

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

Point de mire : Juchés sur les épaules des géants

Éditorial

- La cyberintimidation : source d'anxiété en ligne

Prix, nominations et accolades

- Des honneurs pour les docteurs Jean-Pierre Pelletier, Jessica Widdifield et Marie Westby

Que fait la SCR pour vous?

- Mise à jour sur la campagne *Choisir avec soin* de la SCR

Des nouvelles de l'ICORA

- Former les rhumatologues de demain : une étude de cas qualitative

Hommage boréal

- Trois mises à jour ont été récemment apportées au programme de MDC pour appuyer votre apprentissage
- Entrevue avec Christine Charnock, chef de la direction de la SCR
- La SCR : votre organisme, notre structure de gouvernance
- Historique d'agrément de la SCR
- L'histoire de l'*Arthritis Health Professions Association*
- Historique de la rhumatologie au Québec
- L'histoire de la rhumatologie dans le sud de l'Alberta

In Memoriam

- Dr Jack Stein

Nouvelles régionales

- Extraits et instantanés de la Colombie-Britannique

Arthroscopie

- ACR 2014

Consultation de couloir

- Cette patiente est-elle atteinte d'une maladie associée aux IgG4?

Articulons nos pensées

- Mise en marche



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.



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 + MTX¹.

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 + MTX¹.

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.

Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ en association avec des antirhumatologiques 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

¹ 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 (NS) 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 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., 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.

La cyberintimidation : source d'anxiété en ligne

par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« Si tu n'as rien de gentil à dire, tu ne dis rien du tout! » – Pan-Pan le lapin, Bambi, 1942.

Récemment, on m'a demandé de présenter un article à notre club local du journal de rhumatologie. Le choix est toujours difficile, l'article idéal étant de préférence intéressant, mais un peu hors des sentiers battus. Au cours de mes recherches, un article sur les tendances thérapeutiques en matière de psoriasis et d'arthrite psoriasique (APs) m'est passé sous les yeux. L'auteure principale était une chercheuse américaine en dermatologie, la Dre April Armstrong¹.

Il s'agissait d'un article scientifique typique, avec les tableaux et graphiques nécessaires, la méthodologie, la discussion et les conclusions. Cependant, dans les directives se rapportant à l'auteur, j'ai trouvé un commentaire que je n'avais encore jamais vu auparavant dans un article scientifique. L'auteure avait indiqué son adresse de courriel avec une mention stipulant que cette adresse était fournie « pour les questions intellectuelles à propos de l'article seulement ».

Je me suis demandé pourquoi elle avait jugé nécessaire d'inclure ce commentaire, mais la réponse n'est pas trop difficile à imaginer. L'exposition dans les médias sociaux, incluant la divulgation d'une adresse de courriel personnelle, nous rend accessibles et vulnérables à toute personne sur Internet. En septembre 2014, un article du *Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC)*² se penchait sur les préoccupations liées à la revue par les pairs dans les médias sociaux après la publication d'un article. Traditionnellement, on pouvait écrire une lettre à l'éditeur pour contester les arguments soulevés dans un article scientifique. L'éditeur devenait alors un médiateur neutre. Maintenant, la disponibilité de multiples plateformes dans les médias sociaux permet aux chercheurs de se critiquer directement l'un l'autre, parfois de façon très négative, sans le moindre filtre. L'article du *JAMC* faisait mention d'interactions pouvant être qualifiées de cyberintimidations et de moqueries entre les chercheurs.

Une autre April a été ciblée dans les médias sociaux autour de la même période par le biais d'une attaque sur Twitter. Ce cas n'avait rien à voir avec la science, mais relevait plutôt des débordements d'adeptes des Maple Leafs de Toronto devant la perspective d'une saison gagnante, après 47 années sans Coupe Stanley. En mars 2014, un des gardiens des Maple Leafs, James Reimer, avait particulièrement mal joué son rôle. Dans les médias sociaux, notamment sur Twitter, son épouse, April Reimer, avait reçu de nombreux commentaires désobligeants^{3,4}. Quelqu'un

était même allé jusqu'à lui suggérer de poignarder son mari durant son sommeil.

Les femmes se sentent certainement plus vulnérables que les hommes dans un tel contexte. En examinant un autre article scientifique sur les résultats de l'étude PSUMMIT-1 publié par un homme réputé dans le domaine de la recherche sur l'arthrite psoriasique, le Dr Iain McInnes, j'ai remarqué qu'il indiquait son adresse de courriel sans autre commentaire ou préoccupation apparente.

Le contexte social plus large joue aussi un rôle. Alors même que j'écris cet article, les interminables enquêtes entourant la sordide affaire Jian Ghomeshi se poursuivent, tandis que les députés canadiens continuent à s'entre-accuser de harcèlement sexuel sur la colline Parlementaire. Lorsque j'ai présenté l'article de la Dre Armstrong, un autre membre de notre club a également fait mention de la controverse du « Gamergate » liée au harcèlement en ligne et aux menaces de violence dont sont victimes les femmes qui développent des jeux vidéo et leurs partisans; certaines victimes ont même été poussées à fuir leurs foyers⁵.

J'espère que la Dre Armstrong ne subira aucun désagrément à la suite de la publication de son article. J'ai en fait moi-même utilisé son adresse de courriel pour la complimenter sur son article et lui demander une version PDF pour mes dossiers. Sa réponse a été rapide et courtoise. J'aime à penser que j'ai peut-être atténué quelque peu son anxiété à propos de la publication de son adresse de courriel.

Références :

1. Armstrong AW, Robertson AD, Wu J, et coll. Undertreatment, treatment trends, and treatment dissatisfaction among patients with psoriasis and psoriatic arthritis in the United States: Findings from the National Psoriasis Foundation surveys, 2003-2011. *JAMA Dermatol* 2013; 149(10):1180-5.
2. Collier R. When postpublication peer review stings. *CMAJ* 2014; 186(12):904.
3. Mirtle J. "April Reimer launches campaign to stop bullying." *The Globe and Mail* [Toronto] 9 January 2015. Disponible à l'adresse : www.theglobeandmail.com/sports/hockey/mirtle-april-reimer-launches-campaign-to-stop-bullying/article22372952/.
4. #TweetSweet Campaign. 2015. Disponible à l'adresse : www.tweetsweet.ca/about/.
5. Ross N. "#Gamergate Controversy Fuels Debate On Women And Video Games." *NPR* [online] 24 September 2014. Disponible à l'adresse : www.npr.org/blogs/alltechconsidered/2014/09/24/349835297/-gamergate-controversy-fuels-debate-on-women-and-video-games.

Philip A. Baer, MDCM, 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, MDCM, FRCPC, FACR
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

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

Stephanie Keeling, M.D., M.Sc., FRCPC

Professeure agrégée de médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton, Alberta

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

Deborah Levy, M.D., M.S., FRCPC

Professeure agrégée,
Université de Toronto
Enquêtrice au sein de l'équipe de
recherche
Child Health Evaluative Sciences
Research Institute
Toronto, Ontario

Bindu Nair, M.D., FRCPC

Professeure agrégée,
Division de rhumatologie,
Université de la Saskatchewan
Saskatoon, Saskatchewan

Jacqueline C. Stewart, B.Sc. (Hons), B. Éd., M.D., FRCPC

Rhumatologue,
Hôpital régional de Penticton
Penticton, Colombie-Britannique

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



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

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Paul F. Brand
Directeur de la publication

Russell Krackovitch
Directeur de la rédaction
Division des projets spéciaux

Katia Ostrowski
Rédactrice

Catherine de Grandmont
Rédactrice-révisure (français)

Donna Graham
Coordonnatrice de la production

Dan Oldfield
Directeur – Conception graphique

Jennifer Brennan
Services administratifs

Robert E. Passaretti
Éditeur

© STA HealthCare Communications, 2015. Tous droits réservés. Le *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE* est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopie, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. Poste-publication. Enregistrement n° 40063348. Port payé à Saint-Laurent, Québec. Date de publication : mars 2015. 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 reconnaissance en tant que « *Master* » est un des plus grands honneurs décernés par l'American College of Rheumatology (ACR) à ses membres distingués. En novembre 2014, dans le cadre du Congrès de l'ACR à Boston, le professeur Jean-Pierre Pelletier, M.D., a reçu cet honneur en reconnaissance de ces remarquables contributions au domaine de la rhumatologie.

Le Dr Pelletier a fait ses études en médecine à l'Université de Montréal (UdeM) avec une formation en rhumatologie à l'UdeM et à l'Université McGill, suivie d'une bourse de recherche à l'Université de Miami. En 1981, il a cofondé, avec la professeure Johanne Martel-Pelletier, l'Unité de recherche en arthrose du Centre de recherche du Centre hospitalier de l'UdeM (CRCHUM), qui compte maintenant parmi les établissements les plus réputés et respectés de ce genre. Il est directeur de l'Unité des maladies rhumatismales de l'UdeM depuis 1985. En 1997, il a été nommé chef du service de rhumatologie du CHUM et en 2000, co-titulaire de la Chaire en arthrose de l'UdeM.

Le Dr Pelletier est un spécialiste reconnu dans le domaine de l'arthrose pour ses efforts en recherche fondamentale et clinique. Ses principaux champs d'intérêt portent sur les mécanismes qui contribuent à la physiopathologie de l'arthrose chez l'être humain. Ses recherches dans le domaine de l'arthrite ont mené à un grand nombre d'études repères qui ont par la suite mené à d'importantes percées et découvertes à l'égard de la physiopathologie et de nouvelles avenues thérapeutiques pour les maladies musculosquelettiques.



La Dre Jessica Widdifield, du Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail de l'Université McGill, a récemment reçu une bourse postdoctorale Banting, la plus remarquable bourse postdoctorale décernée au Canada.

Ses recherches postdoctorales portent sur l'amélioration de la validité de l'utilisation de bases de données électroniques canadiennes et internationales sur la santé à des fins de recherche et de surveillance en rhumatologie. Ses efforts de recherche comprennent des analyses comparatives dans les différents milieux pour caractériser les populations de patients, le fardeau de morbidité et la mortalité prématurée.

Le nom de cette prestigieuse bourse a été choisi en mémoire de Sir Frederick Banting, le médecin, chercheur, lauréat du prix Nobel et héros de guerre canadien à qui, conjointement avec son assistant, le Dr Charles Best, on attribue le mérite de la découverte de l'insuline. Seulement 23 bourses sont décernées chaque année, par le biais des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), pour l'ensemble des disciplines de la santé. Cette bourse reconnaît des chefs de file dans leur domaine d'expertise et contribue à attirer et à retenir les candidats les plus talentueux au Canada.



La Dre Marie Westby a reçu le prix du clinicien distingué de l'Association of Rheumatology Health Professionals (ARHP) dans le cadre de l'assemblée scientifique de 2014 de l'American College of Rheumatology (ACR)/ARHP qui avait lieu à Boston, au Massachusetts, le 15 novembre dernier. Ce prix est décerné à un membre de l'ARHP en reconnaissance de son expertise clinique remarquable dans le domaine de l'arthrite et de ses contributions à l'avancement de l'art et de la science de la rhumatologie. La Dre Westby a siégé sur de nombreux comités et groupes de travail de l'ARHP au cours des 20 dernières années. À l'heure actuelle, elle est l'unique représentante canadienne sur le comité des pratiques de l'ARHP ainsi que dans une initiative conjointe par le biais des Centers for Disease Control and Prevention (CDCP)/Arthritis Foundation pour le développement de ressources en ligne identifiant des occasions d'activité physique appropriées pour les personnes atteintes d'arthrite. En plus de son rôle de superviseuse de l'enseignement en physiothérapie du Mary Pack Arthritis Program en Colombie-Britannique, elle est boursière postdoctorale à l'École de santé publique de l'Université de l'Alberta/Arthritis-recherche Canada (ARC) et professeure clinicienne agrégée au département de physiothérapie de l'Université de la Colombie-Britannique.

PRIX, NOMINATIONS ET ACCOLADES

Le *JSCR* tient à souligner les contributions de ses lecteurs dans le domaine médical et au sein de 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 l'adresse katiao@sta.ca. L'envoi de photos est fortement encouragé.

Mise à jour sur la campagne *Choisir avec soin* de la SCR

par Michelle Jung, M.D., FRCPC; et Shirley Chow, M.D., FRCPC; au nom du Comité de la diffusion pour la campagne *Choisir avec soin* de la SCR

La médecine, et plus particulièrement la rhumatologie, est un secteur en croissance rapide où de nouveaux examens et traitements sont constamment en cours de développement pour améliorer les soins aux patients. En tant que professionnels auto-réglementés, nous reconnaissons que notre première obligation est de fournir des soins sécuritaires, efficaces et efficaces tout en respectant les contraintes fiscales de notre système de la santé¹. Bien que ce soit là une tâche difficile, il est possible d'y arriver par un processus de réflexion sur nos propres pratiques, en se tenant au courant des plus récentes données probantes et en veillant à ce que notre approche soit exempte d'examens, procédures et traitements superflus. Ces notions de réflexion et d'amélioration sont les principes fondamentaux de la campagne *Choisir avec soin*.

La campagne *Choisir avec soin* a été lancée au printemps dernier pour aider les médecins et les patients à prendre des décisions thérapeutiques efficaces, sûres, fondées sur les données probantes et respectueuses de l'intendance des ressources². La SCR s'est jointe à cette campagne, tout comme l'Association médicale canadienne (AMC) et dix-neuf autres sociétés médicales canadiennes. La SCR a publié une liste de cinq pratiques, traitements ou procédures en rhumatologie qui, d'après les publications scientifiques actuelles³, pourraient être superflus ou même exposer les patients à des préjudices potentiels.

