nous nous ajusterons en conséquence pour les rencontres futures. Bien entendu, le très populaire Grand débat (« Qu'il soit résolu que la pré-arthrite est réelle et doit être traitée »), les ateliers, ainsi que les présentations par affiches et résumés seront de nouveau au programme. Les Perles cliniques et les Cas problématiques figureront dans les nouveautés de l'année; surveillez vos boîtes de courrier électronique pour une invitation à soumettre vos perles cliniques ou vos cas instructifs et avoir la chance de gagner un prix prétendument fabuleux!

Au plaisir de vous voir dans la belle ville de Québec!

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



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

La prochaine assemblée générale annuelle de la SCR aura lieu le vendredi 6 février à l'hôtel Fairmont Le Château Frontenac.

L'assemblée est ouverte aux membres en règle de la SCR seulement.

Veillez consulter le site www.rheum.ca pour tous les renseignements concernant l'inscription.

Mise à jour sur l'éducation

par Par Christopher Penney, M.D., FRCPC

La SCR a de nouveau posé sa candidature pour obtenir le statut d'agent d'agrément reconnu pour le Collège royal en avril 2014, et notre demande a été généralement bien reçue par les examinateurs du Collège. Le Collège et la SCR s'efforcent chacun de trouver un moyen de livrer des programmes plus attrayants de développement professionnel continu (DPC) axés sur les résultats de façon rentable et impartiale. Le nombre de qualificatifs utilisés dans cette unique phrase laisse présager que cet idéal ne sera pas facile à atteindre et que cela ne se fera pas dans le temps de la dire.

À compter des nouveaux (ou des prochains) cycles du programme de maintien des compétences (MDC) qui débiteront le 1^{er} janvier 2014 ou après cette date, tous les participants au programme de MDC seront tenus d'obtenir au moins 25 crédits dans chacune des sections d'apprentissage du programme au cours de leur nouveau cycle quinquennal. Ainsi, un minimum de huit heures (trois crédits par heure) des activités de la Section 3 (auto-évaluation) sera obligatoire au cours de votre prochain cycle quinquennal de MDC. Le comité de l'éducation de la SCR est à l'œuvre pour vous offrir de tels programmes.

Le comité de l'éducation et le comité scientifique s'efforcent d'aller au-delà des formats de conférence et d'atelier traditionnels pour la prochaine Assemblée scientifique annuelle (ASA). Au rassemblement de Québec, nous mettrons à l'essai de nouvelles méthodes éducatives comme l'atelier de classe inversée, des tables de discussion et des examens à choix multiples antérieurs et postérieurs. Un concours « Image du mois » se tiendra par le biais du bulletin de nouvelles de la SCR à compter de l'automne 2014. Les images découlant de ce concours seront utilisées pour développer un quiz photo d'auto-évaluation annuelle pour les membres. Une rubrique sur les applications de rhumatologie sera également incluse dans le bulletin de nouvelles. Si vous avez des idées de techniques d'enseignement novatrices ou toute autre sugges-



Le comité de l'éducation à Whistler (C.-B.)

tion à nous soumettre, veuillez m'en faire part par courriel à penney@ucalgary.ca ou soumettre une application pour le Prix Innovation en FMC.

Le programme Patients-partenaires contre l'arthrite demeure actif, malgré de grandes difficultés, dans de nombreux centres d'éducation à travers le Canada. Le comité de l'éducation a entrepris des négociations avec la Société de l'arthrite en vue de trouver des moyens de soutenir ce programme. J'espère avoir bientôt de bonnes nouvelles à vous transmettre à ce sujet.

Nous n'avons eu aucun lauréat pour le Prix Innovation en FMC en 2013. J'encourage les membres et ceux qui présenteront à l'ASA à soumettre leur candidature pour ce prix en 2014.

Christopher Penney, M.D., FRCPC

Professeur clinicien agrégé, Université de Calgary

Rhumatologue,

*Centre de diagnostic et de traitement Richmond Road
Calgary, Alberta*

**Points d'intérêt
de la ville de Québec**

**Un horaire bien
rempli de réunions,
d'ateliers, de conférences,
séances et de résumés scientifiques?**

**Assurez-vous de prévoir une petite pause pour
savourer les charmes de la ville de Québec. Voici
quelques suggestions pour partir le bal...**

Dégustez de savoureux mets du terroir.

Les Québécois sont très fiers de leur gastronomie mettant l'emphasis

sur les ingrédients locaux comme l'agneau, le poisson frais, les champignons sauvages, le canard et les fromages affinés. Le sirop d'érable n'est plus la seule vedette dans cette ville! Essayez le restaurant *Laurie Raphaël* pour une expérience gastronomique haut de gamme. *La Gueule de Bois* est l'endroit idéal pour une assiette plus copieuse. Vous avez envie d'un choix plus branché? Alors, allez voir si tout est sous contrôle au resto tendance *L'Affaire est Ketchup*.

Laurie Raphaël : www.laurieraphael.com/en/

La Gueule de Bois : www.lagueuledebois.ca/

L'Affaire est Ketchup : 1 418 529-9020

AOR : activités continues

par Arthur Karasik, M.D., FRCPC

L'Association ontarienne de rhumatologie (AOR) entend continuer à défendre les intérêts de ses membres et à promouvoir les soins de l'arthrite dans la province. Nous continuons à cibler activement nos priorités organisationnelles, lesquelles portent sur l'accès au traitement, les modèles de soins interprofessionnels axés sur le patient, la défense des intérêts et les communications. Nos activités concordent souvent avec les objectifs et efforts de la SCR.

