

# CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



## *Point de mire sur notre avenir :* **La rhumatologie pédiatrique au Canada**

### *Éditorial*

- Faire face aux frustrations dans les relations entre pharmaciens et rhumatologues

### *Que fait la SCR pour vous?*

- Pleins feux sur les lauréats de la SCR 2016

### *Des nouvelles de l'ICORA*

- Remise de bourses 2016

### *Arthroscopie*

- Les coûts associés aux soins
- Des nouvelles de la SURC
- Journée de formation professionnelle sur le syndrome de Sjögren
- Hackathon Hamilton
- Dilemme en rhumato – Nouvelles séances bientôt

### *Nouvelles régionales*

- Échos et photos du Nouveau-Brunswick

### *In Memoriam*

- Hommage à Syd Jackson –  
Un véritable défenseur de l'arthrite

Le JSCR est en ligne! Vous pouvez nous trouver à l'adresse : [www.craj.ca](http://www.craj.ca)

### *Articulons nos pensées*

- Résultats du sondage sur l'acétaminophène

### *Hommage boréal*

- L'exercice : un médicament  
Garder les enfants atteints d'arthrite actifs
- L'évolution de la rhumatologie pédiatrique au Canada
- Transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes en rhumatologie
- La recherche en rhumatologie pédiatrique au Canada : CAPRI
- La rhumatologie pédiatrique au CHU Sainte-Justine à Montréal
- Mise à jour de la SCR sur l'enseignement en rhumatologie pédiatrique :  
Créer des liens entre les communautés pour la formation continue et les soins aux patients
- Les effectifs en rhumatologie pédiatrique
- La meilleure formation du monde entier... seulement au Canada?
- Le réseau UCAN



## Programme de soutien complet qui aide vos patients à prendre en charge leur traitement par <sup>Pr</sup>XELJANZ<sup>MD</sup>

### Accès

- Services de transition
- Quote-part
- Accès pour des raisons humanitaires

### Ressources

- Guichet unique
- Ressources multilingues
- Plans de bien-être relatifs au style de vie

## Polyarthrite rhumatoïde

### Soutien

- Soutien administratif
- Comptes rendus des progrès
- Éducation des patients

Conçu pour contribuer au soutien de vos patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

**1-855-XEL-EXEL (1-855-935-3935)**

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

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

Veillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions relatives à l'usage clinique. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.



XELJANZ, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada inc., licencié  
EXEL, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada inc., licencié  
© 2016 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5  
CA0116TOF008F



MEMBRE DE  
MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA

# Faire face aux frustrations dans les relations entre pharmaciens et rhumatologues

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

« La définition de la folie, c'est de refaire toujours la même chose, et d'attendre des résultats différents. »

– Albert Einstein

Personnellement, je n'ai jamais envisagé une carrière en pharmacie, mais je dois admettre que cette option a maintenant certains attraits. La portée de cette profession polyvalente en soins de la santé s'étend du milieu hospitalier au milieu industriel, de la possibilité de gérer une petite entreprise à la création de formulaires pour des millions de patients, de la recherche universitaire à la distribution communautaire et de la possibilité d'œuvrer au niveau des soins de longue durée à la direction de régimes de médicaments gouvernementaux. De plus en plus, en vertu des nouveaux modèles de soins, les pharmaciens deviennent des membres importants de nombreuses équipes de rhumatologie.

Cependant, l'estime que j'ai, en théorie, à l'égard des pharmaciens ne cesse de se heurter aux réalités quotidiennes des interactions médecin-pharmacien que je rencontre en pratique clinique. Est-ce eux ou est-ce moi? Par exemple, je crois fermement au bien-fondé de prescrire les médicaments d'entretien non narcotiques en fortes quantités et avec de multiples renouvellements, soit, généralement, une quantité suffisante pour trois mois avec cinq renouvellements. À mon avis, cela évite au patient des frais d'ordonnance et des visites à la pharmacie. Grâce à mes dossiers médicaux électroniques (DMÉ), je peux voir à chaque visite si une prescription aura besoin d'être renouvelée avant la prochaine visite ou non. Pourtant, je continue à recevoir des télécopies de pharmacies demandant des renouvellements d'ordonnances qui n'ont pas encore expiré selon mes dossiers. C'est quoi le problème?

Peut-être le patient a-t-il changé de pharmacie et a maintenant besoin de toute une série de nouvelles ordonnances? J'ai demandé à plusieurs patients dont la pharmacie demandait souvent de tels renouvellements si c'était le cas, et ils m'ont assuré que non. D'ailleurs, un des plus précieux atouts d'une pharmacie est sa liste de clients et leurs ordonnances. Les annonces des pharmacies vantent la simplicité de transférer nos ordonnances à une autre pharmacie. Le pharmacien dans mon complexe médical m'a confirmé que de nouvelles ordonnances et la participation du prescripteur ne sont pas nécessaires, à moins qu'il y ait d'autres renouvellements inscrits à l'ancienne pharmacie ou qu'il s'agisse de médicaments contrôlés. Le processus est plus simple que pour changer tous vos paiements préautorisés lorsque vous changez de banque.

Je me suis aussi demandé pourquoi je recevais des télécopies pour des renouvellements peu après la visite d'un patient lors de laquelle je lui avais remis une nouvelle prescription. Certains cas

demeurent des mystères, mais certains ont été dus au fait que les patients n'avaient pas promptement remis leurs prescriptions à leur pharmacien, amenant alors le pharmacien à demander un renouvellement. Je dis maintenant à tous mes patients, même s'ils n'ont pas besoin de leurs médicaments immédiatement, ce serait une bonne idée de remettre leur prescription à leur pharmacie sans tarder pour prolonger leur période de renouvellement et pour éviter de la perdre entre-temps. Peut-être devrais-je commencer à envoyer toutes les prescriptions aux pharmacies par télécopieur au lieu de les remettre à mes patients dans le bureau. Éventuellement, les prescriptions électroniques devraient résoudre ce problème.