La SCR a récemment entrepris deux sondages visant à évaluer la diffusion de la campagne *Choisir avec soin*. Le premier a été envoyé au cours du mois durant lequel la liste a été publiée et le second a été entrepris six mois plus tard.

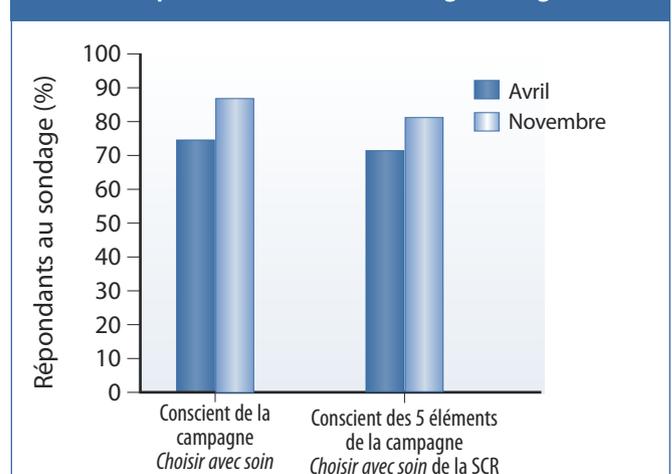
La Figure 1 illustre le niveau de conscience des membres à l'égard de cette initiative (80 % dans le premier sondage et 96 % dans le second) et à l'égard des listes de la SCR (73 % dans le premier sondage et 80 % dans le second). Le quart (25 %) des répondants ont indiqué que cela changerait probablement leur façon de pratiquer. Une des raisons expliquant pourquoi cela ne changerait pas la façon de pratiquer de certains est que 91 % des

rhumatologues affirmaient qu'ils se conformaient déjà à ces recommandations; 6 % étaient d'avis que les médecins de famille devraient aussi changer leur façon de pratiquer en fonction des nouvelles recommandations. Certains ont indiqué que ces recommandations ne s'appliquaient pas à leur pratique (5 %) alors que d'autres avaient besoin de voir plus de données probantes (5 %).

Les deux examens les plus communs que les membres de la SCR demanderaient différemment (Figure 2) étaient ceux du dosage des anticorps antinucléaires (68 %) et de la densité minérale osseuse (64 %).

Cette action importante visant à optimiser la sécurité du patient et la valeur des soins médicaux se reflète dans l'ajout du souci de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients au cadre des compétences CanMEDS 2015 pour les médecins⁴. Notre rôle multidimensionnel en tant que spécialistes en médecine, défenseurs de la santé, professionnels et gestionnaires est axé sur notre engagement à continuellement améliorer la qualité des soins de santé, la sécurité des patients et l'intendance des ressources. En tant que professionnels

Figure 1. Niveau de conscience des membres à l'égard de la campagne *Choisir avec soin* et des 5 éléments de la SCR, tel que reflété dans les sondages en ligne (2014)



auto-réglémentés, nous avons une responsabilité envers le patient et nous devons veiller à lui assurer un système de santé sûr et durable. La devise veut que « tous les intervenants du système de santé aient deux tâches à accomplir chaque jour lorsqu'ils se présentent au travail : faire leur travail et l'améliorer.⁵ »

Références :

1. Feature: The Right Test at the Right Time: Striking the Proper Balance. CMPA Perspective 2014; 6(3):10-1. Disponible à l'adresse : www.cmpa-acpm.ca/documents/10179/301526572/com_2014_Perspective_Sept-e.pdf.
2. Choisir avec soin en partenariat avec l'Association médicale canadienne. Five Things Physicians and Patients Should Question, 2014. Disponible (en anglais) à l'adresse : www.choosingwiselycanada.org/recommendations/rheumatology/.
3. Chow SL, Thorne JC, Bell MJ, et coll. Choosing Wisely: The Canadian Rheumatology Association's List of 5 Things Physicians and Patients should question. *J Rheum* 2014. Sous presse.
4. CanMeds 2015 Expert Working Group. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: Patient Safety and Quality Improvement Expert Working Group

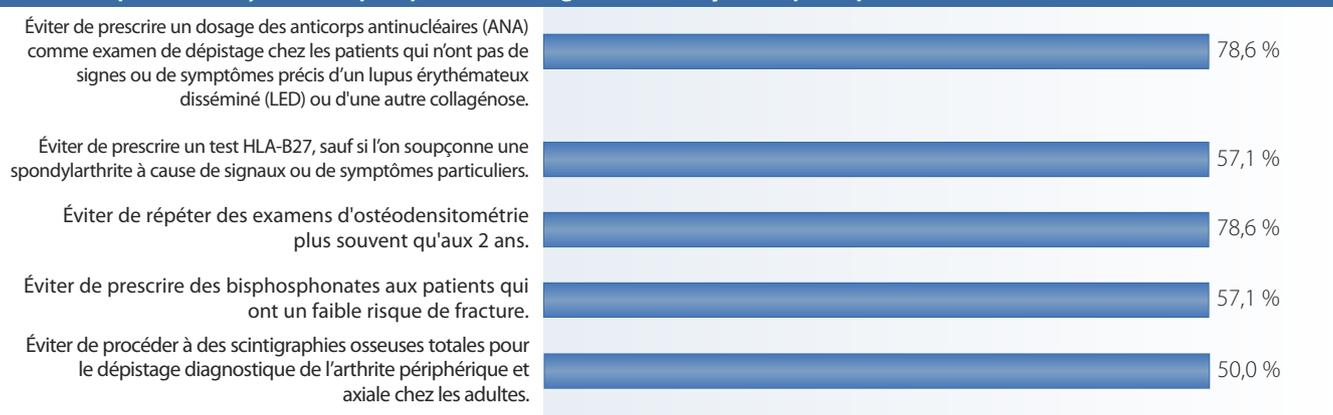
Report, 2014. Disponible à l'adresse : www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/framework_series_1_f.pdf.

5. Batalden P, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care* 2007; 16:2-3.

Michelle Jung, M.D., FRCPC
Formation post-graduée en rhumatologie – 5^e année
Département de rhumatologie
Schulich School of Medicine and Dentistry
London, Ontario

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

Figure 2. Éléments de la campagne Choisir avec soin de la SCR sur lesquels les rhumatologues doivent s'interroger (% des répondants ayant indiqué que cela changerait leur façon de pratiquer)



Comités de la SCR : Où pourriez-vous vous impliquer?

- Comité de l'Assemblée scientifique annuelle (contenu) : Développer le contenu scientifique de l'ASA.
- Comité de l'Assemblée scientifique annuelle (planification) : Développer tous les aspects de l'ASA autres que le contenu scientifique, les conférenciers, etc.
- Comité d'examen de l'ICORA : Examiner et évaluer les soumissions de projets.
- Comité des communications : Examiner et développer le contenu des communications, y compris les bulletins et le site Web.
- Comité de l'éducation : Aider au développement, à la révision ou à la diffusion de la formation continue en rhumatologie, examiner les demandes d'agrément des activités de FMC et faciliter le partage des ressources entre les éducateurs en rhumatologie.
- Comité des lignes directrices : Superviser la création et la diffusion de lignes directrices fondées sur des données probantes et fournir une rétroaction à d'autres organisations connexes sur des questions pertinentes.
- Sous-comité des ressources humaines : Documenter la situation actuelle des ressources humaines à l'échelle nationale, provinciale et régionale, particulièrement pour déterminer les zones de pénurie. Explorer et mettre en œuvre des mesures visant à atténuer les problèmes de ressources humaines identifiés.
- Comité des soins optimaux : Fournir des conseils à la SCR sur les questions émergentes dans le domaine de l'accès aux soins, incluant l'Alliance sur les temps d'attente (ATA), le programme des Services de santé non assurés (SSNA) et la campagne Choisir avec soin.
- Comité de recherche : L'ICORA est le point central de ce comité qui a besoin de bénévoles pour aider l'exécution stratégique du programme.
- Comité des pratiques thérapeutiques : Fournir des conseils à la SCR sur les questions émergentes dans le domaine des traitements en rhumatologie et aborder la question de la pénurie de médicaments.

Veillez contacter Claire McGowan-Shaw à l'adresse claire@rheum.ca si vous êtes intéressé à faire du bénévolat pour l'un de ces comités ou même pour un projet spécifique.

Former les rhumatologues de demain : une étude de cas qualitative

par Alfred Cividino, M.D., FRCPC, FACR; au nom des participants

En 2012, l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) finançait une subvention d'un an pour une étude pancanadienne visant à explorer le point de vue des participants à l'égard de la profession de rhumatologue, des moyens à prendre pour informer et attirer des apprenants et des moyens d'attirer plus de stagiaires afin de répondre au besoin croissant pour des rhumatologues au Canada.

Après avoir obtenu l'approbation du comité de déontologie, les neuf programmes d'études supérieures en rhumatologie participant ont invité leur corps enseignant et leurs stagiaires à se joindre à l'étude. Les participants ont répondu à un sondage en ligne auto-administré en anglais ou en français ou à une entrevue téléphonique individuelle en anglais. Les données obtenues des 103 répondants ont été soumises à une analyse de cadre thématique pour identifier séparément les principaux concepts et problèmes pour les apprenants (junior = étudiant de premier cycle en médecine et années 1 à 3 d'études supérieures; sénior = années 4 à 6 d'études supérieures) et les enseignants/administrateurs.

Le corps enseignant avait une attitude très enthousiaste à l'égard de la profession, affirmant que « la rhumatologie est la spécialisation de l'avenir », mais relevait la nécessité d'actualiser les perceptions à son égard, expliquant que « la rhumatologie est souvent vue comme étant limitée au traitement et aux maladies des personnes âgées. Nous devons promouvoir la rhumatologie comme étant une spécialisation qui comporte de fascinantes immunopathogénèses et des occasions de recherche de pointe aux frontières du savoir. » Ils recommandaient de cibler les étudiants de premier cycle, puisque « les gens qui m'ont influencé sont ceux qui étaient mes modèles lorsque j'étais étudiant en médecine » et les résidents juniors en médecine interne par le biais d'interactions en personne et de cours officiels offerts dans le cadre des programmes de médecine. Les messages spécifiques à transmettre pour faire croître l'intérêt pour ce domaine variaient de « dites-leur que cela existe : je n'ai pas entendu parler de rhumatologie avant le début de ma formation en médecine interne » à « insistez sur le fait que nous sommes des médecins heureux ».

Les apprenants juniors ont suggéré des rencontres personnelles avec des praticiens lors des discussions sur les choix de carrière, des occasions d'être observateur et autres occasions



de mentorat, l'organisation de séances d'information par petits groupes avec les étudiants de premier cycle, ainsi que de la formation officielle par le biais de modules sur le système musculosquelettique et de séances de compétences cliniques, en fournissant notamment « plus d'enseignement par des rhumatologues dans le programme médical de façon à ce que les étudiants sachent en quoi consiste cette spécialisation ». Les apprenants séniors ont également mentionné avoir plus de placements cliniques par rotation « pour s'assurer que nous ne refusons pas des résidents en médecine interne qui pourraient être intéressés. »

Les messages visant à donner une image positive de la rhumatologie incluaient ceux axés sur le défi intellectuel (« les immunothérapies novatrices rendent ce domaine très excitant »; « mélange intéressant de travail procédural et cérébral »), l'occasion de soulager les souffrances, la belle qualité de vie (« selon un récent sondage, nous sommes les spécialistes les plus heureux »; « bon équilibre entre le travail et la vie personnelle ») et les excellentes perspectives de carrière (« le système de la santé a besoin de vous »).

C'est une première étude qualitative pancanadienne fournissant un point de vue de l'intérieur sur comment attirer plus de stagiaires vers la rhumatologie. Étant donné la pénurie croissante de rhumatologues au Canada, il est important de mieux faire connaître ce domaine de spécialisation en utilisant nos ressources limitées de façon sélective, notamment en collaborant au développement d'outils pour accroître l'intérêt à l'égard de la rhumatologie dans l'ensemble du Canada.

Alfred Cividino, M.D., FRCPC, FACR

Professeur, Division de rhumatologie, Faculté de médecine

Directeur, Division de rhumatologie

Université McMaster, Hamilton, Ontario

Trois mises à jour ont été récemment apportées au programme de MDC pour appuyer votre apprentissage

Les renseignements suivants ont été fournis par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada pour vous aider à comprendre les mises à jour récemment apportées au programme de Maintien du certificat (MDC). Grâce à votre rétroaction, le Collège royal améliore sans cesse le programme de MDC pour vous aider à améliorer votre rendement et les soins que vous prodiguez à vos patients.

1. Les nouvelles exigences minimales de cycle du programme de MDC pourraient s'appliquer à vous

Les nouvelles exigences minimales de cycle introduites en 2013 visent à encourager les Associés et les participants au programme de MDC à tirer parti de chaque section du programme de MDC à mesure qu'ils conçoivent et mettent en œuvre un plan d'apprentissage pertinent à leur pratique professionnelle.

Avez-vous renouvelé ou entamé un nouveau cycle du programme de Maintien du certificat le 1^{er} janvier 2014 ou après cette date?

- Si **oui**, vous devez alors consigner au moins 25 crédits dans chaque section : 1, 2 et 3 du programme de MDC avant la fin de votre cycle de cinq ans. N'oubliez pas qu'il s'agit d'une exigence de cycle, et non d'une exigence annuelle. Vous avez donc cinq ans pour atteindre ces exigences minimales.
- Si **non**, les nouvelles exigences minimales de cycle ne vous concerneront pas tant que vous n'avez pas terminé votre cycle actuel.