La responsable de notre comité des payeurs privés, Dre Jane Purvis, a travaillé diligemment avec toutes les provinces et compagnies d'assurance pour élaborer des critères transparents uniformisés pour l'accès aux agents biologiques dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) en fonction des lignes directrices publiées. L'AOR a été désignée comme représentante de la SCR sur cette question, ce qui signifie que ces efforts représentent un mandat national au nom des rhumatologues canadiens. Le travail de l'AOR avec le gouvernement de l'Ontario a donné lieu à une modernisation des critères utilisant un procédé continu basé sur les données probantes. Misant sur cette expertise, combinée à l'expérience accumulée au cours des huit dernières années de collaboration avec le ministère de la Santé de l'Ontario, nous espérons assurer une démarche cohérente pour l'élaboration et l'adoption de critères parmi les payeurs privés avec un formulaire de demande et de renouvellement uniformisé. Le but est d'offrir un procédé simplifié plus efficace tant pour le prescripteur que pour le payeur (c.-à-d. plus de clarté).

La Dre Vandana Ahluwalia, notre directrice des modèles de soins, continue à travailler avec la SCR et l'Alliance de l'arthrite du Canada (AAC). Une nouvelle charte des arthritiques appuyée par le comité des modèles de soins de l'AOR, la SCR et l'AAC, a été développée par l'Alliance canadienne des arthritiques (ACA) (voir l'article aux pages 8 et 9). Cette



Le Dr Arthur Karasik et son collègue osseux.

charte souligne les droits et responsabilités du patient arthritique en rapport avec son état et ses soins. Il s'agit d'un projet d'action de base mené par l'ACA avec l'apport, l'appui et la participation de tous les intervenants canadiens en matière d'arthrite. La charte se veut un reflet du partenariat continu entre les patients et leurs fournisseurs de soins de la santé, ainsi que toutes les organisations canadiennes contribuant aux soins pour l'arthrite.

Le comité des modèles de soins a revitalisé le programme MedsCheck tout en établissant un partenariat avec l'Association des pharmaciens de l'Ontario. MedsCheck appuie la prestation de soins de haute qualité aux patients par la revue des régimes de traitement complexes par

les pharmaciens afin de faciliter un message cohérent et de promouvoir une meilleure observance thérapeutique. Pour plus d'information, voir le site à health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/medscheck/resources.aspx.

L'AOR continuera son travail de liaison avec le gouvernement par le biais du Programme d'accès exceptionnel (PAE), en appuyant les programmes d'adoption des dossiers médicaux électroniques (DME) et en soutenant nos comités de main-d'œuvre.

L'AOR est ravie de travailler à l'accomplissement de ses priorités organisationnelles et d'assurer la liaison avec la SCR.

Arthur Karasik, M.D., FRCPC

*Président, Association de rhumatologie de l'Ontario
Rhumatologue
Toronto, Ontario*

Joignez-vous aux célébrations du Carnaval!

Le Carnaval de Québec se déroulera du 30 janvier au 15 février 2015. La programmation quotidienne comprend des concours de sculpture sur neige, des défilés, des courses de canoës sur glace et la création d'un imposant Palais de glace. Imprégnez-vous des sons et des images de la vieille ville en déambulant dans les rues tout en sirotant un bon petit verre de caribou bien chaud. N'oubliez pas de saluer Bonhomme! Toute l'information pour les billets et l'horaire complet est disponible en ligne. <http://carnaval.qc.ca/edition-2015-information/programmation-preliminaire-horaire-calendrier/>

Élancez-vous sur les pentes.

La ville de Québec est parfaitement située pour les skieurs et les planchistes, à proximité du Massif de Charlevoix et du Mont-Sainte-Anne. Profitez de votre pause pour filer vers les pentes de ski alpin ou optez pour une allure plus calme en ski de fond ou en raquette. Tous les détails relatifs aux prix d'entrée et de remonte-pente sont disponibles en ligne.

Le Relais : www.skirelais.com/le-relais-ski-snow.php

Le Massif de Charlevoix : www.lemassif.com

Mont-Sainte-Anne : www.mont-sainte-anne.com

AMRQ : turbulences québécoises...

par Frédéric Morin, M.D.

Au moment d'écrire ces lignes, le climat entre les médecins spécialistes et le gouvernement du Québec est pour le moins instable. Des négociations imposées sont en cours en vue d'ouvrir à nouveau l'entente conclue pour la période 2010-2015. Le retour à l'équilibre budgétaire étant un absolu, les médecins spécialistes devront collaborer, semble-t-il. Réussirons-nous à trouver un terrain d'entente ou le tout finira sous la matraque d'une loi spéciale? Vous connaissez la réponse au moment de lire ces lignes...

Pour l'Association des médecins rhumatologues du Québec (AMRQ), cela met en péril des années de travail à construire une structure économique solide et intéressante pour les rhumatologues du Québec. Nous nous battons pour maintenir ces acquis en souhaitant qu'ils servent de levier aux autres associations provinciales pour leurs prochaines rondes de négociation.

Fort heureusement, le charme et l'attrait de la rhumatologie dépassent de loin ses intérêts économiques. Au cours des huit dernières années, il y a eu une croissance de plus de 40 % de nos effectifs, et nos pouponnières à rhumatologues roulent à plein régime. C'est donc avec

enthousiasme que j'ai pris la relève, en octobre 2013, du rôle de président que mon distingué collègue Denis Choquette s'est acquitté avec panache durant cinq ans. Tous sont reconnaissants de son engagement et de ses réalisations. Merci Denis!