J'ai de nombreux patients qui sont autorisés à modifier les doses de leurs médicaments en fonction de leur état clinique, incluant des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), des stéroïdes et même des antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (ARMM) et des agents biologiques. D'autres ont des régimes médicamenteux à posologie régressive ou progressive où la durée précise de chaque étape d'adaptation à la hausse ou à la baisse est déterminée par des essais et des erreurs. J'indique une posologie PRN ou je spécifie que la dose pourrait varier à l'intérieur d'un certain intervalle, ou que la dose indiquée est une dose réduite ou augmentée par rapport à l'ordonnance précédente. Cela fonctionne bien la plupart du temps. Cependant, certains pharmaciens sont tout simplement incapables de gérer une dose incertaine. Un patient avec une ordonnance parfaitement valide pour du méthotrexate (MTX) 15 mg/sem est avisé d'essayer de réduire la dose à 12,5 mg/sem et de poursuivre avec la plus faible dose si tout va bien ou de revenir à la dose plus élevée si son état se détériore. Je n'ai pas besoin de recevoir une télécopie une semaine plus tard me demandant une nouvelle ordonnance à 12,5 mg/sem lorsque le patient dit au pharmacien qu'il se sent bien avec la plus faible dose.

Voici quelques-unes de mes autres bêtes noires à l'égard des pharmaciens :

1. Les préoccupations excessives et non fondées à propos d'interactions possibles entre le MTX à faible dose et les AINS ou les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Ma solution est d'utiliser le message recommandé par la SCR, sur une base prophylactique, avec mes ordonnances pour le MTX. Voir le site Web de la SCR au [www.rheum.ca/fr/the\\_cra/drug\\_updates](http://www.rheum.ca/fr/the_cra/drug_updates).
2. Les feuilles d'information sur les médicaments destinées aux patients qui sont mal conçues, souvent tirées de bases de

(suite au bas de la page 5)

## COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

### RÉDACTEUR EN CHEF

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

Président,  
Section de rhumatologie de  
l'Association médicale de  
l'Ontario (AMO)  
Scarborough (Ontario)

### CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

**Joanne Homik, M.D., M.Sc., FRCPC**

Présidente,  
Société canadienne de  
rhumatologie  
Professeure agrégée de  
médecine,  
Université de l'Alberta  
Edmonton (Alberta)

**Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC**

Vice-présidente  
Société canadienne de  
rhumatologie  
Chef, Service de rhumatologie,  
Centre de santé William Osler  
Brampton (Ontario)

**Cory Baillie, M.D., FRCPC**

Président sortant,  
Société canadienne de  
rhumatologie  
Professeur adjoint,  
Université du Manitoba  
Winnipeg (Manitoba)  
Newmarket (Ontario)

### MEMBRES

**Cheryl Barnabe, M.D., FRCPC, M.Sc.**

Professeure adjointe,  
Université de Calgary  
Calgary (Alberta)

**Shirley Chow, M.D., FRCPC, M.Sc. (QIPS)**

Professeure adjointe,  
Division de rhumatologie,  
Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

**Derek Haaland, M.D., M.Sc., FRCPC**

Professeur adjoint  
d'enseignement clinique,  
Université McMaster  
Divisions 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., FRCPC, M.Sc.S.**

Professeure,  
Université de la Colombie-  
Britannique  
Chercheuse principale,  
Rhumatologie  
Chaire de recherche en  
rhumatologie Mary Pack  
Centre de recherche sur l'arthrite  
du Canada  
Richmond (Colombie-  
Britannique)

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

Professeure adjointe,  
Université de Toronto  
Chercheuse au sein de l'équipe  
de recherche,  
Child Health Evaluative Sciences  
Research Institute  
Toronto (Ontario)

**Bindu Nair, M.D., M.Sc., FRCPC**

Doyen adjoint,  
Collège de Médecine  
Professeure agrégée,  
Division de rhumatologie,  
Université de la Saskatchewan  
Saskatoon (Saskatchewan)

**Sylvie Ouellette, M.D., FRCPC**

Professeure adjointe,  
Université Dalhousie  
Professeure adjointe de  
clinique,  
Université Memorial  
L'Hôpital de Moncton  
Moncton (Nouveau-Brunswick)

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

Rhumatologue  
Hôpital régional de Penticton,  
Penticton (Colombie-Britannique)

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

Directeur médical,  
The Arthritis Program  
Chef du service de  
rhumatologie,  
Centre régional de santé  
Southlake  
Newmarket (Ontario)



Le comité 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

**Jyoti Patel**

Rédactrice en chef

**Catherine de Grandmont**

Rédactrice principale,  
version française

**Donna Graham**

Coordonnatrice de la production

**Dan Oldfield**

Directeur – Conception graphique

**Mélissa Drouin**

Services administratifs

**Robert E. Passaretti**

Éditeur

© STA HealthCare Communications, 2016. Tous droits réservés. Le *JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE* est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. Poste-publication. Enregistrement n° 40063348. Port payé à Saint-Laurent, Québec. Date de publication : septembre 2016. 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.

# Pleins feux sur les lauréats de la SCR 2016



## SCR : Appel de résumés

Vous êtes invité à soumettre des résumés destinés à être présentés lors de l'Assemblée scientifique annuelle de 2017 de la SCR et l'Assemblée annuelle de l'APSA!

La date limite pour les soumissions est le **17 octobre 2016**. Les détails sont disponibles sur le site [www.rheum.ca](http://www.rheum.ca).

## Lauréats des prix de la SCR 2016

Dans le sens des aiguilles d'une montre, à partir de l'image du haut à gauche :

### Prix Formateur d'enseignants de la SCR

Dre Lori Albert  
Université de Toronto

### Prix Jeune chercheur de la SCR

Dr Nigil Haroon  
Université de Toronto

### Prix Chercheur émérite de la SCR

Dr Proton Rahman  
Université Memorial

### Prix Rhumatologue émérite de la SCR

Dr Ronald Laxer  
Université de Toronto

**L**es lauréats de la SCR de 2016 ont été présentés au souper de gala de la SCR, qui s'est tenu le 19 février 2016 à Lake Louise, en Alberta. Félicitations aux récipiendaires de cette année!

## Faire face aux frustrations dans les relations entre pharmaciens et rhumatologues *(suite de la page 3)*

données américaines, et qui sont difficiles à comprendre et assez terrifiantes pour convaincre les patients de ne pas prendre les médicaments dont ils ont besoin. Ma solution est de leur remettre les fiches d'information de [www.rheuminfo.com/fr/](http://www.rheuminfo.com/fr/) pour les médicaments prescrits à l'avance, là encore à titre prophylactique, avant que le patient ne se présente à la pharmacie.

Enfin, alors même que je rédigeais ce texte, j'ai réalisé que même les patients sont parfois suffisamment insatisfaits de leurs pharmaciens pour en venir à exprimer leurs frustrations publiquement. Je lisais un de mes blogues financiers favoris écrit par un directeur des placements iconoclaste, Jamie Hymas. Au beau milieu de ses commentaires quotidiens sur le marché, il s'est senti suffisamment irrité par son pharmacien qui refusait de

diviser ses comprimés en deux pour en parler longuement dans son texte. Vous pouvez lire ses doléances sur [www.prefblog.com](http://www.prefblog.com); recherchez la publication du 1<sup>er</sup> avril 2016.