Ressources et soutien

Pour plus d'information, visitez www.collegeroyal.ca/moc

Pour ouvrir une session dans MAINPORT, visitez www.mainport.collegeroyal.ca

Pour télécharger l'application pour iPhone rendez-vous sur www.collegeroyal.ca/apps

Contactez le Centre des services du Collège royal à cpd@collegeroyal.ca, par téléphone au 1 800 461-9598 ou au 613 730-6243 pour obtenir de l'aide tout au long de l'année.

- Si vous ne savez pas, il vous suffit d'ouvrir une session dans votre portfolio électronique MAINPORT (www.mainport.royalcollege.ca) pour vérifier vos dates actuelles de cycle sur le tableau de bord sous votre nom.

2. Suppression de la politique de 75 %

La règle des 75 % restreignait le nombre de crédits pouvant être obtenus dans une seule et même section afin de satisfaire aux exigences de cycle du MDC. Il n'y a plus de pourcentage maximal de crédits cumulables dans chaque section au cours d'un cycle du programme de MDC.

3. Le Collège royal offre un avantage spécial de MDC aux résidents affiliés

Les résidents affiliés du Collège royal participant au programme de MDC peuvent obtenir jusqu'à 75 crédits (25 dans chacune des sections : apprentissage collectif, auto-apprentissage et évaluation) et les transférer dans leur premier cycle de MDC à titre d'Associé. Il s'agit d'une excellente occasion pour les résidents de prendre une longueur d'avance sur l'amélioration continue de leur compétence qui s'avérera essentielle au renouvellement annuel du permis d'exercice lorsqu'ils deviendront Associés et commenceront leur pratique professionnelle.

Faits saillants du programme de MDC

Vous devez obtenir et consigner au moins :

- 400 crédits sur un cycle de cinq ans en participant à des activités éducatives qui répondent aux besoins identifiés de votre pratique professionnelle.
- 40 crédits d'activités de DPC chaque année, même si vous avez déjà atteint le minimum de 400 crédits nécessaires.
- 25 crédits par section du programme de MDC au cours de votre cycle de cinq ans. (*S'applique uniquement aux Associés qui ont commencé un nouveau cycle le 1^{er} janvier 2014 ou après cette date.*)



COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

LE PROGRAMME DE **MDC**
mieux apprendre pour mieux soigner

Entrevue avec Christine Charnock, chef de la direction de la SCR

1. Quelles circonstances vous ont poussée vers une carrière au sein de la SCR?

Le fait de vouloir rester à la maison avec mes enfants.

2. Aviez-vous anticipé que votre cheminement de carrière vous mènerait dans cette direction?

Pas du tout! Je travaillais pour une agence d'aide et de développement où je gérais tous les projets liés aux pays en développement et aux interventions de secours. Après avoir eu ma deuxième fille, je voulais passer plus de temps auprès de ma famille et je ne voulais plus avoir à m'absenter pendant plusieurs semaines consécutives. Une de mes amies, qui est médecin, sachant à quel point je déteste rester à ne rien faire, m'a suggéré de donner mon nom pour seulement faire de la transcription pour des spécialistes en attendant de trouver autre chose. Carter Thorne, qui était le secrétaire-trésorier de la SCR, m'a appelée quelques mois plus tard pour me demander si je serais intéressée à lui donner un coup de main... et tout le reste a découlé de là.

3. Comment vos antécédents professionnels influencent-ils votre approche pour diriger un organisme et gérer les problèmes qui surviennent sous votre direction?

J'ai toujours travaillé dans le secteur des organismes sans but lucratif et j'ai récemment terminé tous les cours requis pour obtenir le titre de cadre d'association émérite (CAE). J'aime le défi du changement pour améliorer les choses, pour fournir aux membres ce dont ils ont besoin et pour voir au-delà de leurs besoins perçus pour le futur.

4. Comment mesurez-vous le succès de l'organisme?

Recevoir une rétroaction positive des membres, surtout en termes d'être en mesure de leur laisser savoir que nous



sommes à leur écoute et que nous répondons à leurs besoins.

5. Existe-t-il des ressources non exploitées que vous prévoyez mettre au profit de la SCR?

Il doit certainement y en avoir beaucoup; nous devons juste les identifier et trouver le temps de les développer! Je suis constamment à la recherche de nouvelles idées ou en train de réfléchir, durant les discussions et les séances, pour voir comment quelque chose pourrait être adapté aux besoins ou désirs, même ceux qui n'ont pas encore été identifiés, de la SCR et de nos membres.

6. À votre avis, quels bienfaits les médias informatisés et sociaux peuvent-ils amener au système de santé canadien pour aider les patients, les médecins et les fournisseurs de soins de santé? Est-ce que cela aidera la SCR à rester pertinente? Comment?

Je crois que le futur réserve une place importante aux gens et à la technologie, ainsi qu'à leur interaction dans les communications. La SCR doit accueillir ouvertement cette réalité et déterminer le meilleur moyen de tirer profit de cette relation pour apporter un bienfait unique à nos membres.

7. Votre parcours au sein de la SCR dure depuis de nombreuses années et est rempli d'histoires. Que voyez-vous comme votre empreinte durable sur l'organisme?

L'innovation, mais sans faire trop de bruit, tellement que les gens ne savent souvent pas vraiment d'où viennent les idées. Par exemple, pour les controverses : « À qui devrions-nous demander de présider à la réunion? ...Pourquoi pas à la personne qui l'a suggérée? ...Qui était-ce? ...Ah oui, Christine. »

J'adore apporter des changements pour rendre les choses meilleures, plus efficaces, plus intéressantes.

8. Quelle a été votre observation la plus marquante au cours de votre carrière?

À quel point il est important d'écouter les rétroactions; personne ne sait tout et c'est vraiment dommage quand vous pensez que c'est le cas, que vous êtes un expert et que vous ne pouvez donc plus rien apprendre de plus.

9. Quels défis voyez-vous venir dans le futur pour les rhumatologues canadiens? Que peuvent faire les rhumatologues individuels et la SCR pour relever ces défis?

L'aversion au changement et la conviction que rien ne changera dans le futur; voilà un défi de taille! Je me souviens de mon retour au travail après avoir eu ma première fille... Il y avait ces nouvelles choses ridicules appelées AOL et le Web (Internet) et je me suis dit que « je n'essaierais même pas d'apprendre cela puisque je ne m'en servirais



Christine s'est éventuellement réconciliée avec la notion du Web

jamais! Et maintenant, toute ma vie en est imprégnée! »

10. On vous fournit un panneau d'affichage vierge. Qu'inscrivez-vous dessus?

Fermez votre bouche et ouvrez vos oreilles; vous apprendrez tellement de choses, même si vous êtes un expert!

11. On vous offre un billet d'avion pour la destination de votre choix. Où allez-vous?

Tahiti... Les bungalows sur pilotis avec plancher de verre sont tellement merveilleux!

12. Quel a été votre premier emploi rémunéré? Combien de temps l'avez-vous gardé?

Camelot pour le Toronto Star à l'âge de sept ans... Je l'ai fait pendant sept ans! Je n'ai jamais été sans emploi depuis cette époque.

13. Quelle est votre principale bête noire?

Les gens qui n'ont pas de considération envers les autres ou ne pensent pas aux autres!

14. Qu'aimeriez-vous faire quand vous prendrez votre retraite?

Vendre notre maison et garder un chalet quelque part pour revenir ici l'été, mais passer mes hivers en Afrique ou à Haïti à apprendre, à aider les autres et à vivre une vie simple. J'aimerais aussi faire des échanges de résidences avec des gens un peu partout dans le monde pour faire l'expérience de nouvelles communautés et de nouveaux peuples.

*Christine Charnock
Chef de la direction, Société canadienne de rhumatologie
Newmarket, Ontario*



De véritables piliers de la SCR : le Dr John Thomson, le Dr Michel Zummer et Christine Charnock.

BIENVENUE PARMIS NOUS

La SCR aimerait souhaiter la bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Zainab Alabdurubalnabi,
Edmonton, Alb.
Samar Alharbi, Toronto, Ont.
Sam Aseer, Halifax, N.-É.

Janique Dyba, Kingston, Ont.
Isabelle Fortin, Rimouski, Qc
Maya Gerstein, Toronto, Ont.
Waleed Hafiz, Toronto, Ont.

Karlene Hagley, Toronto, Ont.
Mark Harrison, Vancouver, C.-B.
Linda Hiraki, Toronto, Ont.
Alena Ikc, Québec, Qc

Yael Luck, Montréal, Qc
Anas Makhzoum, Kingston, Ont.
Mohammad Refaei, Edmonton, Alb.
Alexander Tsoukas, Montréal, Qc

La SCR : votre organisme, notre structure de gouvernance

par Cory Baillie, M.D., FRCPC

En janvier 2015, le conseil d'administration de la SCR a complété la restructuration de sa formule de gouvernance. Le but de cet article est donc de faire un bilan des récents changements pour les membres.

Au cours des deux dernières années, le conseil de la SCR a envisagé différentes options de gouvernance susceptibles de favoriser le succès continu et croissant de l'organisme. À cette fin, le conseil a retenu les services d'une spécialiste en gouvernance d'organismes à but non lucratif, Catherine Raso, pour nous fournir des renseignements et des recommandations pour le futur. Elle nous a notamment aidés à réaliser que le conseil de la SCR était trop fortement axé sur les aspects opérationnels de l'organisme, ce qui limitait la capacité du conseil à se pencher sur la direction de la SCR pour le futur plutôt que sur le chemin parcouru dans le passé.

L'organigramme ci-joint illustre la nouvelle structure de la SCR. Le changement le plus fondamental est l'établissement du nouveau poste de chef de la direction de la SCR pour lequel le conseil a choisi Christine Charnock. À titre de chef de la direction, Christine sera responsable des opérations de la SCR et rendra compte au conseil d'administration. Par ailleurs, au lieu de rendre compte directement au conseil d'administration, les présidents des comités opérationnels rendront maintenant compte à notre chef de la direction. Christine devra veiller à ce que les souhaits du conseil d'administration, tels qu'exprimés par le plan stratégique du conseil, soient mis en œuvre par les présidents des comités. Elle assumera également la supervision de tous les employés et consultants (comptabilité, juridique, gouvernance, etc.) embauchés par la SCR pour favoriser la réalisation de sa mission.

Les responsabilités du conseil d'administration de la SCR ont également changé avec la nouvelle structure. Le conseil, étant désormais libéré de la supervision directe des opérations, sera mieux en mesure de concentrer son attention sur la gouvernance. Les principales responsabilités du conseil en matière de gouvernance seront les suivantes :

- l'engagement des membres;
- l'élaboration et le suivi des priorités stratégiques;
- la surveillance et l'évaluation de notre chef de la direction;

- l'auto-évaluation du procédé de gouvernance;
- l'éducation relative à l'organisation de la SCR; et
- la surveillance de l'environnement externe dans lequel évolue la SCR.

Le président de la SCR continuera à assumer la fonction de président du conseil et de porte-parole pour l'organisme. Il préparera également l'ordre du jour pour les réunions bimensuelles du conseil. Le président de la SCR, ou son remplaçant désigné, représentera la SCR auprès des différents organismes avec lesquels la SCR interagit, incluant entre autres la Société de l'arthrite, l'American College of Rheumatology (ACR) et la Ligue panaméricaine des associations de rhumatologie (PANLAR).

La structure des comités opérationnels de la SCR a été mise à jour. La plupart des comités demeurent inchangés; quelques nouveaux comités ont été créés et quelques autres ont été fusionnés. Le plus grand changement est que les présidents des comités rendent maintenant compte à notre chef de la direction. Les présidents des comités de la SCR seront nommés conjointement par le président et la chef de la direction de la SCR. Dorénavant, les présidents et membres des comités seront mandatés pour une période minimale de deux ans. Tout membre de la SCR souhaitant se porter volontaire pour œuvrer au sein d'un de nos comités est le bienvenu; les personnes intéressées peuvent écrire à info@rheum.ca pour plus de détails.

Des embûches sont assurément à prévoir durant la période d'adaptation initiale à cette nouvelle structure, mais le conseil d'administration est convaincu qu'il s'agit là d'une étape nécessaire et pertinente pour notre organisme afin d'assurer le succès de notre mission de représenter les rhumatologues canadiens et d'encourager la quête de l'excellence dans les soins de l'arthrite, l'éducation et la recherche.