À l'AMRQ, la boîte à idées n'est surtout pas fermée et nous travaillons sur un projet porteur destiné à l'ensemble des rhumatologues canadiens; l'organisation et l'optimisation de la pratique du rhumatologue. Un projet de longue haleine, mais qui se doit de donner des résultats rapidement. Une pratique efficace et organisée permettra aux rhumatologues de réaliser une pratique moderne et satisfaisante.

Je vous invite à venir voir ce qui se passe chez nous, sur notre site Web mis à jour (www.rhumatologie.org), tout en pratiquant un peu votre français!

Frédéric Morin, M.D.

*Président, Association des médecins rhumatologues du Québec
Montréal, Québec*

Les secrets de la WAR

par John M. Esdaile, M.D., MPH, FRCPC

Cette année, la réunion annuelle de la Western Alliance of Rheumatology (WAR) a connu un succès retentissant, notamment avec la participation du Dr Manny Ferreira. Étant donné la nature d'une réunion de la WAR, aucune photo ne peut être fournie.

John M. Esdaile, M.D., MPH, FRCPC

Professeur de médecine, Université de la Colombie-Britannique

Professeur agrégé, Université de Calgary

Directeur scientifique, Arthrite-recherche Canada

Richmond, Colombie-Britannique

Cinq bonnes raisons d'assister à l'ASA de la SCR

1. Pour accroître vos connaissances.

Le programme de cette année vous promet toute une panoplie de discussions didactiques et d'ateliers interactifs, d'excellents conférenciers vedettes et une myriade d'autres séances pour approfondir vos connaissances.

2. Pour résoudre des mystères.

Vous pensez pouvoir confondre vos collègues?

Faites-nous parvenir vos vidéos, photos ou descriptions et voyez si vos cas les plus déroutants laissent l'assistance

perplexe. www.fluidsurveys.com/s/pearls_cases/.

3. Pour acquérir des perles.

En primeur cette année, une séance sur les perles cliniques permet aux participants de soumettre de brefs conseils pratiques pour résoudre des problèmes cliniques au quotidien. Ces observations axées sur les patients seront partagées avec tous vos collègues. Envoyez-nous les vôtres dès maintenant! www.fluidsurveys.com/s/pearls_cases/.

Des nouvelles de la SOAR : mise à jour 2014 pour l'Atlantique

par John Hanly, M.D., FRCPC

Un groupe enthousiasme de rhumatologues incluant des représentants de chacune des trois provinces maritimes s'est réuni pour la 21^e assemblée annuelle de la Société des rhumatologues de l'Atlantique (SOAR) du 20 au 22 juin 2014 au Shaw's Hotel & Cottages de Brackley Beach, à l'Île-du-Prince-Édouard. Ce rassemblement annuel a été caractérisé par l'habituel mélange ensorcelant de renouvellement d'amitiés personnelles et professionnelles, de mise à jour des connaissances scientifiques et, pour certains, de cette quête sans fin visant l'amélioration de leur performance au golf. Les deux premiers objectifs ont été atteints avec succès, et deux sur trois, ce n'est pas mal du tout!



Dr. Marie Hudson présente une mise à jour sur la sclérodémie.

Les conférenciers de cette année étaient tous d'origine canadienne. Le Dr John Esdaile, de l'Université de la Colombie-Britannique, a présenté la conférence « David Hawkins » inaugurale dont le titre provocateur (*There is no such thing as co-morbidity from arthritis – Only Complications*) suggérait ouvertement qu'il n'existe pas de comorbidité avec l'arthrite, seulement des complications. Le lendemain, il a présenté les mises à jour relatives à la pathogenèse et l'issue de l'ostéoarthrite (OA) en soulevant la question suivante : « L'OA est-elle aussi monotone qu'on le pense? ». La Dre Marie Hudson, de l'Université McGill, a contribué deux excellentes présentations; la première était une mise à jour sur la sclérodémie en 2014 (les progrès récents et les défis futurs), suivie d'une introduction à une nouvelle base de données nationale avec « l'étude CIMS (*Canadian Inflammatory Myopathy Study*) : le rôle des registres de maladies rares ». Pour compléter le programme scientifique, des membres de la SOAR ont présenté des données sur les examens par TEP et tomographie par émission de positons en contexte d'artérite giganto-cellulaire (Dre Elana Murphy), l'issue du lupus néphrétique dans une cohorte incipiente (Dr John Hanly), les recommandations de choix judicieux (Dre Sylvie Ouellette) et la mise à jour de l'Alliance de l'arthrite sur les modèles de soin (Dr Jamie Henderson).

À la fin de cette assemblée de deux jours, les membres de la SOAR sont repartis avec un enthousiasme renouvelé pour l'application de leurs connaissances nouvellement acquises aux soins de leurs patients et confiants de savoir que la SOAR entame sa quatrième décennie sur des bases solides.

John Hanly, M.D., FRCPC
Professeur de médecine et pathologie
Directeur de la recherche et de l'EMC
Division de rhumatologie, Département de médecine
Capital Health et Université Dalhousie
Président, Société des rhumatologues de l'Atlantique
Halifax, Nouvelle-Écosse



Dr Hanly présente une plaque au Dr John Esdaile après sa présentation de la conférence inaugurale « David Hawkins ».

4. Pour étendre votre réseau.

Profitez de l'occasion pour rencontrer de nouveaux collègues et membres de la SCR venus de partout au pays. Les séances de yoga quotidiennes vous fourniront l'occasion parfaite d'étirer votre réseau de connaissances.