On ne sait pas vraiment si Einstein est à l'origine de la citation sur la définition de la folie qui introduit cet éditorial. On sait toutefois pertinemment que les interactions médecin-pharmacien bénéficieraient d'un changement au modèle actuel pour obtenir de meilleurs résultats avec moins d'exaspération pour tout le monde. En espérant que cela se produira avant longtemps!

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

# Remise de bourses 2016

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

À titre d'organisme subventionnaire unique, l'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) a pour mission d'améliorer les soins prodigués aux Canadiens atteints d'une maladie rhumatismale. Dans cet esprit, l'ICORA remet des bourses aux chercheurs dont les travaux contribuent à l'amélioration des connaissances et de la compréhension des maladies rhumatismales et qui ne seraient peut-être pas admissibles autrement à d'autres sources de financement approuvé par les pairs.



De façon plus précise, le programme de bourses de l'ICORA finance des projets durables qui favorisent l'un des trois aspects suivants : Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement, Accès rapide pour les patients atteints de maladies rhumatismales et Équipes de soins multidisciplinaires. Dix pour cent de chaque bourse est retenu jusqu'à la réception du rapport final, ce qui permet à l'ICORA d'examiner l'usage qui est fait de ses subventions et d'évaluer le succès de l'ensemble du programme. L'ICORA est mentionnée dans chacune des présentations et des publications, ce qui contribue également au succès de son programme.

Le comité d'examen des bourses de l'ICORA fonctionne sensiblement de la même façon que celui des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Chacun des examinateurs, souvent d'anciens boursiers, attribue une note à chaque demande, après quoi les membres du comité d'examen discutent entre eux pour établir une note finale par consensus. Le Dr Paul Fortin est l'actuel président, et nous lui sommes redevables pour son leadership.

L'ICORA a tenu son 9<sup>e</sup> concours de bourses en mars dernier et a reçu 29 demandes cette année, ce qui constitue un nombre record.

Félicitations aux boursiers de 2016! L'ICORA a subventionné trois bourses d'un an et cinq bourses de deux ans, pour un total d'un peu plus de 650 000 \$. Les demandes étaient de très grande qualité cette année. Les sujets des projets retenus sont très vastes et comportent de nombreuses idées novatrices. Un merci tout particulier à nos commanditaires.

Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC  
Professeure de médecine,  
Chef, Division de rhumatologie,  
Département de médecine, Centre de santé St. Joseph,  
Université Western, London (Ontario)

## Remise de bourses 2016 de l'ICORA

*Incorporating Patients' Preferences into Canadian Rheumatology Association Treatment Recommendations for Rheumatoid Arthritis<sup>1</sup>*

**Investigateur principal :**

Dr Glen Hazlewood **Prix :** 46 970 \$

*Needs and Barriers to Pregnancy Counselling in Women with Rheumatoid Arthritis<sup>1</sup>*

**Investigatrice principale :**

Dre Évelyne Vinet **Prix :** 68 600 \$

*Hip Fracture in Patients with Rheumatoid Arthritis: Incidence, Complications and Health Services Used. (HIRA Study)<sup>1</sup>*

**Investigatrices principales :**

Dre Diane Lacaille et Dre Allyson Jones **Prix :** 54 872 \$

*Strategies to Enhance Influenza/Pneumococcal Vaccination Coverage Among Rheumatoid Arthritis Patients<sup>1</sup>*

**Investigatrices principales :**

Dre Inès Colmegna et Dre Kim Lavoie **Prix :** 119 000 \$

*Understanding the Barriers to Self-Management Support for Underserved Populations Living with Arthritis and Co-morbidities and Developing Patient-derived Tools for Healthcare Policy and Practice<sup>1</sup>*

**Investigatrices principales :**

Dre Susan Mills et Dre Diane Lacaille **Prix :** 116 858 \$

*Quality of Referrals to Pediatric Rheumatology in Northern Alberta and its Effects on Access to Care<sup>1</sup>*

**Investigatrice principale :**

Dre Mercedes Chan **Prix :** 12 769 \$

*Measuring Geographic Variation in Access to Care for Rheumatoid Arthritis Patients and Related Outcomes: A Patient-centred Approach<sup>2</sup>*

**Investigatrices principales :**

Dre Claire Barber et Dre Deborah Marshall **Prix :** 117 846 \$

*Assessing the Provision, Patterns, and Costs of Waiting for Rheumatology Care: A Step Towards Optimizing the Care of Rheumatic Diseases<sup>2</sup>*

**Investigatrices principales :** Dre Jessica Widdifield,

Dre Sasha Bernatsky et Dre Bindee Kuriya **Prix :** 120 000 \$

Aspects fondamentaux : 1. Sensibilisation/défense des intérêts/Enseignement; 2. Accès rapide pour les patients atteints de maladies rhumatismales; 3. Équipes de soins multidisciplinaires

# L'exercice : un médicament

## Garder les enfants atteints d'arthrite actifs

Par Kristin Houghton, M.D., M.Sc., FRCPC, Dip. Med. Sport



L'importance de l'activité physique (AP) pour la santé et le bien-être est claire. Il existe une relation linéaire entre l'AP et la santé : les personnes actives et en forme vivent plus longtemps, plus heureuses et plus en santé. Pourtant, même si les bienfaits extraordinaires de l'AP sont bien connus, la forte prévalence de l'inactivité physique demeure un problème de santé publique majeur. Il est estimé qu'au moins 50 % des enfants canadiens ne sont pas assez actifs pour optimiser leur croissance et leur développement et que 90 % des enfants n'adhèrent pas aux lignes directrices recommandées en matière d'AP (60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse [APMV] par jour avec au moins trois jours par semaines d'activité d'intensité vigoureuse, y compris des activités qui renforcent les muscles et les os).

L'exercice est le médicament dont tout le monde a besoin. L'exercice est la « drogue » idéale : sûre, peu dispendieuse, largement accessible et la « dose » peut être personnalisée. L'exercice est maintenant considéré comme un volet important du traitement des enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique (AJI). La recher-

che a démontré que la kinésithérapie est sûre et peut améliorer les résultats cliniques à court terme, le fonctionnement, la qualité de vie et la forme physique. Les enfants souffrant d'arthrite aiguë pourraient commencer par des exercices thérapeutiques visant à améliorer l'amplitude de mouvement, la force neuromusculaire et la proprioception autour des articulations. Si la raideur matinale est un problème, ces enfants peuvent faire de l'exercice plus tard dans la journée. Dans un cas d'arthrite inactive, l'enfant peut participer à des sports récréatifs et compétitifs appropriés pour son âge.