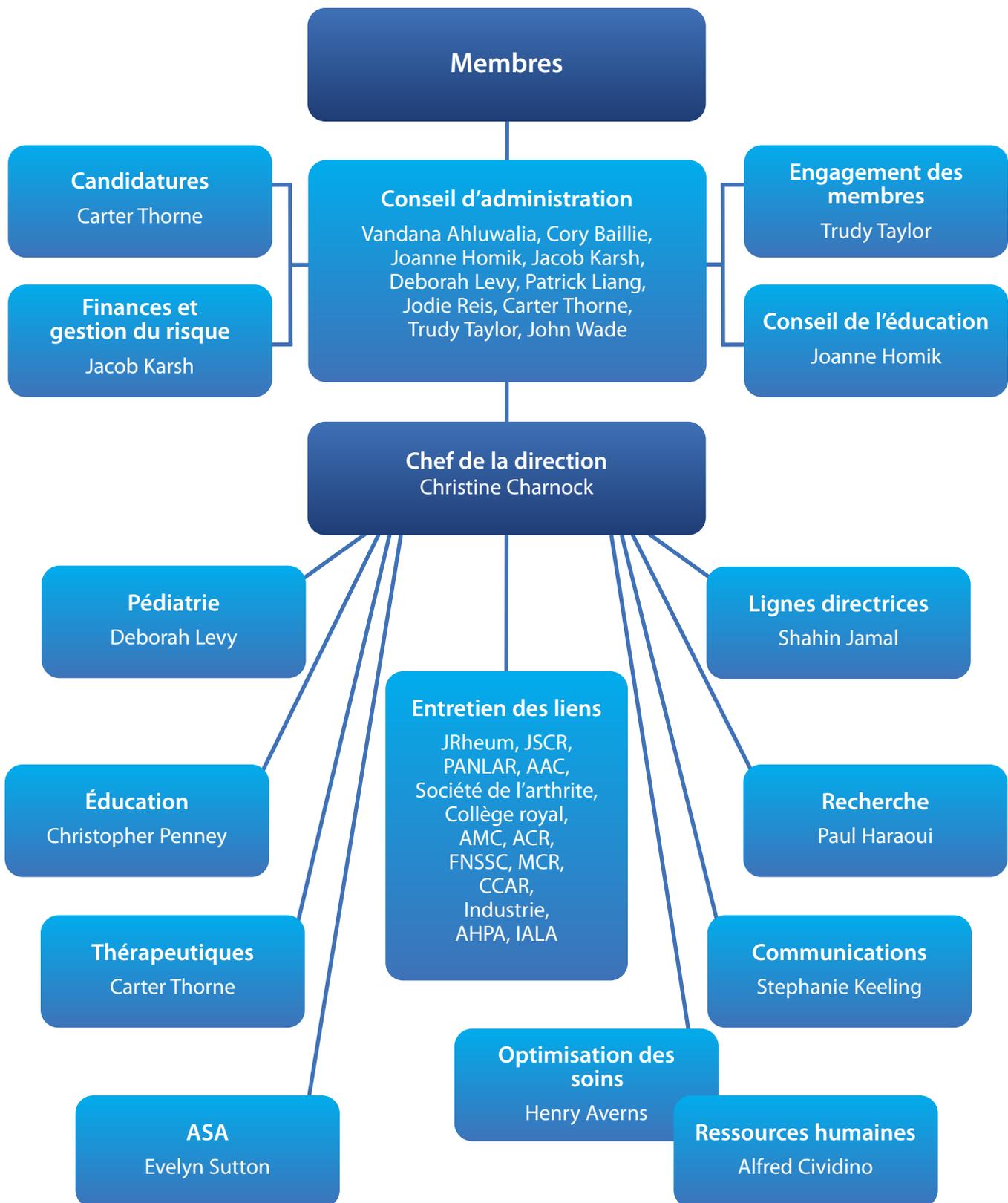
Cory Baillie, M.D., FRCPC

Président,

Société canadienne de rhumatologie

Professeur adjoint,

Université du Manitoba, Winnipeg, Manitoba



Historique d'agrément de la SCR

par Christopher Penney, M.D., FRCPC

En 2010, le conseil de la SCR a remarqué que de moins en moins de départements universitaires de développement professionnel continu (DPC) étaient disposés à accorder un agrément du Collège royal à nos événements éducatifs, notamment l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la SCR. Par ailleurs, la majorité des associations canadiennes de spécialistes étaient elles-mêmes des prestataires de DPC agréés reconnus par le Collège royal, aptes à accorder l'agrément pour leurs propres événements éducatifs. Pourquoi la SCR ne pourrait-elle pas en faire autant?

Certains membres du conseil de la SCR avaient le sentiment que d'apposer la « marque » SCR sur les programmes d'éducation continue avait beaucoup de sens, puisque les membres de la SCR étaient les principaux développeurs et consommateurs de ces programmes. La SCR se devait également de représenter les préoccupations des rhumatologues en matière de DPC auprès des auteurs des procédures d'agrément du Collège royal.

Je vous renvoie au lien suivant pour la liste des prestataires agréés d'activités du Collège royal et tout ce qui s'y rattache : www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/members/cpd/cpd_accreditation/group_learning/cpd_accredited_providers.

En novembre 2010, le comité exécutif du Conseil d'administration de la SCR a autorisé une dépense de 10 000 \$ et a mandaté Jack Corman et Ron Fehst, de la firme Institutional Review Board Services (IRBS), pour soumettre, au nom de la SCR, une demande de statut de prestataire de DPC agréé au Collège royal. Le Dr Carter Thorne et Christine Charnock, avec ma collaboration, ont mené cette initiative.

Le processus de demande s'est avéré beaucoup plus complexe, frustrant et laborieux que ce que nous avions anticipé. L'IRBS a consulté les dirigeants de plusieurs autres associations de spécialistes et a reçu d'elles une aide précieuse sur le plan de la documentation. Pour être en conformité avec les normes d'agrément du Collège royal, des changements ont dû et devront encore être faits sur le plan de la structure et de l'exploitation de la SCR.

Notre demande de statut de prestataire de DPC agréé a officiellement été soumise au printemps 2011. Le document de demande comptait des milliers de pages et a exigé des centaines d'heures de préparation. Nous avons obtenu

le statut de prestataire pour une période de trois ans débutant le 1^{er} janvier 2012. Le Collège royal exigeait toutefois la mise en œuvre de multiples mesures pour remédier à certaines normes partiellement conformes et non conformes au cours de ces trois années. À titre de prestataire de DPC, le Collège royal impose des critères plus stricts à la SCR qu'à une autre association de médecins soumettant des programmes pour agrément.

Comme bien d'autres petites sociétés de spécialistes, la SCR a mandaté un gestionnaire de DPC chevronné pour veiller à l'agrément des événements de DPC et pour s'occuper de la paperasse considérable requise pour le maintien de notre statut de prestataire agréé. Merci à Domenica Utano, notre gestionnaire actuelle, pour son expertise! Au nom de la SCR, je tiens également à remercier les nombreux membres du comité de l'éducation qui ont participé aux révisions d'agrément au cours des trois dernières années.

La demande de statut de prestataire de DPC agréé de la SCR pour 2015 a été soumise vers la fin de 2014. Nous nous sommes portés volontaires pour tester les nouveaux règlements de 2015 en matière d'agrément et pour donner notre opinion sur d'éventuels moyens d'améliorer ces normes. Nous sommes maintenant, depuis le 1^{er} janvier 2015, prestataire agréé pour les cinq prochaines années. Évidemment, aucune demande n'est parfaite et, au cours des prochaines années, nous continuerons à collaborer avec le Collège royal pour résoudre nos problèmes de conformité partielle avec certaines normes.

Est-ce que tous ces efforts voués au maintien du statut de prestataire de DPC agréé du Collège royal en valent vraiment la peine pour la SCR? Je le crois. Qu'en pensez-vous? Vos rétroactions et commentaires, acheminés à penney@ucalgary.ca, sont toujours les bienvenus.

*Christopher Penney, M.D., FRCPC
Professeur clinicien agréé, Université de Calgary
Rhumatologue,
Richmond Road Diagnostic & Treatment Center
Calgary, Alberta*



L'histoire de l'Arthritis Health Professions Association

par Jennifer Burt, B.Sc.(physio.)

Les efforts pour la mise en place d'un regroupement de professionnels paramédicaux œuvrant dans le domaine de la rhumatologie en Ontario ont commencé dans les années 70. La planification en ce sens a commencé au début des années 80, avec l'appui de la division ontarienne de la Société de l'arthrite. En sa capacité de directrice de l'éducation des professionnels paramédicaux, Carolyn Thomas a travaillé avec une équipe centrale de professionnels paramédicaux dévoués de la région de Toronto pour mettre sur pied l'association qui était alors connue sous le nom *Arthritis Health Professions Association of Ontario* (AHPA, Ontario). Carolyn a joué un rôle important dans la traduction de cette vision en réalité. Lorsqu'elle a décidé de prendre sa retraite de la Société de l'arthrite, l'AHPA l'a déclarée membre honoraire à vie et a établi la Bourse Carolyn Thomas en reconnaissance de sa contribution à la recherche scientifique.

En l'an 2000, compte tenu de l'intérêt croissant pour notre association à travers tout le Canada, la référence à l'Ontario a été retirée de notre nom; avec ce geste, le mandat de l'association prenait de l'expansion en adoptant une perspective nationale et en accueillant des membres de partout au Canada. La mission de l'AHPA comporte plusieurs volets.

- Stimuler l'intérêt des professionnels de la santé à l'égard de la rhumatologie.
- Promouvoir la recherche et l'éducation dans le domaine de la rhumatologie.
- Encourager la communication interdisciplinaire.
- Agir comme organisme-ressource pour les personnes qui s'intéressent à rhumatologie.
- Sensibiliser le public aux besoins des personnes qui souffrent d'arthrite.

Les membres de l'AHPA ont commencé à participer à l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la SCR en 2005. En 2008, Marlene Thompson, alors présidente de l'AHPA,



Conseil d'administration de l'AHPA à Québec en 2015 : (de gauche à droite) Nancy Ellis, Jennifer Boyle (IT), Jennifer Burt, Rashmi Mandhane, Karine Toupin-April (sortante), Andrea Weagle, Angelo Papachristos, Sameer Chunara, Karen Gordon (sortante), Leslie Soever (présidente). Absentes : Raquel Sweezie, Julia Farquharson, Mandy McGlynn.

collaborait avec la SCR dans le but de permettre à l'AHPA de parrainer des ateliers offrant des occasions d'apprentissage spécifiquement axées sur les professionnels paramédicaux dans le cadre de l'ASA de la SCR. Le premier cours pré-conférence d'une journée de l'AHPA a obtenu un grand succès en 2009 et continue à prendre de l'ampleur chaque année.

L'AHPA s'est officiellement incorporée en septembre 2013. Le nombre de membres continue à augmenter, regroupant maintenant 140 membres d'un océan à l'autre. L'AHPA continue à collaborer avec la SCR en siégeant notamment à leur Comité scientifique pour planifier l'assemblée scientifique et conférence annuelle à laquelle des membres de l'AHPA assistent chaque année.

L'AHPA est un regroupement de professionnels de la santé qui travaillent dans le domaine de la rhumatologie. Nos membres viennent de divers milieux cliniques et administratifs, tels que les hôpitaux, les cliniques, les programmes communautaires et les universités. Nous sommes voués à l'amélioration des normes en matière de soins de santé pour les personnes atteintes de maladies rhumatismales par la promotion de l'éducation et le soutien de la recherche parmi nos membres.

Jennifer Burt, B.Sc.(physio.)
Ancienne présidente de l'AHPA
St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador

Indication et usage clinique

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

Contre-indications

- Infection grave comme la sepsie, la tuberculose (TB) 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 TB, les infections fongiques invasives et d'autres infections opportunistes ont été observées avec SIMPONI® I.V.
 - Le traitement ne devrait pas être amorcé chez des patients présentant des infections évolutives, y compris des infections chroniques et localisées.
 - Si un patient présente une infection grave ou une sepsie, le traitement doit être cessé.
- **Infections récurrentes/latentes:** y compris la TB, ou des troubles sous-jacents, lesquels pourraient prédisposer les patients à des infections, ou les patients qui ont résidé dans des régions où la TB et les infections fongiques invasives sont à l'état endémique.
- **TB (due à la réactivation d'une TB latente ou à une nouvelle infection):** observée chez des patients ayant reçu des inhibiteurs du TNF.
 - Avant d'entreprendre le traitement, 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 TB.
 - Un traitement antituberculeux devrait être amorcé avant d'instaurer un traitement chez les patients qui reçoivent un diagnostic de TB latente.
 - Il faut surveiller les signes et les symptômes d'une TB évolutive.
- **Lymphomes et autres tumeurs malignes:** parfois fatals, ont été signalés chez des enfants et des adolescents ayant reçu un traitement au moyen d'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 pancytopenie, de leucopénie, de neutropénie, d'anémie aplasique et de thrombopénie.
- Peut agir sur les défenses de l'hôte contre les infections et les affections malignes.
- Risque de réactions allergiques.
- Sensibilité au latex.
- L'emploi concomitant de vaccins vivants ou d'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 SNC.
- Surveillance étroite des infections chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale.
- Les femmes ne doivent pas allaiter pendant le traitement et au cours des 6 mois qui suivent le traitement.
- Contraception recommandée chez les femmes en mesure de procréer; doit être poursuivie six mois après le dernier traitement.
- Prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique.
- Pourrait exercer une légère influence sur la capacité à conduire et à utiliser des machines.
- Risque d'erreurs de médicaments.

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., 25 novembre 2014.

Marques de commerce utilisées sous licence.

© 2015 Janssen Inc.
19 Green Belt Drive
Toronto (Ontario) M3C 1L9
www.janssen.ca

CCPP
R&D
Membre
SUA140764F

JANSSEN
BIO ADVANCE®

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANY
of Johnson & Johnson

Dans le traitement de la PR



SIMPONI® I.V.

Seulement **6 perfusions** par année d'entretien

Dose de 2 mg/kg administrée en **perfusion intraveineuse de 30 minutes** aux semaines 0 et 4, puis toutes les 8 semaines par la suite.

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


Simponi® I.V.
golimumab pour perfusion
Puissance infuse

Historique de la rhumatologie au Québec

par Jean-Yves Lang, M.D., CSPQ

Il est pratiquement impossible de retracer avec précision les débuts de la rhumatologie au Québec. Il est fort probable qu'il y ait eu un lien étroit avec ce qui se passait ailleurs au Canada, plus précisément au Toronto General Hospital (TGH), après la Première Guerre mondiale, où d'abord Almon Fletcher (1890-1965) et, par la suite, Wallace Graham (1906-1962) concentrèrent tous leurs efforts au service des malades affligés de troubles articulaires.

Selon mes recherches, c'est vers 1936 que Douglas Taylor, interniste affilié à l'Université McGill, aurait contribué avec Fletcher à la création de la Canadian Rheumatism Disease Association (CRDA) de laquelle il aurait été élu président en 1938. On sait que Taylor s'intéressait à l'arthrite grâce à l'une de ses publications parue dans *Annals of Internal Medicine* au sujet d'observations radiologiques de diverses formes d'arthrite chronique¹.