5. Parce que votre portefeuille n'en souffrira pas trop.

Participer à l'événement ne vous ruinera pas! Réservez votre place avant le 3 janvier pour seulement 250 \$! Visitez le site http://rheum.ca/fr/events/upcoming_events/travel_and_transport2

pour des codes promotionnels auprès de différentes compagnies aériennes participantes.

L'assemblée scientifique annuelle (ASA) se tiendra du 4 au 7 février 2015 au Fairmont Le Château Frontenac à Québec.

Pour de plus amples renseignements, visitez le site www.rheum.ca.

La Conférence laurentienne de rhumatologie fête son 45^e en 2014!

par Carol Yeadon, M.D., FRCPC

Tout a commencé par un groupe de personnes qui se rassemblaient à Montréal pour discuter de ce qui était nouveau, intéressant ou préoccupant dans le domaine des maladies rhumatismales. Dès le début, il s'agissait avant tout d'un forum de discussions sur les intérêts communs de ces médecins, chirurgiens et scientifiques de langue française et anglaise. En plus de leur fournir une occasion de sortir de leurs hôpitaux, bureaux ou laboratoires, ils avaient choisi un endroit qui leur permettrait de respirer l'air frais des montagnes entre leurs séances de sérieuses discussions. Et enfin, grâce à l'appui de l'industrie pharmaceutique, ils ont invité quelques conférenciers vedettes.

Ainsi naissait la Conférence laurentienne de rhumatologie! Le Dr Roger Demers, de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Montréal, a été le tenace capitaine de l'entreprise tout au long des années 70 et 80, veillant à des rencontres intéressantes de la plus haute qualité.

La 45^e édition a respecté ces objectifs, mettant l'accent sur des sujets d'actualité en immunologie et sur les récentes controverses à propos de la prévention et de la prise en charge de l'ostéoporose. Tous les investigateurs (stagiaires ou membres du personnel) ont contribué avec d'excellentes présentations orales et par affiches, couvrant un vaste éventail de sujets pertinents en rhumatologie. Les conférenciers invités ont été extraordinaires! Le Dr John Stone, de Boston, nous a fait bénéfi-



Le Dr Jean-Pierre Pelletier présente le premier prix Marie-Thérèse Fortin à la Dre Edith Verrier-Jones, en 1994, en reconnaissance de ses qualités professionnelles et humanitaires dans les soins aux patients atteints de maladies rhumatismales.



Dr et Mme Donato Alarcon-Segovia, en compagnie de Thérèse Haraoui et Dre Carol Yeadon à Montebello, 2001.



La gang réunie pour la Conférence de 1999 à La Sapinière.

cier de ses connaissances et de son expertise unique en matière de maladie liée à l'IgG4 avec sa présentation sur les perles et les mythes de la vascularite. Le Dr Jack Karsh et le Dr William Rigby (revenant pour une troisième participation, ce qui en fait pratiquement un Canadien honoraire!), de Dartmouth, nous ont rafraîchi la mémoire à propos de leurs connaissances encyclopédiques en matière d'immunodéficience acquise. Le Dr Emil Nashi, un collègue de notre propre Hôpital général de Montréal, et le Dr Michael Walsh, un néphrologue de l'Université McMaster, nous ont aidés à mieux comprendre et utiliser la manipulation des immunoglobulines, avec une attention particulière sur comment « nous donnons et nous reprenons » dans le cadre de notre utilisation de l'Ig thérapeutique par voie intraveineuse et de la plasmaphérese dans de nombreuses situations cliniques. Nous avons maintenant une compréhension plus approfondies de leurs usages. Et enfin, la Dre Suzanne Morin et

la Dre Sophie Roux, de Montréal et de Sherbrooke respectivement, nous ont éclairés par leurs réponses instructives aux questions thématiques soulevées, à savoir si le calcium serait bon pour les os mais mauvais pour le cœur et si trop de thérapie anti-résorption pourrait être néfaste.

Si les photos ci-jointes nous rappellent les excellentes conférences du passé, il est toutefois temps maintenant de planifier celle de l'année prochaine et de commencer à penser à notre jubilé d'or en 2019!



Le Dr Pelletier présente le premier prix Roger Demers au Dr Duncan Gordon, en 1998, en reconnaissance de sa contribution à la communauté internationale de rhumatologie.

Carol Yeadon, M.D., FRCPC
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Hôpital Notre-Dame
Professeure agrégée, Université de Montréal
Montréal, Québec

La SURC : tournée vers l'avenir

par Maggie Larché, M.B.Ch.B., MRCP(UK), Ph.D.; Abraham Chaiton, M.D., M.Sc., FRCPC;
Johannes Roth, M.D.; et Christopher Lyddell, M.B.Ch.B.(UCT), DA(SA), FCP(SA)

La Société pour l'ultrasonographie en rhumatologie au Canada (SURC) a été établie en tant qu'organisme sans but lucratif en 2010. Depuis son inauguration, l'organisme s'est concentré sur trois principaux objectifs : la formation, la recherche et la mise en œuvre et facturation de la pratique.

Formation

Des programmes de formation nationale annuelle de base et intermédiaire ont été mis en place et reconnus par la SCR. Les deux cours comprennent des tuteurs de renommée nationale et internationale.

À ce jour, 91 rhumatologues de partout au Canada ont suivi la formation de base. La cinquième année du cours de base débute en novembre 2014. La formation s'échelonne sur trois fins de semaine de séances didactiques, de démonstrations anatomiques et de pratique directe, entrecoupés de semaines de formation autonome et de téléchargement d'images numérisées sur un site Web pour évaluation et commentaires par un spécialiste.