En tant que médecins, nous pouvons encourager l'AP et l'exercice. Le simple fait de poser des questions sur l'AP indique au patient et à sa famille que l'AP est importante. Les médecins devraient s'informer du niveau actuel d'AP (les « signes vitaux » de l'exercice) à chaque visite. Des études en contexte de soins primaires ont démontré qu'une intervention de deux à quatre minutes peut efficacement promouvoir l'AP. Une ordonnance d'exercice applique le principe FITT (fréquence, intensité, temps [durée] et type). Chez les patients inactifs, commencez par

*(suite au bas de la page 9)*



L'équipe « Cassie and Friends » lors du demi-marathon de 5 km du Défi caritatif Banque Scotia, qui s'est tenu le 26 juin 2016 à Vancouver. « Cassie and Friends » est un groupe de pression dirigé par des parents pour les enfants atteints d'arthrite juvénile et autres maladies rhumatismales. L'équipe a été nommée championne de la collecte de fonds pour la 9<sup>e</sup> année consécutive.

# L'évolution de la rhumatologie pédiatrique au Canada

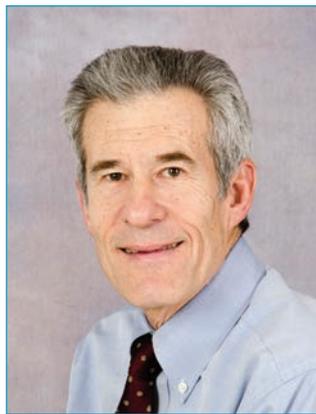
Par Ronald M. Laxer, M.D.,C.M., FRCPC

(avec mes remerciements au Dr Ciaran Duffy, au Dr Alan Rosenberg et à Michele Gibbon)

*Évolution : un processus de changement continu d'un état inférieur, plus simple ou pire à un état supérieur, plus complexe ou meilleur. (Merriam-Webster Dictionary, [www.merriam-webster.com/dictionary/evolution](http://www.merriam-webster.com/dictionary/evolution))*

Les rhumatologues pédiatriques du Canada forment une petite, mais puissante, communauté au rayonnement national et international qui, assurément, « frappe bien plus fort que sa catégorie de poids ». La dernière décennie a été une période de croissance importante avec l'expansion de nombreux programmes universitaires et une forte présence communautaire dans plusieurs provinces (notamment la Colombie-Britannique et l'Ontario). Sur 15 facultés de médecine (sur un total de 17 au Canada), 12 comptent maintenant au moins deux rhumatologues pédiatriques dans leur personnel enseignant, et s'il est vrai que, comme le mentionnait la Dre Janet Ellsworth, ceci demeure insuffisant, il s'agit tout de même d'une grande amélioration par rapport à dix ans plus tôt, alors que seulement quatre centres (Vancouver, Toronto, Montréal et Halifax) avaient deux membres de la faculté ou plus. Cette expansion a non seulement rehaussé la visibilité de notre domaine de spécialisation, mais a aussi favorisé plus d'exposition pour les étudiants en médecine et les résidents en pédiatrie, de sorte que plusieurs ont opté pour la rhumatologie pédiatrique comme sous-spécialité. D'ailleurs, depuis 2006, 31 nouveaux diplômés ont été remis pour les trois programmes de formation approuvés par le Collège royal (c.-à-d., l'Université de la Colombie-Britannique, l'Université de Toronto et l'Université McGill).

En 2005, une rencontre avait été organisée à Vancouver pour tous les rhumatologues pédiatriques canadiens. À la suite de cette conférence de deux jours, l'Alliance canadienne des chercheurs en rhumatologie pédiatrique (CAPRI) a été lancée. Peu après, un groupe dirigé par les Drs Ciaran Duffy, Kiem Oen, Lori Tucker et Rae Yeung obtenait le financement nécessaire au soutien de l'étude ReACCh-Out (*Research in Arthritis in Canadian Children, Emphasizing*



*Outcomes*), le premier projet entrepris par CAPRI (voir l'article de la Dre Lori Tucker à la page 11). Cette cohorte nationale, longitudinale et multicentrique a permis le suivi de 1 500 patients nouvellement diagnostiqués d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) pour déterminer quels facteurs influençaient les résultats. Le groupe a été et demeure remarquablement productif, avec six publications à ce jour dans les plus influentes revues de rhumatologie. Les données sont toujours sous analyse et demeurent une source riche et très prisée de matériel pour les études cliniques en cours. Ce projet a également

démonstré la capacité de notre communauté à s'unir et la puissance de la collaboration.

En plus de la cohorte ReACCh-Out, d'autres études collaboratives multicentriques ont été organisées et ont mené à d'importantes observations et contributions à la littérature scientifique dans le domaine. L'étude BBOP (*Biologically-Based Outcome Predictors*) en contexte d'AJI, menée par le Dr Alan Rosenberg à Saskatoon, comprend onze centres. Cette étude examine les interactions entre la génétique, le style de vie et les facteurs environnementaux au stade précoce de l'évolution de l'AJI pour tenter de prédire les résultats et, en fin de compte, améliorer la prise en charge. Elle compte une vaste équipe de chercheurs où sont représentés de nombreux domaines, notamment la réadaptation, les soins infirmiers, les sciences nutritionnelles, la biologie cellulaire et la toxicologie, pour n'en nommer que quelques-uns. Quatre manuscrits ont été publiés et l'analyse des données se poursuit. L'étude LEAP (*Linking Exercise Activity and Pathophysiology*), menée par le Dr Ciaran Duffy et la Dre Lori Tucker, est aussi une étude de cohorte longitudinale prospective qui se concentre sur l'activité physique chez les patients atteints d'AJI. Les patients ont été recrutés dans douze centres universitaires de sciences de la santé en pédiatrie à travers le Canada.