Après la Deuxième Guerre mondiale, vers 1947-48, la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme (SCAR) fut incorporée. On peut lire dans son manifeste les noms, entre autres, de deux médecins montréalais, soit les Drs René Dandurand et John S. L. Brown, à titre de directeurs². Un des principaux objectifs de la SCAR était alors de favoriser des stages de perfectionnement (*fellowships*) afin d'accroître les effectifs en rhumatologie et ainsi améliorer les opportunités de traitements destinés aux arthritiques. À Toronto, le vœu le plus cher du Dr Metro Ogryzlo, successeur du Dr W. Graham décédé prématurément en 1962 à l'âge de 56 ans, était de créer des Unités de maladies rhumatismales (UMR/RDU) dans toutes les facultés de médecine du Canada par l'entremise de la SCAR³.

Le Dr Dandurand (1906-1949) de l'Hôtel-Dieu de Montréal possédait, à cette époque, tous les atouts pour devenir l'un des pères de la rhumatologie québécoise en vertu d'une formation de deux ans à Paris dans le domaine de l'arthrite suivie d'un autre stage aux États-Unis sur le

même thème. Il décéda tragiquement le 9 octobre 1949 dans un accident d'avion.

C'est vers 1947, à Montréal, qu'un regroupement de médecins francophones et anglophones créa une section « rhumatologie » au sein d'une société médico-chirurgicale. C'est lors de l'une de ces rencontres qu'aurait été conçue, en 1965, la Conférence laurentienne de rhumatologie qui s'est tenue sur une base annuelle pendant cinq ans. Après un bref hiatus (cinq ans), la conférence eut lieu à nouveau en 1974. Elle se tiendra par la suite sur une base régulière, ressuscitée par les efforts combinés des Drs André Lussier et Roger Demers.

La contribution du Dr De Guise Vaillancourt (1921-2000) nous apparaît également digne de mention. Diplômé de médecine en 1947, il étudia la rhumatologie à Boston et New York et s'installa à l'Hôtel-Dieu de Montréal comme interniste et rhumatologue. À la même époque, en 1947, le Dr Maurice Campbell (1919-2014), pratiquant la médecine générale au Cap-de-la-Madeleine, opta pour une spécialisation en médecine interne et en rhumatologie, faisant ses stages à l'Hôtel-Dieu de Montréal. Il retournera pratiquer la rhumatologie à Trois-Rivières en 1955 jusqu'à la fin d'une longue carrière exemplaire.

C'est en 1969 que le Dr André Lussier, fort d'une formation en rhumatologie acquise quelques années plus tôt à Philadelphie (dans l'un des centres les plus prestigieux des États-Unis), sous la direction de J. L. Hollander, fonda la première Unité de maladies rhumatismales (UMR) québécoise au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). L'année suivante, il présentait au Collège des médecins du Québec (CMQ) un mémoire pour la reconnaissance officielle de la rhumatologie à titre de spécialité de la médecine interne⁴. Pour ces raisons, d'aucuns n'hésitent à attribuer au Dr Lussier le titre de « père de la rhumatologie québécoise ».



C'est aussi en 1970 que tous les médecins du Québec possédant un intérêt et une compétence en rhumatologie avant l'institution du programme de formation reçurent le diplôme de rhumatologue selon une clause grand-père. Au CHUS, le Dr Daniel Myhal, formé en Écosse, s'associa au Dr Lussier et contribuait ainsi à instaurer la première génération de rhumatologues. Les deux premiers diplômés en rhumatologie au Québec furent les Drs Monique Camerlain et Henri Ménard en 1973.

En 1975, l'UMR de l'Université de Montréal fut inaugurée; le Dr Guy Germain de l'Hôpital Notre-Dame est alors directeur, assisté par les Drs Jacques Gascon et Alain Prat. On doit souligner son association avec l'Hôtel-Dieu de Montréal, dont les Drs Jacques Durivage, J. A. Blais, De Guise Vaillancourt et Roger Demers, tous formés en rhumatologie aux États-Unis ou en Europe. Il faut également mentionner la participation de l'Hôpital Saint-Luc par l'entremise des Drs Murat Kaludi et Claude Blondin.

C'est aussi vers 1975 que la RDU de l'Université McGill fut officialisée avec le Dr Kirk Osterland de l'Hôpital Royal Victoria comme directeur, flanqué des Drs Louis Johnson, Cooper Stacey et Doug Kinsella. Ils purent compter sur l'aide des rhumatologues de l'Hôpital général de Montréal, dont John Martin, David Hawkins et, plus tard, Hyman Tannenbaum et John Esdaile, entre autres. Enfin, à l'Hôpital général juif, les Drs Lyon Lapin, Morton Kapusta et Murray Baron accomplirent également leur mission.

La dernière UMR créée au Canada, en 1976, fut celle de l'Université Laval à Québec. Le Dr Lucien Latulippe fut nommé directeur, assisté par le Dr Jean Rousseau et moi-même.

Au début du XX^e siècle, la rhumatologie était méconnue, ignorée et considérée comme non prioritaire dans la majorité des universités à travers le monde occidental. Par pure ignorance, on croyait sincèrement qu'il n'y avait rien à offrir aux arthritiques; l'enseignement de la rhumatologie était donc déficitaire. Toutefois, la triple vocation des UMR/RDU (soins, recherche et enseignement) permit la formation d'une relève de très grande qualité.

En 1970, on comptait environ 25 rhumatologues au Québec, la majorité étant des internistes et des physiatres qui s'étaient prévalus de la clause grand-père avant la certification. En 2015, on en dénombre maintenant plus d'une centaine. Depuis l'avènement des biothérapies au début des années 2000, un grand pas a été franchi dans la lutte contre l'arthrite. Espérons que cela continue.

Références :

1. Taylor GD, et coll. Roentgenologic observations on various types of chronic arthritis. *Ann Intern Med* 1936; 1(7):979-98.
2. Graham KM. Origins and early beginnings of the Canadian Arthritis Society and the first rheumatic disease units. *J Rheumatol* 2000 Jul; 27(7):1592-8.
3. Gordon D, Smythe H. La vie et l'héritage de Metro Ogryzlo. *JSCR* 2007; 17(2)4-5.
4. Ménard H. À la mémoire de... André Lussier. *JSCR* 2009; 19(3):17.

Je tiens à remercier sincèrement les Drs Guy Germain, Claude Blondin, Carol-Anne Yeadon et Henri Ménard pour avoir puisé dans leurs souvenirs et m'avoir ainsi communiqué des noms ou des faits pertinents à la rédaction de ce texte que je souhaite le plus près possible de la réalité.

Jean-Yves Lang, M.D., CSPQ

Rhumatologue à la retraite

UMR du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) de 1974 à 2012

Québec, Québec

La Société
de l'arthrite
**MARCHE CONTRE
LA DOULEUR**



VOTRE PARCOURS A UN SENS

Vous connaissez une personne qui vit avec la douleur de l'arthrite? Ouvrez la voie au soulagement en marchant avec nous le dimanche 7 juin 2015.

Commanditaire national



En partenariat avec le



Inscrivez-vous et donnez dès aujourd'hui à marchecontreladoulleur.ca.

L'histoire de la rhumatologie dans le sud de l'Alberta

par J. Paul Ryan, M.D., FRCPC

À l'automne 1883, alors que le Canada était encore une jeune nation, le Chemin de fer Canadien Pacifique (CFCP) arrivait à Bow Valley, à l'ouest de Calgary. Au cours de l'hiver, trois hommes employés par le CFCP sont restés sur place et y ont « découvert » les sources thermales. Depuis de nombreuses années, les peuples des Premières nations de la région connaissaient ces sources thermales et les utilisaient pour traiter leurs maux et leurs douleurs. Compte tenu du potentiel intéressant de ces sources et des montagnes environnantes, le gouvernement canadien y a établi, en 1887, son premier parc national qui serait plus tard nommé le Parc national Banff.

Le premier médecin à venir s'installer à Banff fut le Dr R.G. Brett (1851-1921). Il avait été envoyé à Banff en 1886 par le CFCP pour soigner les troubles médicaux de la population locale. Pour tirer profit des sources thermales, il n'a pas tardé à y établir le Sanatorium de Banff (combinant bar, salle de billard et hôpital en parts égales). La bâtisse est toujours utilisée à ce jour comme siège social pour l'administration des parcs de Banff. En 1904, le Dr Brett a bâti l'Hôpital Brett, qui deviendrait plus tard l'Hôpital Mineral Spring de Banff. L'eau des sources minérales était canalisée jusqu'à l'hôpital et au nouvel hôtel Banff Springs au bas de la montagne. Des patients venaient de partout en Amérique du Nord pour essayer de soulager leur arthrite par ce traitement de spa thermal.

En 1925, le Dr Dean Robinson a rejoint le Dr Harry Brett (fils du Dr R.G. Brett) à Banff pour soigner les patients atteints d'arthrite. En 1930, il s'est rendu en Europe à la recherche de nouvelles connaissances et de traitements pour ces patients. À son retour, il a lancé le premier programme hospitalier traitant des patients atteints d'arthrite par l'exercice, le repos, l'application de plâtres et les injections d'or, en plus de la thérapie thermique. Il a été le premier au Canada à publier un article décrivant le traitement de plus de 100 patients à l'aide de deux types d'injections d'or, en plus du traitement thermique. En 1950, il a été l'un des premiers à utiliser l'hormone adrénocorticotrope (ACTH) et le cortisol dans le traitement de l'arthrite et à en signaler les effets secondaires. Dans la plupart de ses publications, le Dr Robinson



concluait par un appel aux autorités politiques pour un financement accru pour le traitement des patients atteints d'arthrite (cela vous rappelle quelque chose?).

Le Dr Robinson a été l'un des membres fondateurs de l'Association canadienne des maladies rhumatismales (ACMR), en compagnie de plusieurs autres médecins de l'est du Canada. L'organisme n'a pas été très actif durant la Seconde Guerre mondiale. Après la guerre, il a toutefois été renommé l'Association canadienne du rhumatisme (ACR) lors d'une réunion à l'hôtel Banff Springs nouvellement rénové.

Le Dr Robinson a encouragé plusieurs patients de Banff à former un club d'arthrite. Ce groupe, en collaboration avec d'autres groupes de Vancouver, a adressé une pétition au gouvernement lui demandant de soutenir le traitement des patients atteints d'arthrite. Ce lobbying a mené à une conférence en 1947 et la Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme fut formée. Le Dr Dean Robinson était le père du Dr Harold Robinson, qui deviendrait plus tard l'un des dirigeants de l'Unité des affections rhumatismales (UAR) à Vancouver.

Calgary était maintenant devenu le centre du traitement de la maladie rhumatismale. Encouragé par Edward Dunlop, le Dr D.G. (Red) Howard s'est spécialisé en rhumatologie.



Baignade à la Mineral Hot Springs, vers 1930.

Photo gracieuse du Musée Whyte des Rocheuses canadiennes. V263 /NA. 5968. © Ryan Harmon Fonds.

Une fois sa formation complétée, il est retourné à Calgary pour y ouvrir une pratique en rhumatologie en 1954. Au début des années 1960, l'aile de convalescence et réadaptation a été construite à l'Hôpital général de Calgary et 30 lits ont été assignés pour les patients en rhumatologie.

En 1966, la faculté de médecine a été créée à l'Université de Calgary et les premiers étudiants en médecine y ont été accueillis en 1970. L'UAR de l'Université de Calgary a officiellement été établie à l'Hôpital général en 1973, avec le Dr Howard comme premier dirigeant. Le Dr Martin Atkinson a ensuite été recruté pour se joindre au Dr Howard à l'Hôpital général de Calgary.

Le Dr Doug Kinsella, qui s'intéressait à l'arthrite séronégative, a ensuite assumé la direction de l'UAR de Calgary de 1975 à 1985. Son successeur, le Dr Marvin Fritzler, était très actif dans la recherche sur les maladies auto-immunes et la sérologie. Sous la direction du Dr Fritzler, l'UAR a quitté l'Hôpital général pour s'installer à l'Université de Calgary et à l'Hôpital de Foothills. Le Dr Atkinson est resté à l'Hôpital général de Calgary comme directeur clinique.

Sous la direction du Dr Fritzler, la chaire de l'arthrite a été établie. Le premier titulaire de cette chaire fut le Dr Mark Adams qui concentrait ses efforts de recherche sur l'ostéoarthritis. À ce stade, l'UAR était bien établie, se démarquant fièrement sur les plans de la recherche, de la formation aux résidents et des soins aux patients.

Depuis ses humbles débuts à Banff, les choses ont grandement évolué et nous comptons maintenant 25 rhumatologues (pour adultes et pour enfants) qui pratiquent à Calgary.

*J. Paul Ryan, M.D., FRCPC
Professeur clinicien agrégé, École de médecine Cumming,
Université de Calgary
Calgary, Alberta*



Mineral Springs Hospital Banff, vers 1930.

Photo graciously du Musée Whyte des Rocheuses canadiennes. V469. 1780.
George Noble Fonds.

Bataille de l'Alberta



La « Bataille de l'Alberta » désignait autrefois un match de hockey opposant les Flames aux Oilers. Cette expression évoque aujourd'hui un défi amical – mais très sérieux! – entre des cliniques de rhumatologie de Calgary et d'Edmonton, chaque groupe souhaitant recueillir le plus de fonds possible au profit de la **Marche contre la douleur** de la Société de l'arthrite.