La formation inaugurale de niveau intermédiaire/perfectionnement a eu lieu avant l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la SCR en février 2014; elle comptait 21 participants et quatre tuteurs de renommée mondiale.

La première de deux séances de trois jours de formation de base en ultrasonographie (US) a eu lieu en mai 2014 à Riyad, en Arabie saoudite, avec environ 20 rhumatologues et professionnels paramédicaux saoudiens.

Entre 2012 et 2013, une formation a été amorcée à Toronto dans le cadre du programme de spécialisation en rhumatologie, avec 10 boursiers participant à six séances d'une demi-journée. Ce format est actuellement repris à l'Université d'Ottawa et à l'Université McMaster. Un programme de formation conjoint en US pour les programmes de spécialisation en rhumatologie à Ottawa et Kingston aura lieu en 2015. L'Université de Sherbrooke donne de la formation en ultrasonographie aux boursiers en rhumatologie depuis 2008.

Un programme WebEx avec des séances de deux heures sur la mise en œuvre d'une pratique en US, l'utilisation de l'US comme outil pour traiter jusqu'aux valeurs cibles, l'évaluation de la vascularite et comment surmonter les pièges et les défis a également été offert.

Recherche

L'étude ECHO (*Prospective Observational Study to Evaluate the Use of MSK US to Improve Rheumatoid Arthritis Management: Canadian Experience*) inclut 350 patients et cherche à évaluer l'échographie musculosquelettique (EMS) dans l'amélioration des issues de la polyarthrite rhumatoïde (PR). D'autres études sont en cours, notamment pour le développement

d'un atlas de l'échographie pédiatrique, l'imagerie du pied par rapport aux résultats cliniques dans la PR précoce, les mesures ultrasonographiques de l'inflammation articulaire et les biomarqueurs sériques chez les patients atteints de PR en rémission clinique et l'étude internationale BIODAM qui examine les biomarqueurs, y compris l'US, en contexte de PR.

Le site Web est en cours de construction. Les membres auront accès à plus de contenu, incluant une photothèque, les publications importantes dans le domaine de l'EMS, l'accès à des conférences professionnellement filmées et des séances de « Questions aux spécialistes/étude de cas ». Cela sera disponible sur un site restreint réservé aux membres de la SURC et accessible avec un mot de passe.

Mise en œuvre d'une pratique

En collaboration avec la spécialité de la Médecine d'urgence, une application conjointe pour la création d'un nouveau domaine de compétence ciblée (DCC), diplôme en ultrasonographie pratiquée au point de service, a été soumise au comité des spécialités du Collège royal. Le Collège royal reconnaît actuellement 13 DCC. Si la demande est approuvée, les programmes universitaires d'ultrasonographie pratiquée au point de service conféreront un diplôme DRCPC aux candidats reçus qui répondront à des exigences de formation prédéfinies pour chaque volet. Il s'agira d'un programme national unique à l'Amérique du Nord et à l'Europe offrant aux rhumatologues une formation post-universitaire basée sur les compétences.

La SURC a une forte présence internationale, faisant partie des groupes de l'OMERACT intéressés par la mesure des résultats en rhumatologie et de l'Initiative d'ultrasonographie ciblée. Elle compte également des enseignants et des représentants au sein de l'Ultrasound School of North American Rheumatologists (USSONAR), de l'American College of Rheumatology (ACR), de l'European League Against Rheumatism (EULAR) et de l'American Association of Neuromuscular & Electrodiagnostic Medicine (AANEM).

Dans le futur, nous entendons : continuer à offrir les formations de base et intermédiaire de la SURC, maintenir la formation destinée aux boursiers et étendre les sites à l'ensemble des programmes de spécialisation; développer le programme de diplôme du Collège royal; continuer à filmer les conférences de formation; lancer le site Web mis à jour; et poursuivre notre lobbying pour des codes de facturation à l'échelle du pays pour faire de l'ultrasonographie pratiquée au point de service un outil viable pour tout rhumatologue.

Maggie Larché, M.B.Ch.B., MRCP(UK), Ph.D.; Abraham Chaiton, M.D., M.Sc., FRCPC; Johannes Roth, M.D.; et Christopher Lyddell, M.B.Ch.B.(UCT), DA(SA), FCP(SA)

Dix points essentiels que les rhumatologues devraient connaître (mais ne connaissent peut-être pas) à propos de l'abandon du tabagisme

par Adam Ramzy, B.H.Sc.; et Milan Khara, M.B.Ch.B., CCFP, ABAM

Depuis que les chercheurs ont identifié le tabagisme comme étant un facteur de risque pour le cancer du poumon et la cardiopathie en 1950¹, quantité d'études sont venues s'ajouter au corpus de recherche soulignant les risques phénoménaux associés au tabagisme. Plus récemment, un nombre imposant d'études et plusieurs essais et registres d'envergure (incluant BARFOT, DANBIO, DESIR, HUNT, NINJA et SWEFOT) ont trouvé des liens entre le tabagisme et les maladies rhumatologiques. Voici une petite introduction aux risques rhumatologiques associés au tabagisme et aux options thérapeutiques fondés sur les données probantes pour aider les patients à cesser de fumer.