---

Ce projet diffère de l'étude ReACCh-Out par l'inclusion de beaucoup plus de chercheurs en dehors du domaine de la rhumatologie pédiatrique, avec plusieurs kinésiologues et des analystes de données d'études longitudinales. L'étude a débuté en 2011 et à ce jour, près de 700 patients ont été inscrits. L'ensemble de données comprend des données démographiques, l'information clinique détaillée, incluant l'utilisation de médicaments et les données de laboratoire, les évaluations globales par le médecin et le patient/parent, les questionnaires sur le fonctionnement et la qualité de vie et un questionnaire sur l'activité physique. Un sous-groupe des patients de l'étude LEAP fournit aussi des échantillons biologiques à certaines visites de l'étude, des données d'accélérométrie, une analyse structurale détaillée des os et des tests de la fonction musculaire. Cette étude compte acquérir de l'information spécialisée et assez détaillée sur le lien entre l'AJI et l'activité physique et sur les effets de l'activité physique sur l'AJI, avec un accent particulier sur les effets sur les os et les muscles, de même que les effets sur les biomarqueurs mesurés. De plus, l'établissement de liens avec les échantillons biologiques longitudinaux offre la possibilité d'explorer des biomarqueurs novateurs dans le contexte de l'évolution de la maladie au fil du temps. Un certain nombre de résumés découlant de cette étude ont été présentés à des réunions scientifiques et quelques articles descriptifs préliminaires sont en cours de préparation. Plus récemment, CAPRI a entrepris le développement d'un registre national visant le suivi de tous les enfants canadiens atteints d'AJI.

Après plusieurs années d'intenses discussions et de débats, la « Section pédiatrique » a été formée en 2006 en tant que première section de la SCR. Cette section représente l'évolution de son prédécesseur, l'Association canadienne de rhumatologie pédiatrique (ACRP), constituée en 1986, après la reconnaissance qu'en unissant leurs efforts, la SCR comme l'ACRP deviendraient de plus solides entités. La section se veut un moyen de renforcer la voix de la rhumatologie pédiatrique à travers le Canada et son attention se porte notamment sur la défense des intérêts, l'éducation et la planification des ressources humaines (voir l'article de la Dre Janet Ellsworth à la page 15). Au cours des quelques dernières années, le groupe a œuvré pour l'accès au naproxène liquide et à l'hexacétonide de triamcinolone qui n'étaient plus disponibles pour nos patients.

Grâce à nos effectifs accrus et un solide esprit de collaboration, notre avenir s'annonce prometteur. De jeunes et talentueux rhumatologues pédiatriques canadiens bien formés et débordants d'énergie sont en place et ne manqueront certainement pas de produire des études de haute qualité et d'attirer la crème des stagiaires vers notre domaine de spécialisation. Le potentiel est énorme et l'avenir s'annonce effectivement très prometteur.

*Ronald M. Laxer, M.D., C.M., FRCPC*  
*Professeur, départements de pédiatrie et de médecine,*  
*Université de Toronto*  
*Rhumatologue titulaire, The Hospital for Sick Children*  
*Toronto (Ontario)*

---

## L'exercice : un médicament

### Garder les enfants atteints d'arthrite actifs *(suite de la page 7)*

des AP de plus faible intensité et augmentez graduellement la durée et l'intensité au fil du temps avec pour objectif d'atteindre la durée recommandée d'une heure d'APMV par jour. Il est important de rédiger une ordonnance d'exercice, car cela indique que l'AP et l'exercice sont thérapeutiques. Si un enfant a besoin d'une adaptation personnalisée de l'ordonnance d'exercice pour un problème unique ou complexe, le renvoi à un spécialiste en kinésithérapie ou autre spécialiste de l'exercice physique est recommandé. Finalement, il est important de faire un suivi pour noter les progrès, résoudre les problèmes et fixer des objectifs.

L'ordonnance d'exercice en contexte d'AJI évoluera au fil des avancées de la recherche dans ce domaine et les rhumatologues canadiens sont en tête de file. L'étude LEAP (*Linking Exercise, Physical Activity and Pathophysiology in Childhood Arthritis*), basée sur une cohorte observationnelle longitudinale répartie dans 12 centres de rhumato-

logie pédiatrique à travers le Canada (n = 709), entend explorer les relations entre l'AJI, l'activité physique et le développement osseux et musculaire ([www.leapjia.com](http://www.leapjia.com)).

En tant que médecins, nous sommes en position de promouvoir la puissance de l'exercice. Je vous encourage à relever le défi AP en suivant ces trois étapes simples : 1) questionner vos patients et leur famille sur l'AP à chaque consultation; 2) rédigez une ordonnance d'exercice; 3) faites un suivi pour noter les progrès, résoudre les problèmes et fixer des objectifs. Nous pouvons également donner le bon exemple en intégrant nous-mêmes l'AP et l'exercice dans notre quotidien.

*Kristin Houghton, M.D., M.Sc., FRCPC, Dip. Med. Sport*  
*Professeure agrégée de clinique*  
*Division de rhumatologie, Département de pédiatrie,*  
*Université de la Colombie-Britannique*  
*Vancouver (Colombie-Britannique)*

# Transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes en rhumatologie

Par Evelyn Rozenblyum, M.D., FRCPC et Lynn Spiegel, M.D., FRCPC

La transition est définie comme étant « le passage intentionnel et planifié des adolescents et des jeunes adultes atteints d'une maladie ou d'un trouble physique chronique à partir d'un système de soins pédiatriques vers un système de soins pour adultes », alors que le transfert désigne « l'action de quitter un établissement pour un autre, généralement sans préparation ni planification »<sup>1-3</sup>. Comme les maladies rhumatismales touchent aussi bien le développement physique que le développement affectif des jeunes patients, il est important de réfléchir à des façons judicieuses de les préparer à passer aux services pour adultes plutôt que de se contenter de procéder à un transfert lorsqu'ils atteignent l'âge de la majorité. Cet article porte sur l'importance d'une telle préparation à la transition, sur les efforts déployés au Canada en ce sens et sur les recherches futures sur la transition en rhumatologie.

## Pourquoi la transition est-elle une étape importante?

Au Canada, le passage des soins pédiatriques aux soins pour adultes se fait généralement à l'âge de 18 ans. Toutefois, le cerveau et l'identité continuent de se développer bien au-delà de la mi-vingtaine; par conséquent, les jeunes adultes n'ont souvent pas le degré de maturité nécessaire qui leur permettrait de passer sans heurt aux services pour adultes<sup>4</sup>. De plus, il s'agit souvent pour eux d'une période critique durant laquelle ils vivent déjà de nombreux changements dans différentes sphères de leur vie (par exemple dans leurs relations, leurs études et leur carrière), leurs besoins médicaux étant ainsi relégués au second plan. Les consultations ordinaires en clinique ne permettent pas de répondre adéquatement à ces besoins parce que les praticiens n'ont pas suffisamment de temps à consacrer à cette clientèle qui ne leur est pas familière. En outre, les patients de cet âge sont rarement prêts à prendre en charge leur suivi médical, puisque dans la plupart des cas c'est un proche aidant qui assumait jusque-là la responsabilité de coordonner leurs rendez-vous médicaux et de faire le suivi de leurs médicaments. Ces nouvelles responsabilités peuvent amener un grand nombre de jeunes patients à bouder le système de santé, laissant le champ libre à leur maladie dont ils risquent de perdre la maîtrise<sup>5</sup>.