« Calgary a eu raison de nous par un cheveu l'an dernier, se souvient la Dre Stephanie Keeling, rhumatologue à l'Edmonton Clinic et capitaine des *Arthritis Annihilators*. Pour la Marche de 2015, nous remuons terre et ciel afin de garantir que nous sortons gagnants. »

Depuis trois ans, l'Edmonton Clinic et la Calgary Rheumatology Clinic s'affrontent dans un défi de collecte de dons qui mobilise rhumatologues, personnel de soutien et familles des patients. En 2014, les *Rolling Bones* de Calgary ont récolté 16 523 \$, les plaçant en première position, non seulement du défi, mais parmi toutes les équipes du pays. Les *Annihilators* de la Dre Keeling, quant à eux, ont collecté 13 542 \$, ce qui leur a valu la troisième place à l'échelle nationale. Ensemble, les équipes ont atteint leur objectif ambitieux de 30 000 \$.

La Dre Keeling ajoute : « Compte tenu de l'importance de la Société, qui soutient nos patients et contribue au développement et à la pratique de la rhumatologie au Canada, il est évident que nous devons trouver une façon de lui prêter main-forte. »

Depuis qu'elles ont commencé à participer à la Marche il y a trois ans, les deux équipes ont recueilli un total de près de 100 000 \$.

Infirmière clinicienne à la Calgary Rheumatology Clinic, Terri Lupton, la capitaine des *Rolling Bones*, souligne quant à elle l'importance de rendre le défi amusant : « Que ce soit en faisant participer nos médecins à une course à pied ou en affichant régulièrement les sommes récoltées par chaque équipe, trouver des moyens divertissants pour que les gens se sentent habités par l'esprit de la compétition font le succès de cette bataille. »

C'est précisément cette volonté de redonner au suivant qui est au cœur de la **Campagne des membres** : un partenariat entre la Société canadienne de rhumatologie (SCR) et la Société de l'arthrite visant à récolter deux millions de dollars pour soutenir le recrutement et les programmes de perfectionnement professionnel en rhumatologie au Canada. Le but ultime de cette association est de former assez de rhumatologues pour servir 300 000 Canadiens de plus au cours des cinq prochaines années.

Beaucoup de membres de la SCR ont choisi de donner directement à la campagne; d'autres, comme la Dre Keeling, y contribuent en participant à la **Marche contre la douleur**. Quoi qu'il en soit, les fonds sont urgemment nécessaires pour résoudre les problèmes de capacité en rhumatologie qui se font ressentir dans de nombreuses régions du pays.

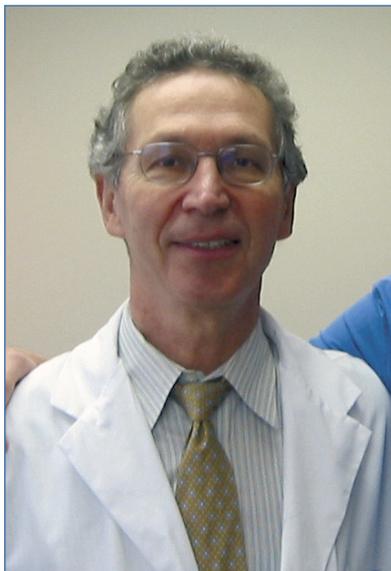
« De mon point de vue, explique la Dre Keeling, la plupart d'entre nous ne seraient pas là où nous en sommes dans nos carrières si nous n'avions pas bénéficié du soutien de la Société à un moment ou à un autre. Pour la Société et pour nos patients, nous devons aider à soutenir la prochaine génération de chercheurs et de cliniciens. »

La 6^e édition annuelle de la **Marche contre la douleur** aura lieu le dimanche 7 juin 2015. Pour plus d'information, rendez-vous à marchecontreladouleur.ca.

Pour contribuer à la **Campagne des membres**, veuillez communiquer avec Sandra Dow à sdow@arthritis.ca ou au 416-979-7228, poste 3343.

Jack Stein

par Michael Stein, MDCM, FRCPC



1938 - 2014

C'est avec une profonde tristesse que la famille et les amis du Dr Jack Stein ont annoncé son décès à Toronto le 27 décembre 2014. Jack a été chef du personnel adjoint au Scarborough General Hospital pendant de nombreuses années (de 1995 à 2007) et chef du service de médecine auparavant. Les postes de leadership qu'il a occupés reflétaient son remarquable talent pour l'établissement de liens et la communication avec ses

collègues comme avec les patients. Il était bien connu de nombreux stagiaires de l'Université de Toronto où il était professeur adjoint en médecine. Il était également enseignant clinique au sein de la division de rhumatologie au Sunnybrook Health Sciences Centre. Peut-être le plus bel hommage à l'exemple de réalisation et de professionnalisme qu'il a donné est le fait que ses deux fils, Michael et Jonathan, sont également devenus rhumatologues.

Nous offrons respectueusement nos condoléances à sa famille. Jack était tenu en haute estime par tous ceux qui le connaissaient et tous avaient pour lui une grande affection; son départ est une grande perte pour nous tous.



*Michael Stein, MDCM, FRCPC
Professeur, Département de rhumatologie,
Université McGill
Montréal, Québec*

C.B.

Jason Kur @drjasonkur

Le Artus Health Centre, le plus important groupe de rhumatologues de l'Ouest canadien, a emménagé dans de nouvelles installations de classe mondiale près de l'Hôpital général de Vancouver.



Jason Kur @drjasonkur

#ARTUS #Vancouver

Michelle Teo @drmichelleteo

Le Groupe Kelowna a été très occupé, non seulement avec les soins aux patients, mais aussi avec la formation aux étudiants en médecine et aux résidents en médecine interne et en rhumatologie. Les infirmières en rhumatologie demeurent d'une importance vitale dans les soins à nos patients souffrant d'arthrite inflammatoire.

Robert Offer

L'avenir s'annonce plus brillant pour Fraser Sud. Une récente analyse environnementale demandée par la Société de l'arthrite a relevé la nécessité de restructurer la livraison des soins en arthrite en Colombie-Britannique; Surrey se situait au haut de la liste de Manque à l'appel. Aucune solution n'est envisageable sans régler l'aspect essentiel de la main-d'œuvre en rhumatologie. Comme il semble que la prochaine année verra l'arrivée de trois nouveaux rhumatologues à Surrey, White Rock et Abbotsford, dont deux qui parlent pendjabi, même les astrologues devront reconnaître que les astres sont enfin bien alignés pour cette région.



Kim Northcott @drkimnorthcott

#Victoria #Le_meilleur_est_dans_l'Ouest

Kim Northcott @drkimnorthcott

Six rhumatologues desservent actuellement la région de la capitale provinciale (cinq pour adultes et un pour enfants). Avec l'accumulation de trois rhumatologues à Nanaimo, notre population de patients au nord de l'île centrale a heureusement été contrebalancée.

Robert Offer

En Colombie-Britannique, il existe encore de vastes régions ne bénéficiant pas de services en rhumatologie, d'où l'importance du Service de consultation mobile qui appuie les rhumatologues offrant des soins itinérants plusieurs fois par année dans de nombreuses régions éloignées.



Michelle Teo @drmichelleteo

#OkanaganRheums Dre Godin, Michelle Jung (R5), Dr Seigel, Dr McLeod, Dre Stewart et Dr Shojanja.

Jason Kur @drjasonkur

Les médecins de la Colombie-Britannique négocient un nouveau contrat de cinq ans avec la province. En 2015, le travail commencera sur de nouvelles initiatives de spécialistes en rhumatologie.

Michelle Teo @drmichelleteo

La Dre Jacquie Stewart a lancé une clinique de rhumatologie itinérante à Princeton. En collaboration avec UBC Okanagan, Penticton s'apprête à amorcer une étude multidisciplinaire sur le traitement de la fibromyalgie. La Dre Anick Godin et la Dre Teo sont de retour de leur congé de maternité; pas certaine de savoir qu'est-ce qui tient le plus occupé... les cliniques de rhumatologie ou prendre soin de jeunes enfants!

Jason Kur @drjasonkur

Les médecins du Artus Health Centre ont de nouveau organisé la Conférence BRIESE, toujours fort courue et grandement appréciée, mettant en vedette le Dr Cem Gabay, le Dr Christian Pagnoux, le Dr Rick Adachi et le Dr Marvin Fritzler.

ACR 2014

par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« *You wanna be where you can see, our troubles are all the same / You wanna be where everybody knows your name.* » – Gary Portnoy, « *Where Everybody Knows Your Name* » (paroles de chanson, Portnoy & Angelo), trame sonore de *Cheers*, 1982.

Boston 2014 était pour moi une troisième participation au congrès de l'American College of Rheumatology (ACR) à Beantown. La première fois, je me souviens avoir logé en plein centre-ville, avec le congrès qui se tenait au Hynes Convention Centre. Les déplacements étaient plutôt cauchemardesques en raison du projet *Big Dig* de Boston visant la restructuration et l'enfouissement des autoroutes... projet qui s'est achevé avec plusieurs années de retard et en dépassant le budget, mais qui en valait la peine finalement. J'avais compensé à la situation en participant à plusieurs visites à pieds guidées à travers la Back Bay, le Boston Common et le Freedom Trail. L'ACR avait l'habitude de les offrir à coût modique par le biais du « Programme pour les conjoints » du congrès... vestiges d'une époque révolue.

Lors de ma deuxième visite à Boston, nous étions au Boston Convention and Exhibition Center (BCEC) dans le Seaport District revitalisé, le plus gros édifice de la Nouvelle-Angleterre. C'était en 2007, et le sujet de l'heure parmi les participants canadiens était la force de notre huard qui volait bien haut à 1,10 \$ de valeur en dollars américains. Tout était à bas prix pour nous, y compris les billets pour assister à un match de hockey entre les Canadiens de Montréal et les Bruins de Boston au TD Centre.

Mes attentes cette année pour Boston était un congrès tranquille, en compagnie de mon épouse, à gérer l'inévitable cirque à trois pistes des sessions de réunion, du réseautage et des événements concernant la SCR, le tout entremêlé de quelques visites touristiques des principaux attraits de Boston, notamment le Harvard Yard, l'Institut d'Art Contemporain et le musée du Boston Tea Party. N'étant pas un participant régulier à la revue en rhumatologie de Harvard, mes visites à Boston sont plutôt sporadiques.

Cette notion d'un congrès relaxant a évidemment été balancée par-dessus bord dès que j'ai appris qu'un des résumés que nous avions soumis avait été accepté pour une présentation orale à l'ACR. Merveilleux, sauf qu'en tant que premier auteur, la responsabilité de présenter l'étude me revenait, ce qui, après 30 ans en rhumatologie, était pour moi une grande première! Bien sûr, au fil des années, j'avais présenté des affiches scientifiques, dont la première à l'ACR 1986. Je me souviens d'avoir mis les différentes parties en très gros caractères sur des feuilles de papier standard, de les avoir collées sur des morceaux de carton contrastants, de les avoir mises dans une enveloppe brune et d'avoir eu besoin de 24 punaises pour tout installer sur le panneau d'affichage. Le

tout portait sur le sujet de l'impact des injections intra-articulaires de stéroïdes sur les concentrations de salicylate en contexte de PR. Possiblement un des rapports ayant eu le plus faible impact dans l'histoire de la recherche en matière de rhumatologie, mais qui a tout de même fini par mener à la publication d'un article après le congrès. En fouillant dans mes articles en rhumatologies dernièrement, j'ai même retrouvé la lettre d'acceptation d'affiche du Dr Ronald Messner m'avisant que notre affiche était l'une des 300 affiches retenues. Évidemment, l'envergure de cet événement était loin des milliers d'affiches présentées à l'ACR 2014.

Par la suite, j'avais présenté différentes affiches à des congrès sur la douleur et la rhumatologie, généralement avec mon épouse comme coauteure. La production s'est intensifiée lorsque je me suis joint au registre BioTRAC (*Biologic Rheumatology Registry Across Canada*) à titre d'investigateur et que nous avons alors accueilli un nombre important de patients permettant l'analyse de multiples questions scientifiques dans un contexte canadien d'observation dans le monde réel. Cela a mené à de nombreuses occasions de me tenir devant des affiches scientifiques à différentes rencontres de la SCR, de l'ACR et de l'EULAR (European League Against Rheumatism), culminant en la présentation d'une affiche lors d'une des Tournées de présentation d'affiches de l'ACR à San Diego en 2013. Je pensais bien avoir atteint l'apogée de ma contribution au monde de la recherche.

Cette présentation orale s'accompagnait d'occasions additionnelles de me retrouver dans des situations embarrassantes. Je ne voulais pas qu'on garde de moi le souvenir de celui qui s'était évanoui durant sa présentation, ce que j'avais déjà eu l'occasion de voir à un congrès antérieur. Je ne voulais pas non plus être confronté au test de mémoire qu'avait subi le Dr Ed Keystone (deuxième auteur pour notre étude) lorsqu'une panne d'électricité était survenue au cours de sa présentation. Il avait heureusement brillamment relevé le défi sans se laisser intimider, ayant mémorisé tous les chiffres inclus dans ces diapositives jusqu'à la deuxième décimale.

Heureusement, notre article comptait 14 coauteurs, incluant une excellente équipe de biostatisticiens, et l'appui d'un commanditaire dévoué. Des grandes lignes initiales, nous avons rapidement progressé à travers cinq ébauches. Puis le Dr Keystone a changé l'ordre de nos diapositives, remaniant le tout pour en accroître la simplicité et la cohérence. Mon fils a veillé à m'incl-

quer quelques notions de base en statistique, incluant le test du chi-carré, le coefficient de corrélation de Pearson et les courbes ROC, et notre groupe de biostatisticiens m'a montré comment expliquer la justification de nos choix de modélisation. Je me suis pratiqué à notre Club du journal et à d'autres événements d'EMC avec des présentations sur le sujet des indices composés en contexte de polyarthrite rhumatoïde (PR). Comme j'ai pu le constater il y a quelques années lors du Grand débat de la SCR, 10 à 12 minutes est fort peu de temps pour transmettre une présentation logique et compréhensible. Je tiens à remercier tous ceux qui ont écouté et commenté mes présentations. Dr Jacques Brown, Dre Claire Bombardier, Dre Dafna Gladman, Dr Bob Josse et Dr Keystone m'ont tous fourni de judicieux conseils sur la façon de traiter les questions et de présenter dans de grandes salles sombres où il est pratiquement impossible de voir l'auditoire. Mon plan d'attaque était de remplir la salle de collègues et amis canadiens et de laisser le moins de temps possible pour les questions complexes.