1. Facteur de risque

Le tabagisme est le plus irréfutable facteur de risque environnemental pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) et est associé à un risque deux fois plus élevé^{2,3}. Le tabagisme pourrait également doubler le risque de spondylite ankylosante (SA)⁴⁻⁶ et de plus en plus de données probantes suggèrent que le tabagisme serait lié au développement du lupus érythémateux disséminé (LED)^{7,8} et du psoriasis^{9,10}.

2. Résultats pour les patients

Le tabagisme a été associé à une sévérité accrue et une évolution plus grave de la PR, du LED, de l'arthrite psoriasique (APs) et de la SA^{4-6,11-15}.

3. Échec thérapeutique

Il a été démontré que le tabagisme diminue l'efficacité des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (TNF- α) et que les patients qui fument sont 80 % moins susceptibles de bien répondre au traitement^{11,15}. De plus, il a été prouvé que cesser de fumer réduit l'échec des agents biologiques dans le traitement de la PR¹⁶.

4. Dépendance

La dépendance au tabac est un trouble de toxicomanie reconnu, idéalement considéré comme une maladie chronique; le traitement est souvent associé à des interventions répétées, de multiples rechutes et de multiples tentatives d'abandon. Chaque année, 40 % des fumeurs font au moins une tentative pour cesser de fumer et de nombreux fumeurs

de longue date ont fait plus de 20 tentatives d'abandon sans y parvenir¹⁷.

5. Obligation

Les lignes directrices cliniques canadiennes publiées par le Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique (CAN-ADAPTT) comportent une recommandation de degré 1A invitant les médecins à identifier, documenter et traiter le statut tabagique de tout patient dans le système de la santé¹⁸.

6. Counseling

Toute intervention est utile; même de brèves séances de counseling par le médecin se sont avérées efficaces pour aider les patients à cesser de fumer. Toutes les formes de counseling (individuel, en groupe ou par téléphone) ont été prouvées efficaces pour augmenter les taux d'abandon du tabagisme. Il conviendrait de mettre l'accent sur les conseils pratiques et le soutien social. Offrir plus de 30 minutes de counseling peut tripler les taux d'abandon¹⁹.

7. Médication

Les traitements pharmacologique pour cesser de fumer ont été validés dans un vaste éventail de populations et peuvent être utilisés seuls ou en association. Le recours à toute thérapie de remplacement de la nicotine (TRN; gomme, timbre, vaporisateur, inhalateur ou pastille) pourrait doubler le taux d'abstinence. Les chances de succès augmentent encore plus lorsque plusieurs types de TRN sont utilisés ensemble (ex. : timbre avec gomme ou vaporisateur oral) ou en association avec le bupropion. L'utilisation de la varénicline seule (2 mg/jour) triple les taux d'abstinence¹⁹.

8. Les TRN et le tabagisme

Continuer à fumer tout en utilisant des TRN n'est pas dangereux et n'augmente pas le risque d'événements cardiovasculaires indésirables. Les patients peuvent commencer à utiliser des TRN à tout stade de leur progression vers une véritable volonté de cesser de fumer et sont deux fois plus susceptibles d'y arriver²⁰. La FDA a autorisé le changement de l'étiquetage des produits de TRN pour enlever la déclaration stipulant

que le fait de fumer en utilisant des TRN est contre-indiqué^{21,22}.

9. Rentabilité

Les programmes de traitement pour le tabagisme sont parmi les interventions les plus rentables. La combinaison de counseling et de pharmacothérapie est l'intervention la plus efficace et pourrait donner lieu à des chances de succès cinq fois plus élevées¹⁹.

10. Aller de l'avant

Vous pouvez aider les patients à tout stade de leur processus d'abandon, de ceux qui ne veulent pas cesser de fumer à ceux qui ont récemment cessé de fumer. Il existe de nombreuses ressources pour en apprendre plus à propos des options pharmacologiques et des principes généraux du counseling pour l'abandon du tabagisme^{19,23}.

Références :

1. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *Br Med J* 1950; 2(4682):739-48.
2. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, et coll. Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: A meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis* 2010; 69(1):70-81.
3. Di Giuseppe D, Discacciati A, Orsini N, Wolk A. Cigarette smoking and risk of rheumatoid arthritis: A dose-response meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2014; 16(2):R61.
4. Videm V, Cortes A, Thomas R, Brown MA. Current smoking is associated with incident ankylosing spondylitis - the HUNT population-based norwegian health study. *J Rheumatol* 2014; 41(10):2041-8.
5. Ciurea A, Finckh A. Smoking and spondyloarthritis. *Joint Bone Spine* 2013; 80(3):234-5.
6. Chung HY, Machado P, van der Heijde D, D'Agostino MA, Dougados M. Smokers in early axial spondyloarthritis have earlier disease onset, more disease activity, inflammation and damage, and poorer function and health-related quality of life: Results from the DESIR cohort. *Ann Rheum Dis* 2012; 71(6):809-16.
7. Freemer MM, King TE, Jr, Criswell LA. Association of smoking with dsDNA autoantibody production in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 2006; 65(5):581-4.
8. Majka DS, Holers VM. Cigarette smoking and the risk of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2006; 65(5):561-3.
9. Chandran V, Raychaudhuri SP. Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Autoimmun* 2010; 34(3):J314-21.
10. Naldi L, Mercuri SR. Smoking and psoriasis: From epidemiology to pathomechanisms. *J Invest Dermatol* 2009; 129(12):2741-3.
11. Hojgaard P, Glinborg B, Hetland ML, et coll. Association between tobacco smoking and response to tumour necrosis factor alpha inhibitor treatment in psoriatic arthritis: Results from the DANBIO registry. *Ann Rheum Dis* 2014. [epub ahead of print].
12. Kaan U, Ferda O. Evaluation of clinical activity and functional impairment in smokers with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2005; 25(5):357-60.
13. Saevarsdottir S, Wedren S, Seddighzadeh M, et coll. Patients with early rheumatoid arthritis who smoke are less likely to respond to treatment with methotrexate and tumor necrosis factor inhibitors: Observations from the epidemiological investigation of rheumatoid arthritis and the swedish rheumatology register cohorts. *Arthritis Rheum* 2011; 63(1):26-36.
14. Saevarsdottir S, Rezaei H, Geborek P, et coll. Current smoking status is a strong predictor of radiographic progression in early rheumatoid arthritis: Results from the SWEFOT trial. *Ann Rheum Dis* 2014. [publication électronique avant impression].
15. Soderlin MK, Petersson IF, Bergman S, Svensson B, BARFOT study group. Smoking at onset of rheumatoid arthritis (RA) and its effect on disease activity and functional status: Experiences from BARFOT, a long-term observational study on early RA. *Scand J Rheumatol* 2011; 40(4):249-55.
16. Saeki Y, Matsui T, Kagawa K, et coll. Smoking cessation significantly reduces failure of biologics (bio)-treatment in rheumatoid arthritis (RA): From the "NINJA" registry cohort of japanese patients (ABSTRACT SAT0074). *Ann Rheum Dis* 2014: 73.
17. Borland R, Partos TR, Yong HH, Cummings KM, Hyland A. How much unsuccessful quitting activity is going on among adult smokers? Data from the international tobacco control four country cohort survey. *Addiction* 2012; 107(3):673-82.
18. CAN-ADAPT. Canadian smoking cessation clinical practical guideline. Toronto, Canada: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. 2011.
19. Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service Report. 2008.
20. Stead, L.F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D. & Lancaster, T. 2008, "Nicotine replacement therapy for smoking cessation", The Cochrane database of systematic reviews, vol. (1):CD000146. doi, n°: 1, pp. CD000146.
21. Fucito LM, Bars MP, Forray A, et coll. Addressing the evidence for FDA nicotine replacement therapy label changes: A policy statement of the association for the treatment of tobacco use and dependence and the society for research on nicotine and tobacco. *Nicotine Tob Res* 2014; 16(7):909-14.
22. U.S. Food and Drug Administration. Nicotine therapy replacement labels may change. FDA Consumer Health Information. 2013.
23. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2014.

Adam Ramzy, B.H.Sc.

Étudiant de niveau M.D./Ph.D. à l'U. de C.-B.,

Laboratoire du Dr Timothy Kieffer

Groupe de recherche sur le diabète

Université de Colombie-Britannique

Vancouver, Colombie-Britannique

Milan Khara, M.B.Ch.B., CCFP, ABAM

Clinique de sevrage tabagique

Hôpital général de Vancouver

Vancouver, Colombie-Britannique

Services de liaison pour fracture : mise à jour

Des projets de mise en œuvre de services de liaison pour fracture (*Fracture Liaison Services* – FLS) sont en cours dans plusieurs juridictions à travers le Canada. Afin de soutenir la mise en œuvre continue de ces programmes FLS, Ostéoporose Canada a élaboré des normes de qualité pour les FLS au Canada. Ces normes de qualité ont été adoptées par la SCR, l'Association canadienne d'orthopédie, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en orthopédie et Bone and Joint Canada. La liste des autres organisations qui les auront adoptées sera mise à jour au fur et à mesure.

Les normes de qualité fournissent une série concise d'énoncés décrivant les plus importantes fonctions d'un programme FLS et des indications claires pour les professionnels de la santé et les administrateurs à propos de ce qu'un programme FLS de renommée mondiale peut véritablement livrer. Les normes de qualité contribueront à faire en sorte que tout programme FLS puisse réussir dès sa mise en œuvre. Ces normes sont conformes aux Lignes directrices de pratique clinique de 2014 d'Ostéoporose Canada et au Cadre des pratiques exemplaires pour les services de liaison des fractures de l'International Osteoporosis Foundation.

Téléchargez les normes de qualité pour les services de liaison pour fracture FLS au Canada à l'adresse www.osteoporosis.ca/fls.

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 avec 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.
- Risque 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 pancytopénie, 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).
- Les patients qui ont subi des interventions chirurgicales doivent être surveillés de près pour déceler la présence d'infections.
- 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

Veillez 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., 15 mai 2014.

Dans le traitement de la PR

MAINTENANT REMBOURSÉ PAR LES RÉGIMES
PUBLICS DU QUÉBEC ET DU MANITOBA

(à titre de médicament d'exception)



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® IV
(golimumab) solution pour perfusion
Puissance infuse

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

Voici ^{Pr} XELJANZ ^{MC} : La simplicité d'un schéma posologique biquotidien par voie orale, le pouvoir d'atténuer les symptômes de la PR¹.



Effacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

Avec l'association XELJANZ + MTX, on a observé :

- Une atténuation significative des symptômes chez les patients du groupe MTX-RI comparativement au groupe placebo + MTX^{1*}.

Taux de réponse ACR20 après 6 mois : 52 % pour XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. ou 47 % pour l'adalimumab à 40 mg q2s vs 28 % pour le placebo ($p < 0,0001$ et $p < 0,001$, respectivement).

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

- Une amélioration significative de la capacité fonctionnelle après 3 mois dans le groupe MTX-RI comparativement au groupe placebo + MTX^{1*}.