La planification de la transition devrait commencer tôt dans le milieu de soins pédiatriques. L'autonomie de l'enfant et son éducation en ce qui concerne sa maladie et les médicaments qu'il doit prendre doivent être favorisées à un jeune âge, car elles sont essentielles à la réussite de la transition des jeunes patients.

## Activités liées à la transition au Canada

Divers centres de soins en rhumatologie au Canada ont déployé des efforts pour mettre en œuvre différents moyens qui permettraient de répondre aux besoins transitionnels des adolescents. Des cliniques pour les jeunes adultes aux prises avec des troubles rhumatismaux (JATR) bien établies existent à Halifax, à Montréal, à Calgary et à Vancouver; celles-ci ont réussi à améliorer les résultats cliniques chez cette clientèle et à réduire son taux d'abandon du traitement<sup>6</sup>. À Vancouver, les patients âgés de 18 à 24 ans dont le suivi médical était jusque-là assuré par le programme pour enfants atteints de troubles rhumatismaux reçoivent tous les deux mois des soins pour adultes dans des locaux distincts. Lors de ces visites, ils ont accès à une équipe multidisciplinaire (c.-à-d. personnel infirmier, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et physiothérapeutes).

*La planification de la transition devrait commencer tôt dans le milieu de soins pédiatriques. L'autonomie de l'enfant et son éducation en ce qui concerne sa maladie et les médicaments qu'il doit prendre doivent être favorisées à un jeune âge, car elles sont essentielles à la réussite de la transition des jeunes patients.*

Une approche différente est utilisée à Halifax et à Calgary. À Halifax, le prestataire de soins pour adultes en rhumatologie qui prendra bientôt en charge les jeunes patients se rend au centre de soins pédiatriques en rhumatologie une fois tous les trois mois. Ainsi, les jeunes patients peuvent le rencontrer, généralement une fois, dans un environnement qu'ils connaissent bien avant leur transition définitive. À Calgary, c'est le rhumatologue pédiatrique qui se rend au centre de soins en rhumatologie pour adultes afin d'aider les jeunes patients à se familiariser avec le nouvel environnement.

Des programmes de soins spécialisés, comme le *Lupus Program* à Toronto, collaborent avec les professionnels des soins aux adolescents afin de mobiliser les jeunes patients (dès l'âge de 13 ans) avant qu'ils obtiennent leur congé de l'Hôpital pour enfants de Toronto. Dans les cliniques de rhumatologie générale, on utilise une approche multidisciplinaire selon laquelle le personnel infirmier, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les rhumatologues encadrent la transition en collaborant avec les prestataires de soins aux adolescents et les travailleurs sociaux.

(suite à la page 12)

# La recherche en rhumatologie pédiatrique au Canada

## L'Alliance canadienne des chercheurs en rhumatologie pédiatrique : CAPRI grandit

Par Lori Tucker, M.D., présidente, CAPRI

La recherche canadienne en rhumatologie pédiatrique s'est mérité attention et respect à l'échelle nationale et internationale, en grande partie grâce au regroupement des cliniciens et chercheurs en rhumatologie pédiatrique de partout au Canada pour former un réseau de recherche national : l'Alliance canadienne des chercheurs en rhumatologie pédiatrique (CAPRI). En tant que groupe, nous avons travaillé ensemble pendant de nombreuses

années sur des questions liées à la formation, à l'éducation et à la défense des intérêts. La nécessité d'avoir un groupe qui représenterait et faciliterait la recherche collaborative à travers tous les centres canadiens de rhumatologie pédiatrique a été identifié en 2006 lors d'une réunion décisive à Vancouver, en Colombie-Britannique. Reconnaissant que la recherche sur les maladies rhumatismales de l'enfance ne pourrait être entreprise de façon efficace que sur une base multicentrique, nous avons alors décidé de constituer un réseau. Le groupe a alors choisi de se concentrer sur l'arthrite juvénile et, à la suite de cette réunion, une demande de subvention d'équipe en voie de formation a été soumise aux IRSC et acceptée. Ce fut la naissance de l'étude ReACCh-Out (*Research on Arthritis in Canadian Children Emphasizing Outcomes*) et du groupe CAPRI.

La mission de CAPRI est consacrée à « l'acquisition de nouvelles connaissances pour le mieux-être des enfants et adolescents atteints de maladies rhumatismales. » Ses objectifs sont : 1) faciliter la recherche en matière de maladies rhumatismales chez les enfants par le biais d'études collaboratives multicentriques faisant appel aux centres de rhumatologie pédiatrique du Canada; 2) bâtir une infrastructure pour la recherche multicentrique en rhumatologie pédiatrique; 3) faciliter et promouvoir la recherche en rhumatologie pédiatrique menée dans un centre unique ou dans plusieurs centres de recherche; 4) faciliter la formation en recherche pour les personnes intéressées par la recherche en rhumatologie pédiatrique et soutenir les carrières en recherche de nouveaux investigateurs; et 5) établir la liaison avec d'autres groupes de recherche à l'échelle nationale et internationale.



Membres CAPRI à Saskatoon.

Depuis le lancement de l'étude ReACCh-Out, la portée des recherches ainsi que les effectifs de CAPRI ont pris de l'ampleur. Notre réseau compte parmi ses membres tous les rhumatologues pédiatriques de tous les centres de rhumatologie pédiatrique du Canada; il s'est de plus étendu pour inclure des membres chercheurs qui, sans être des rhumatologues pédiatriques, sont actifs dans le domaine de la recherche en rhumatologie pédiatrique, de même que des stagi-

naires. Notre projet initial, l'étude ReACCh-Out,

a été un formidable succès avec 1 500 enfants nouvellement diagnostiqués d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) inscrits à travers tout le Canada. Nous avons fait preuve de créativité pour utiliser les volumineuses ressources de la cohorte ReACCh-Out afin d'étudier les prédicteurs de l'évolution de la maladie, du risque de crises, d'uvéïtes, de douleur, de qualité de vie sur le plan de la santé et de nouvelles concentrations génomiques/biologiques de la maladie. Nos recherches en matière d'AJI se sont poursuivies au-delà de l'étude ReACCh-Out

pour inclure des études sur la base biologique de la maladie (étude BBOP [*Biologically Based Outcome Predictors in JIA*]; chercheur principal [CP] : Alan Rosenberg) et l'activité physique chez les enfants atteints d'AJI (étude LEAP [*Linking Exercise Activity and Pathophysiology in*