Une nouvelle crise de nervosité a fait surface avec la publication du programme final du congrès de l'ACR. Notre présentation était prévue en après-midi, en même temps que neuf autres séances simultanées, et on me réservait la plus grande des neuf salles, suggérant que notre article ferait partie d'une séance pour laquelle beaucoup d'intérêt était anticipé. Je me suis dit que la deuxième plus grande salle attirerait certainement une partie de mon auditoire, étant donné que les coprésentateurs n'étaient nul autre que le Dr Iain McInnes et la Dre Vivian Bykerk, toujours très populaires. Au moins, je n'avais plus à m'inquiéter d'avoir une main tremblante sur le pointeur laser, puisque je n'utiliserais pas dans une aussi grande salle avec de multiples écrans de projection.

Mais finalement, tout s'est bien passé. Notre présentation a été jumelée à une autre du registre DANBIO portant aussi sur le sujet des résultats liés aux patients dans les mesures composées d'activité de la maladie et à laquelle j'ai pu faire référence en présentant notre étude. Nos diapositives étaient bien visibles dans la grande salle et personne n'a posé de questions sur les statistiques. L'écart Canada-É.-U. en matière d'examen physique a été mis en évidence par les questions portant sur notre confiance à l'égard des examens d'articulations sans recours à l'échographie de chevet.

Une fois cette affaire classée, j'ai pu profiter du reste de la rencontre, incluant notamment les réunions très animées du conseil de la SCR et du conseil du JSCR, ainsi que de nombreux déjeuners, dîners et soupers avec des collègues. La soirée du Canada au Club Harvard, au 38^e étage d'un gratte-ciel du centre-ville, a été excellente : des collègues familiers et agréables accompagnés de leurs familles, un délicieux repas et des vues spectaculaires malgré la température pluvieuse. Le Dr Andy Thompson et son équipe de www.rheuminfo.com nous ont fourni des suggestions éclairées sur les séances à ne pas manquer avec leur nouveau site Web www.rheumreports.com. Merci à la Dre Janet Pope, une des journalistes du Dr Thompson, pour les statistiques suivantes sur les auteurs canadiens particulièrement prolifiques à l'ACR 2014 : D.D. Gladman (39), E. Keystone (28), W.P. Maksymowych (26),

B. Haraoui (22), P. Rahman (20), J.S. Sampalis (20), V. Chandran (18), B. Bensen (17), D. Choquette (17), E. Rampakakis (16), J. Pope (16), V.P. Bykerk (16), C. Thorne (15). Cette liste représente le nec plus ultra de la rhumatologie canadienne dont nous pouvons tous être très fiers. Je pensais que je m'en sortais bien avec mes neuf résumés, dont un conjointement avec mon épouse, mais nous jouons dans des ligues bien différentes!

La température a été représentative de ce à quoi on pouvait s'attendre au mois de novembre dans le Nord-Ouest et le Wi-Fi était plutôt intermittent au centre des congrès, mais dans l'ensemble, nous avons eu droit à un autre excellent congrès. J'ai bien aimé les présentations sur les nouvelles lignes directrices pour la pseudopolyarthrite rhizomélique, mais j'ai été un peu déçu par la mise à jour 2015 des lignes directrices pour la PR de l'ACR. Des données rassurantes ont été présentées sur les antipaludiques pour la réduction de la morbidité cardiovasculaire en présence de maladies rhumatismales et la possibilité d'administrer le vaccin contre le zona aux patients traités par des agents biologiques. Notre propre Dr Ron Laxer a été l'expert présentateur pour un CPC sur l'ostéomyélite multifocale chronique récurrente (OMCR), une maladie auto-inflammatoire qui touche principalement les enfants. Le Dr Earl Silverman a reçu un prix de l'ACR pour l'excellence de son mentorat en recherche. De nouveaux traitements ciblant l'IL-17 en contexte d'arthrite séronégative et les transporteurs d'acide urique 1 (URAT1) en contexte de goutte ont été mis en évidence, ainsi que des traitements ciblant l'interféron en contexte de lupus.

En fin de compte, nous avons eu droit à une visite de Harvard guidée par un étudiant de deuxième année et nous avons exploré le Freedom Trail. L'aquarium, l'Institut d'Art Contemporain et le musée du Boston Tea Party devront attendre une prochaine visite. L'alcool coulait à flot, mais nous n'avons pas eu la chance de nous rendre au fameux bar de *Cheers* non plus.

Évidemment, aucun voyage ne saurait être complet sans quelques désagréments de voyageur. Nous sommes restés jusqu'à la fin du congrès, le mercredi à midi, et avons atterri à Toronto à 16 h, au beau milieu d'une tempête de neige automnale. Résultat : deux heures d'attente pour un taxi au sein d'une foule indisciplinée qui a nécessité la présence de la police pour maintenir l'ordre. Nous nous sommes retrouvés dans la file d'attente avec le Dr Rayfel Schneider, un rhumatologue pédiatrique que je n'avais encore jamais rencontré. Jaser avec lui a fait passer le temps plus vite et m'a aussi donné quelques idées pour de futurs articles dans le JSCR. Finalement, nous avons partagé un taxi, ce qui n'a pris que deux heures de plus pour traverser un embouteillage monstre et nous ramener chacun chez nous. Cela m'a rappelé quelques souvenirs de la rencontre de la SCR en 2008 à Mont-Tremblant, quand nous avons dû passer la nuit à l'Aéroport Trudeau de Montréal, mais en un peu moins pire quand même.

J'ai déjà hâte à l'ACR 2015 à San Francisco, mais je ne peux même pas y penser pour le moment. Il y a d'abord la SCR 2015 qui s'annonce, et ensuite l'EULAR! Un cycle sans fin...

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP
Rédacteur en chef, JSCR, Scarborough, Ontario

Cette patiente est-elle atteinte d'une maladie associée aux IgG4?

par Luke Chen, M.D., FRCPC, MMed

Cas : Une femme de 72 ans, originaire de l'Inde orientale, présente une protéinurie de catégorie néphrotique à 7,2 g/jour et un rapport albumine/créatinine (RAC) de 1,360 mg/mmol de créatinine. La biopsie rénale correspond à une glomérulonéphrite extra-membraneuse (GEM). Elle a un long historique de troubles cliniques rares commençant par une masse pancréatique à l'âge de 48 ans. Une histologie de la résection de Whipple a révélé un infiltrat lymphocytaire atypique sans indication de malignité; 15 ans plus tard, des biopsies de l'intestin grêle aux fins d'un bilan pour anémie révélaient un infiltrat lymphocytaire T atypique semblable. À 67 ans, elle présentait une pancréatite auto-immune répondant aux stéroïdes ainsi qu'une enflure bilatérale des glandes parotides et salivaires. Des biopsies excisionnelles de la glande salivaire ont révélé un « infiltrat lymphoplasmocytaire intense avec un nombre assez élevé de centres germinatifs (...) un fond modéré de fibrose et de sclérose. » La patiente a reçu un diagnostic de maladie de Mikulicz.

Son récent bilan sanguin indique une éosinophilie à 1,9 giga/L, une concentration de protéines C-réactives (CRP) de 5,2 mg/L, un résultat négatif au dosage des anticorps antinucléaires (ANA), un faible taux d'albumine à 25 g/L, un taux élevé de protéines totales à 91 g/L avec un taux accru de globulines de 27 g/L (intervalle normal : 7 à 14 g/L) selon un modèle polyclonal avec un taux accru d'immunoglobuline G (IgG) à 41 g/L (intervalle normal : 6,3 à 18 g/L). Elle a été adressée pour déterminer s'il pouvait y avoir un trouble systémique expliquant la néphropathie actuelle et ses antécédents médicaux et si un tel diagnostic unificateur pourrait guider le choix d'un traitement systémique optimal pour sa GEM.

La maladie associée aux IgG4 (IgG4-RD) est une affection fibro-inflammatoire généralement associée à une tuméfaction (enflure) des tissus glandulaires, avec fibrose et infiltration des organes atteints par des lymphocytes polyclonaux, des cellules plasmiques IgG4+ et des éosinophiles. Environ 70 % des patients présentent également des concentrations sériques d'IgG4 élevées. Pratiquement n'importe quel système organique peut être touché, mais comme pour les granulomes non caséifiés de la sarcoïdose, les résultats histologiques observés dans les différents tissus sont très similaires : fibrose « storiforme » (en forme de spirales irrégulières), phlébite oblitérante, infiltrat lymphoplasmocytaire et éosinophilie. L'IgG4-RD a été identifiée comme cause sous-jacente de nombreuses maladies avec lesquelles on ne voyait autrefois aucun lien, comme la pancréatite auto-immune¹, la maladie de Mikulicz et la fibrosclérose multifocale. Le Tableau 1 énumère d'autres manifestations. Cette brève revue se concentre sur trois questions :

- Quand devrais-je envisager l'IgG4-RD?
- Comment dois-je approcher le diagnostic de l'IgG4-RD?
- Comment dois-je traiter l'IgG4-RD?

La lecture de certaines revues plus approfondies est recommandée²⁻⁴.

Quand devrais-je envisager l'IgG4-RD?

Les patients présentent généralement une évolution subaiguë, souvent avec des manifestations pathologiques non reconnues. Les affections les plus fréquentes sont la pancréatite auto-immune, la sialoadénite, l'atteinte des glandes lacrymales et la fibrose rétropéritonéale. Le tiers des patients présenteront également de l'atopie, de l'asthme et de l'éosinophilie⁵. Ce cas présente les manifestations classiques et la probabilité qu'il s'agisse d'IgG4-RD est extrêmement élevée. Ses caractéristiques d'éosinophilie, d'hypergammaglobulinémie polyclonale, d'IgG accrue, de CRP légèrement élevée et d'ANA négatif ou faiblement positif coïncident également avec l'IgG4-RD.

Comment dois-je approcher le diagnostic de l'IgG4-RD?

Lorsqu'on soupçonne la présence de l'IgG4-RD, les examens diagnostiques du Tableau 2 devraient être envisagés. Le plus important est l'examen pathologique des échantillons tissulaires. Dans de nombreux cas, des échantillons de tissu archivés seront disponibles; sinon, il conviendra de prélever un échantillon de l'organe le plus fortement atteint présentant le plus faible risque de morbidité liée à une biopsie. Une biopsie excisionnelle est préférable à une biopsie par forage. Une biopsie des glandes salivaires accessoires peut être envisagée chez les patients pour qui

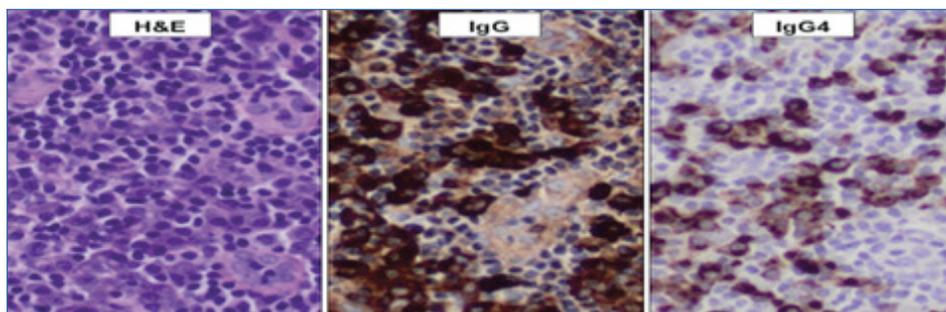


Figure 1.
Biopsie de ganglion, grossissement x 200.
Gauche : dense infiltrat de lymphocytes et de cellules plasmatiques (« lymphoplasmocytaire »).
Centre : nombreuses cellules IgG4-positives.
Droite : nombreuses cellules IgG4-positives, > 100/champ à fort grossissement et rapport IgG4/IgG > 40 %.
(Photo gracieusement offerte par le Dr Graham Slack, BC Cancer Agency.)

une biopsie des autres organes atteints (comme pour la fibrose rétro-péritonéale) nécessiterait une laparotomie ou serait associée à un risque trop élevé. Si les résultats histologiques suggèrent une IgG4-RD, il conviendra de procéder à l'immunocoloration des IgG et des IgG4 (Figure 1). Les critères du consensus international⁶ s'appliquent, selon lesquels pour la plupart des tissus, une numération des IgG4 > 50 cfg-100/cfg et un rapport IgG4/IgG > 40 % accompagnés de résultats histologiques appropriés ont valeur de diagnostic. De nombreuses cellules IgG4-positives ne sont pas en soit spécifiques et peuvent être observées avec plusieurs « imitateurs » de l'IgG4-RD comme le syndrome de Sjögren, les lymphomes, d'autres tumeurs malignes, la vascularite et la maladie de Castleman. La pancréatite auto-immune classique avec observations radiologiques typiques est le seul cas où une confirmation histologique du diagnostic pourrait ne pas être nécessaire⁷.

La biopsie excisionnelle de la glande salivaire de la patiente effectuée en 1996 a été examinée et a confirmé « un infiltrat lymphoplasmocytaire marqué associé à une fibrose marquée. Le nombre de cellules IgG4-positives est plus élevé et on observe de multiples champs à fort grossissement contenant plus de 100 cellules positives. Le rapport IgG4:IgG est supérieur à 40 %. » Le bilan sanguin a révélé une concentration sérique d'IgG4 élevée remarquable de 25,7 g/L avec d'autres sous-catégories normales ou légèrement élevées (normale < 1,25 g/L). Les évaluations pathologiques et en laboratoire confirment le diagnostic d'IgG4-RD.