Diminution moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3^e mois : -0,56 pour XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. ou -0,51 pour l'adalimumab à 40 mg q2s vs -0,25 pour le placebo ($p < 0,0001$).

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

Marge de tolérabilité démontrée

- Dans les études de phase III, les effets indésirables les plus souvent signalés au cours des 3 premiers mois (chez ≥ 2 % des patients traités par XELJANZ) chez les patients sous XELJANZ ($n = 1216$) comparativement au placebo ($n = 681$) ont été les infections des voies respiratoires supérieures (4,4 %, 3,4 %), les céphalées (4,4 %, 2,2 %), la rhinopharyngite (3,9 %, 2,8 %), la diarrhée (3,7 %, 2,3 %), les nausées (2,6 %, 2,6 %) et les infections des voies urinaires (2,1 %, 1,8 %)¹.

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

f.p.j. : fois par jour; MTX-RI : réponse insuffisante au méthotrexate; q2s : toutes les 2 semaines

*Étude multicentrique, comparative avec placebo, à répartition aléatoire et à double insu, menée chez des patients de 18 ans ou plus atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive selon les critères de l'ACR (American College of Rheumatology). Les patients ont été répartis au hasard de façon à recevoir XELJANZ à 5 mg 2 f.p.j. ($n = 196$), l'adalimumab à 40 mg par voie sous-cutanée toutes les 2 semaines ($n = 199$) ou un placebo ($n = 106$). Les principaux critères d'évaluation étaient les suivants : la proportion de patients ayant obtenu une réponse ACR20 au 6^e mois, la variation moyenne du score HAQ-DI entre le début de l'étude et le 3^e mois et la proportion de patients ayant obtenu un score DAS28-4 (VS) inférieur à 2,6 au 6^e mois.

Mises en garde et précautions les plus importantes :

Risque d'infections graves : Les patients traités par XELJANZ sont exposés à un risque accru de contracter une infection grave qui peut nécessiter une hospitalisation ou même causer la mort. La plupart des patients qui ont contracté une telle infection prenaient un immunosuppresseur comme le méthotrexate ou un corticostéroïde en même temps que XELJANZ. En cas d'infection grave, il faut interrompre le traitement par XELJANZ jusqu'à ce que l'infection soit maîtrisée. Les infections signalées comprennent : la tuberculose évolutive, les infections fongiques envahissantes, les infections bactériennes ou virales et les autres infections provoquées par des agents pathogènes opportunistes.

Le traitement par XELJANZ ne doit pas être entrepris en présence d'une infection évolutive, qu'elle soit chronique ou localisée.

Pendant et après le traitement par XELJANZ, les patients doivent faire l'objet d'une surveillance étroite visant à détecter tout signe ou symptôme d'infection, notamment en vue de déceler la présence d'une tuberculose chez les patients dont les résultats aux épreuves de dépistage de la tuberculose effectuées avant le traitement se sont révélés négatifs.

Cancers : Des cas de lymphome et d'autres cancers ont été observés chez des patients traités par XELJANZ. Des cas de trouble lymphoprolifératif consécutif à une transplantation et associé au virus Epstein-Barr ont été observés à une fréquence plus élevée chez les greffés rénaux traités par XELJANZ qui prenaient en concomitance des médicaments immunosuppresseurs.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Risque de perforation du tube digestif. Utiliser avec prudence chez les patients qui peuvent être exposés à un risque accru de perforation du tube digestif.
- Risque de réactivation virale, comme la réactivation du virus responsable du zona.
- Risque de cancer, de troubles lymphoprolifératifs et de cancer de la peau non mélanique.
- Risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques.
- Il faut éviter d'utiliser XELJANZ chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave ou chez les patients porteurs du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.
- Utiliser avec prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque.
- XELJANZ peut accroître le risque d'immunosuppression. L'administration concomitante avec des immunosuppresseurs puissants n'est pas recommandée.
- L'administration d'un vaccin vivant pendant le traitement par XELJANZ n'est pas recommandée.
- Administrer avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance rénale (c.-à-d., ClCr < 40 mL/min).
- XELJANZ ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.
- Les femmes ne doivent pas allaiter pendant un traitement par XELJANZ.
- L'innocuité et l'efficacité de XELJANZ n'ont pas été établies chez les enfants.
- Il faut administrer ce médicament avec prudence aux personnes âgées en raison du risque accru d'infection grave.
- Administrer avec prudence aux patients d'origine asiatique en raison d'un risque accru de zona, d'infection opportuniste et de pneumopathie interstitielle.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une hausse des taux de créatine kinase.
- XELJANZ entraîne une réduction de la fréquence cardiaque et une prolongation de l'intervalle PR. La prudence est de mise chez les patients qui présentent au départ une faible fréquence cardiaque (< 60 battements par minute), des antécédents de syncope ou d'arythmies, une maladie du sinus, un bloc sino-auriculaire, un bloc auriculoventriculaire (AV), une cardiopathie ischémique ou une insuffisance cardiaque congestive.
- Le traitement par XELJANZ a été associé à une fréquence accrue d'élévations du taux d'enzymes hépatiques.

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie du produit à l'adresse http://www.pfizer.ca/fr/our_products/products/monograph/342 pour obtenir des renseignements importants au sujet des effets indésirables, des interactions médicamenteuses et de la posologie qui ne figurent pas dans le présent document. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.

Référence : 1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ. 16 avril 2014.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™



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

CA0114T0F015F

NOUVEL AGENT ORAL
Pr XELJANZ^{MC}
[citrate de tofacitinib]