*Canadian Children with JIA*]; CP : Lori Tucker et Ciaran Duffy). Plusieurs membres de CAPRI sont des spécialistes de renommée internationale en matière de recherche sur la vascularite infantile et dirigent des initiatives de recherche d'envergure auxquelles contribue CAPRI, incluant les registres ArCHIVE (*A Registry of Childhood Vasculitis: E-entry*) et PedVas (*Pediatric Vasculitis Initiative*) (CP pour les deux : David Cabral), ainsi que BRAINWORKS (CP : Susanne Benseler). Notre prochain projet d'envergure en préparation est le lancement d'un registre national canadien de l'AJI à travers le pays qui permettra la

(suite à la page 12)

### Transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes en rhumatologie

(suite de la page 10)

#### Importance de la participation des prestataires de soins pour adultes en rhumatologie

La collaboration avec nos collègues qui dispensent des soins en rhumatologie aux adultes est extrêmement importante pour comprendre les besoins des jeunes adultes de notre clientèle et réussir à y répondre. Pour atteindre notre but, il est primordial de communiquer efficacement (verbalement et par écrit), d'offrir une formation sur les enjeux psychosociaux et de déterminer la meilleure façon de coordonner nos efforts.

#### Initiatives de recherche sous l'égide de l'Alliance canadienne des chercheurs en rhumatologie (CAPRI)

CAPRI a mis sur pied un groupe dont la mission est de concentrer et de réunir nos efforts de recherche en matière de transition et ceux de nos collègues canadiens qui traitent des adultes. De nombreux projets collaboratifs sont en cours à l'échelle nationale; l'un d'entre eux porte sur l'examen d'un questionnaire d'évaluation de l'état de préparation à la transition (intitulé *Readiness for Adult Care in Rheumatology* [RACER]), et un autre, sur la création d'une boîte à outils pour la transition après consultation de groupes de discussion formés de patients, de proches de patients et de praticiens en rhumatologie qui traitent des enfants et des adultes. Notre objectif est de mettre au point un ensemble de critères de mesures de base permettant d'évaluer l'acceptabilité et l'efficacité des programmes de transition qui seront associés aux registres nationaux.

Sur le plan clinique, nous visons à créer plusieurs modèles de soins pouvant être adoptés par les centres de toutes les envergures et à atteindre l'objectif ultime de déployer un programme de transition dans tous les grands centres de soins du Canada. Nous espérons que ces initiatives amélioreront la collaboration entre les rhumatologues pédiatriques et ceux qui traitent des adultes afin de mieux servir nos patients et leur famille et d'obtenir des résultats exceptionnels tant sur le plan médical que psychosocial.

*Evelyn Rozenblyum, M.D., FRCPC*  
Rhumatologie pédiatrique  
Professeure adjointe de clinique, Département de pédiatrie,  
Royal University Hospital,  
Université de la Saskatchewan  
Saskatoon (Saskatchewan)

*Lynn Spiegel, M.D., FRCPC*  
Professeure adjointe, Département de pédiatrie,  
Université de Toronto  
Chercheuse, Santé des enfants et sciences évaluatives,  
Institut de recherche du SickKids  
Rhumatologue, Hôpital pour enfants,  
Toronto (Ontario)

 La version intégrale de cet article est disponible en ligne au [www.craj.ca](http://www.craj.ca).

### La recherche en rhumatologie pédiatrique au Canada

(suite de la page 11)

collecte de données longitudinales sur les enfants et les jeunes atteints d'AJI à travers le Canada et pourra être relié aux nouveaux projets à venir. Le registre de l'AJI a reçu des fonds de démarrage de La Société de l'arthrite et est actuellement en phase d'essai pilote; la mise en œuvre intégrale est prévue pour la fin de l'automne 2016.

L'enthousiasme et la croissance de CAPRI étaient visibles lors de notre plus récente réunion scientifique qui s'est tenue à Toronto les 12 et 13 avril 2016. Quarante-cinq membres de partout au pays ont assisté à la réunion qui comportait notamment des séances de revue des recherches actuelles, des séances de groupe de travail pour les projets établis ainsi que pour les programmes émergents comme la recherche transitionnelle, des conférenciers de l'extérieur et des séances de travail sur l'utilisation de stratégies de traduction des connaissances utilisant nos résultats de recherche et des discussions à propos des orientations et objectifs futurs. Les évaluations de la réunion par les participants ont été très positives et ces derniers ont fait preuve d'un dynamisme et d'un engagement extraordinaires.

En tant que petit réseau de recherche pédiatrique, CAPRI avance bien et démontre une croissance stable, tout en demeurant ouverte aux nouvelles occasions et aux orientations dictées par les intérêts de ses membres. CAPRI est un réseau membre du Réseau de recherche en santé des enfants et des mères (RRSEM), un organisme de coordination des réseaux de recherche pédiatrique canadiens, et cette affiliation favorise des occasions de développement des infrastructures. Nous entretenons une bonne collaboration avec les chercheurs et groupes de recherche en rhumatologie pédiatrique aux États-Unis et à l'échelle internationale et nous sommes reconnus comme étant une voix importante de la recherche canadienne en rhumatologie pédiatrique dans divers milieux. Plus important encore, nous sommes des gens d'une nature collaborative qui savent reconnaître la valeur du travail d'équipe et qui y prennent plaisir. Nous avons la chance de retrouver parmi les membres de CAPRI un remarquable bassin d'expérience, de sagesse, de créativité et d'enthousiasme pour la recherche. Notre plus précieux atout est notre collégialité et notre capacité à travailler ensemble sur des objectifs communs, ce qui assure à CAPRI un brillant avenir.

*Lori Tucker, M.D.*  
Chercheuse clinique, Child & Family Research Institute (CFRI)  
Professeure agrégée de clinique, Division de rhumatologie,  
Département de pédiatrie,  
Université de la Colombie-Britannique  
Vancouver (Colombie-Britannique)

# La rhumatologie pédiatrique au CHU Sainte-Justine à Montréal : les *New Kids on the Block*

Par Marie-Paule Morin, M.D., FRCPC, Ph.D.(c) et Julie Barsalou, M.D., FRCPC, M.Sc.