Comment dois-je traiter l'IgG4-RD?

Le traitement vise à atténuer les symptômes, à prévenir les dommages additionnels aux organes et à stabiliser la fibrose (qui est généralement irréversible). Le traitement initial se fait habituellement par la prednisonne 1 mg/kg, laquelle est associée à un taux de réponse de 80 %⁸. La principale toxicité signalée est l'apparition ou l'aggravation du diabète puisque beaucoup de ces patients présentent une insuffisance pancréatique au départ. La déplétion des lymphocytes B avec le rituximab (1 gramme i.v. aux 2 semaines x 2 doses) est très efficace, réduisant les IgG4 par l'ablation des cellules plasmatiques à courte durée de vie qui les produisent¹¹. La durée des périodes de rémission est variable et de nombreux patients devront être retraités. L'indice uniformisé des répondants

Tableau 1

Manifestations communes de l'IgG4-RD par système organique

Gastro-intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Pancréatite auto-immune • Cholangite sclérosante • Mésentérite sclérosante
Tête et cou	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrose angiocentrique à éosinophiles (lésions fibro-inflammatoires boursoufflées des orbites et du tractus respiratoire supérieur) • Pseudotumeur orbitale • Thyroïdite de Riedel • Maladie de Mikulicz (expansion des glandes lacrymales, salivaires et parotides) • Tumeur de Kuttner (expansion des glandes salivaires)
Allergie/respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> • Asthme, atopie, allergie • Sténose de la trachée • Sinusite chronique • Nodules pleuraux et pulmonaires, maladie pulmonaire interstitielle • Médiastinite fibrosante
Maladie systémique et gros vaisseaux	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrosclérose multifocale (orbites, thyroïde, rétro-péritoine, médiastin) • Anévrisme inflammatoire de l'aorte • Péri-aortite et périartérite
Rénal/rétro-péritonéal	<ul style="list-style-type: none"> • Néphrite tubulo-interstitielle hypocomplémentémique • Glomérulonéphrite extra-membraneuse • Fibrose rétro-péritonéale
Système nerveux	<ul style="list-style-type: none"> • Pachyméningite hypertrophique • Hypophysite • Masses péri-neurales
Sang et moelle osseuse	<ul style="list-style-type: none"> • Hypergammaglobulinémie polyclonale (élévation des IgG4, autres sous-catégories d'IgG et autres Ig, parfois jusqu'au syndrome d'hyperviscosité)⁹ • Éosinophilie • Infiltrat lymphoplasmocytaire et éosinophilique dans la moelle et les ganglions, mais pas de fibrose ou de phlébites oblitérantes¹⁰

Tableau 2

Examens diagnostiques courants pour l'IgG4-RD

	Examens	Résultats typiques
	FSC/différentielle/frottis sanguin	Éosinophilie
	CRP (aussi IL-6, autres marqueurs d'inflammation systémique)	Élévation légère-moderée
	Sous-catégories d'IgG	Légère élévation d'IgG4 non spécifique; 30 % des patients atteints d'IgG4-RD ont des concentrations sériques normales d'IgG4. Une concentration sérique élevée d'IgG4 remarquable est utile autant pour le diagnostic que comme marqueur de la maladie.
Bilan sanguin	Immunoglobulines (IgG, IgA, IgM, IgE), protéines sériques et protéinurie, électrophorèse (SPEP, UPEP)	D'autres taux d'immunoglobulines pourraient aussi être élevés. La SPEP et l'UPEP sont des examens importants pour exclure les protéines monoclonales.
	Auto-anticorps	Le résultat pourrait être faiblement positif.
	Autres marqueurs de dommages aux organes cibles : créatinine, enzymes hépatiques, lipase, analyse d'urine, rapport albumine/créatinine dans l'urine	Variable; de nombreux patients pourraient avoir une atteinte subclinique d'organes autres que celui qui présente un problème.
Imagerie	TDM ou IRM de la région atteinte. Certains patients pourraient bénéficier d'un « TDM de stadification » de la tête (sinus) au bassin	Le pancréas et les reins deviennent diffusément élargis. Les organes canaux, comme le canal biliaire et les bronches, présentent un épaississement diffus de la paroi leur donnant une forme de tuyau de pipe.
Pathologie	Échantillons archivés	Tant que des blocs de tissus sont toujours disponibles, le pathologiste devrait pouvoir examiner l'histologie et ensuite demander l'immunocoloration pour l'IgG et l'IgG4 si les caractéristiques typiques sont présentes.
	Nouvelle biopsie	La biopsie excisionnelle est préférable à la biopsie par forage lorsque cela est possible.
	Moelle osseuse/ganglion	Ces tissus sont irréguliers puisque la fibrose et la phlébite oblitérante n'y sont généralement pas visibles; une biopsie d'autres tissus pourrait être requise pour un diagnostic définitif.

IgG4-RD peut être utilisé pour le suivi des patients¹². Les patients qui présentent une concentration sérique d'IgG4 élevée au départ disposent d'un moyen de suivi non invasif, bien que des rechutes puissent survenir même avec une concentration sérique d'IgG4 normale. La cytométrie de flux des plasmablastes en tant que marqueur plus sensible de l'activité de la maladie est à l'étude¹³.

Cette patiente a très bien répondu à la prednisone (1 mg/kg x 4 semaines, suivies d'une diminution progressive de la dose). Étant donné le fardeau de sa maladie et le risque de progression à une maladie rénale au stade terminal, elle a également reçu du rituximab (1 gramme i.v. x 3 doses). Elle demeure en rémission, avec des concentrations sériques normales d'éosinophiles, d'IgG, d'IgG4 et d'ACR avec le traitement d'entretien par la prednisone (5 mg/jour).

Références et lectures suggérées :

Pour plus d'information, veuillez écrire à lchen2@bccancer.bc.ca.

- Kamisawa T, Funata N, Hayashi Y, et coll. A new clinicopathological entity of IgG4-related autoimmune disease. *J Gastroenterol* 2003; 38(10):982-4.
- Stone JH, Zen Y, Deshpande V. IgG4-related disease. *N Engl J Med* 2012; 366(6):539-51.
- Kamisawa T, Zen Y, Pillai S, et coll. IgG4-related disease. *Lancet* 2015 [publication électronique avant impression].
- Mahajan VS, Mattoo H, Deshpande V, et coll. IgG4-related disease. *Annu Rev Pathol*

2014; 9:315-47.

- Della Torre E, Mattoo H, Mahajan VS, et coll. Prevalence of atopy, eosinophilia, and IgE elevation in IgG4-related disease. *Allergy* 2014; 69(2):269-72.
- Deshpande V, Zen Y, Chan JK, et coll. Consensus statement on the pathology of IgG4-related disease. *Mod Pathol* 2012; 25(9):1181-92.
- Shimosegawa T, Chari ST, Frulloni L, et coll. International consensus diagnostic criteria for autoimmune pancreatitis: guidelines of the International Association of Pancreatology. *Pancreas* 2011; 40(3):352-8.
- Masaki Y. Glucocorticoid Treatment in IgG4-RD. Présenté au International Symposium on IgG4-RD and Associated Conditions. Honolulu, Hawaii, 19 février 2014.
- Chen LY, Wong PC, Noda S, et coll. Polyclonal hyperviscosity syndrome in IgG4-related disease and associated conditions. *Clinical Case Reports* 2015 Feb 2 [publication électronique avant impression].
- Cheuk W, Chan JK. Lymphadenopathy of IgG4-related disease: an underdiagnosed and overdiagnosed entity. *Semin Diagn Pathol* 2012; 29(4):226-34.
- Carruthers MD, Topazian MD, Khosroshahi A, et coll. Rituximab for IgG4-Related Disease: A Prospective Clinical Trial. *Arthritis Rheum* 2013; 65(Suppl 10):2649.
- Carruthers MN, Stone JH, Deshpande V, et coll. Development of an IgG4-RD Responder Index. *Int J Rheumatol* 2012; 2012:259408.
- Wallace ZS, Mattoo H, Carruthers M, et coll. Plasmablasts as a biomarker for IgG4-related disease, independent of serum IgG4 concentrations. *Ann Rheum Dis* 2014; 74(1):190-5.

Luke Chen, M.D., FRCPC, MMed

Professeur clinicien adjoint, Division d'hématologie,
Université de la Colombie-Britannique
Hématologue, Hôpital général de Vancouver
Vancouver, Colombie-Britannique

Mise en marche

par Christine Charnock

L'engagement des membres est une des principales responsabilités de gouvernance du conseil d'administration de la SCR (voir l'article aux pages 12 et 13). Dans le cadre de notre mission d'encourager la quête de l'excellence dans les soins de l'arthrite, l'éducation et la recherche, ce sondage mené par « Articulons nos pensées » a questionné les membres à propos de leur engagement au sein de la SCR et de ce qui a une incidence ou une influence sur leur engagement. Sur les quelque 400 rhumatologues membres de la SCR, près de la moitié (189) ont pris le temps de répondre à cette importante question.

Une récente hausse de l'attrait de la pratique en rhumatologie se traduit par 27 % des répondants se situant dans leurs cinq premières années de pratique. À l'autre extrémité de cette échelle se trouvent les 22 % de répondants en pratique depuis plus de 30 ans. Il existe là une excellente occasion d'inviter les rhumatologues chevronnés à servir de mentors aux nouveaux praticiens de notre secteur.

Parmi nos répondants, 40 % signalent être présentement actifs au sein de la SCR par leur participation à un comité, au conseil d'administration ou d'autres projets de la SCR. Les principales raisons données pour la participation des membres étaient la volonté d'améliorer la qualité des soins en rhumatologie au Canada, l'envie de contribuer à la défense des intérêts, le réseautage et l'entretien des relations avec leurs collègues de partout au pays et un désir sincère d'influencer les décisions relatives à la

rhumatologie au Canada. La SCR se réjouit grandement de voir sa mission reflétée dans les raisons de votre participation.

Les répondants qui ne participent pas activement aux activités de la SCR à l'heure actuelle (60 %) ont cité divers facteurs limitant leur engagement; le manque de temps (51 %) est la raison qui a été donnée le plus souvent, suivie de l'ignorance des occasions existantes (11 %) ou des moyens de participer (7 %) et le manque d'intérêt à participer (5 %). La SCR n'a évidemment pas le pouvoir de remédier au manque de temps de ses membres, mais nous avons certainement des petites tâches pour vous, à court terme, qui contribueraient grandement à renforcer la valeur de la SCR. Nous souhaitons assurément améliorer la conscience des occasions de participation! Les membres intéressés sont invités à visiter notre site Web (www.rheum.ca) ou à écrire à info@rheum.ca pour en savoir plus sur les moyens de participer.

Parmi les 26 % répondants qui ont indiqué « d'autres » raisons pour leur manque de participation aux activités de la SCR, la retraite ou le ralentissement des activités professionnelles ont été les raisons les plus fréquentes, de même que la participation antérieure aux activités de la SCR. Encore une fois, la SCR encourage tous les membres à participer dans la mesure de leurs capacités; votre engagement et votre leadership est ce qui fait de la SCR une force si puissante dans ce pays!

Christine Charnock, CDir
Newmarket, Ontario

Tableau 1. Depuis combien d'années pratiquez-vous?

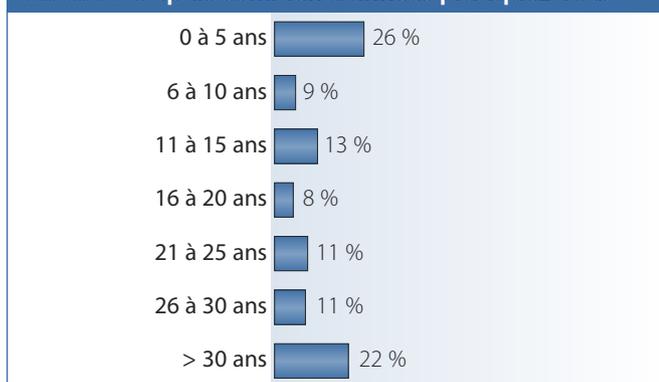


Tableau 2. Quel est votre type de pratique?



Tableau 3. Vous impliquez-vous au sein de la SCR (comités, conseils, autres activités)?

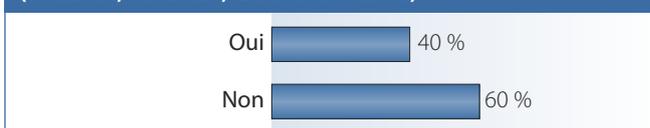
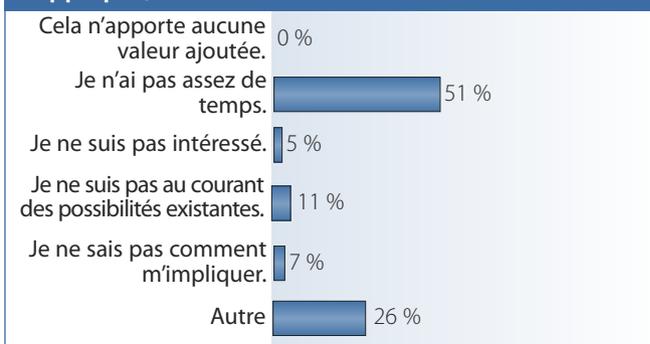


Tableau 4. Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'êtes pas impliqué(e)? (Sélectionnez tout ce qui s'applique.)



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., 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
¹ 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



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

SJJA140528F



janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Janssen-Cilag