C'est certainement ce que nous pourrions qualifier de vent de renouveau qui souffle sur le service de rhumatologie pédiatrique du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine à Montréal depuis trois ans. En effet, notre service est maintenant composé de deux jeunes (nous aimons encore nous qualifier de la sorte!) rhumatologues pédiatres. Nous avons toutes deux terminé notre formation spécialisée à l'Hôpital de Montréal pour enfants, et nous avons complété une formation supplémentaire à l'Hôpital pour enfants de Toronto (SickKids).

Plus spécifiquement, la Dre Julie Barsalou a complété une formation complémentaire de trois ans en lupus pédiatrique ainsi qu'en lupus néonatal. Elle a aussi complété une maîtrise en sciences biomédicales. Ses intérêts de recherche sont axés sur le lupus néonatal, et elle travaille activement à la mise sur pied d'une clinique de suivi des enfants exposés aux anticorps maternels anti-Ro et anti-La. Quant à la Dre Marie-Paule Morin, c'est surtout sur le plan de la pédagogie médicale que porte son intérêt. Elle complète d'ailleurs un Ph.D. en éducation des sciences de la santé. Son thème de recherche est en lien avec le partenariat de soin et, plus spécifiquement, l'engagement actif des patients adolescents (notamment atteints d'arthrite juvénile) dans les programmes d'enseignement.

Une des forces de notre service est qu'il est combiné à celui de l'immunologie pédiatrique, ce qui nous offre une perspective approfondie de la physiopathologie des maladies auto-immunes. Lors de nos réunions hebdomadaires, l'interaction avec nos collègues est hyper enrichissante! Ces derniers sont d'ailleurs responsables du laboratoire d'exploration immunologique du CHU Sainte-Justine, une référence nationale dans ce domaine. Nous avons donc la chance d'investiguer de façon plus approfondie l'état de plusieurs de nos patients aux



Les *New Kids on the Block* : Dre Marie-Paule Morin à gauche et Dre Julie Barsalou à droite.

prises avec diverses maladies auto-immunes complexes.

Concernant les projets à venir, nous travaillons activement avec nos collègues au développement de cliniques conjointes; des cliniques de néprite lupique, avec l'équipe de néphrologie, et des cliniques de maladies auto-inflammatoires et de fièvre récurrente, avec le service d'infectiologie, seront mises sur pied prochainement. Il s'agit d'excellentes opportunités de collaboration et d'apprentissage.

Un thème récurrent pour les jeunes médecins qui débutent leur carrière est celui de la conciliation travail-famille! En effet, nous pouvons nous vanter d'avoir été très « productives » à ce point de vue. Nos premières semaines de gardes, le développement de nos cliniques et la mise en route de nos activités académiques respectives ont donc rimé avec biberons, changements de couches et nuits écourtées. Mais bon, ça semble une sorte de passage obligé... Nous nous souhaitons donc, pour les prochaines années, un peu plus de sommeil afin d'avoir l'énergie pour réaliser pleinement les défis et les opportunités qui s'offrent à nous!

*Marie-Paule Morin, M.D., FRCPC, Ph.D.(c)*

*Professeure adjointe de clinique,*

*Division de rhumatologie et d'immunologie, CHU Sainte-Justine*

*Département de pédiatrie, Université de Montréal*

*Montréal (Québec)*

*Julie Barsalou, M.D., FRCPC, M.Sc.*

*Professeure adjointe de clinique,*

*Division de rhumatologie et d'immunologie, CHU Sainte-Justine*

*Département de pédiatrie, Université de Montréal*

*Montréal (Québec)*

# Mise à jour de la SCR sur l'enseignement en rhumatologie pédiatrique : Créer des liens entre les communautés pour la formation continue et les soins aux patients

Par Mercedes Chan, MBBS, FRCPC, MHPE

L'apprentissage a longtemps été considéré comme une activité sociale. Au Canada, dans le secteur de la rhumatologie pédiatrique, la création d'une communauté pour favoriser l'apprentissage a permis de réaliser d'énormes progrès au cours des dernières années. La technologie moderne a grandement contribué à ce processus, et le meilleur exemple est probablement celui des séances scientifiques des Prairies. Tous les mardis, des équipes de rhumatologie pédiatrique de Calgary, d'Edmonton, de Saskatoon et de Winnipeg (le « groupe des Prairies ») participent à une téléconférence pour discuter de leurs cas et de leurs recherches. L'objectif de ces séances – qui constituent une activité d'apprentissage agréée par le Collège royal – est d'offrir une plateforme aux petits centres afin qu'ils puissent s'entraider dans leurs activités cliniques et éducatives. Les séances scientifiques accueillent un cercle de conférenciers et des stagiaires de chacun des centres de la région des Prairies, mais également des conférenciers provenant de champs connexes comme des ophtalmologistes, des pathologistes, des radiologistes, des éducateurs médicaux et d'autres professionnels venant de partout au Canada et d'ailleurs. Deux fois par trimestre, on organise également un club de lecture, que les différents centres animent à tour de rôle. Le plus important, toutefois, est que ces séances scientifiques offrent l'occasion aux équipes de la région des Prairies (y compris au personnel paramédical) d'apprendre à mieux se connaître. Les présentations de la dernière année portaient notamment sur le partage de pratiques en lien avec les injections intra-articulaires et les plâtres, sur les dernières nouvelles relatives à l'uvéïte et sur les meilleures pratiques en matière de rétroaction. Des séances de pathologie portant sur la myosite ont également eu lieu.

À l'échelle nationale, on élabore actuellement des plans pour accroître le dialogue entre les médecins traitants, notamment les pédiatres et les stagiaires en pédiatrie, en formant un groupe d'intérêt spécial axé sur la rhumatologie pédiatrique au sein de la Société canadienne de pédiatrie (SCP). La SCP est la principale association de pédiatres au Canada et joue un rôle important dans la défense des intérêts des enfants canadiens auprès du



gouvernement. Avoir voix au sein de la SCP permettrait de mieux défendre les intérêts des enfants atteints de maladies rhumatismales, d'appuyer les lignes directrices de pratique clinique et d'accroître la sensibilisation et l'éducation relatives à la rhumatologie pédiatrique. À l'heure actuelle, il n'y a aucun groupe officiel pour représenter le secteur de la rhumatologie. La SCP et les rhumatologues pédiatriques canadiens en reconnaissent le besoin, puisque les pédiatres sont à l'origine d'une proportion

considérable des cas dirigés en rhumatologie pédiatrique. Plusieurs rhumatologues pédiatriques membres de la SCR sont intéressés à devenir les principaux membres d'un groupe d'intérêt spécial dans l'espoir de voir s'établir un groupe officiel d'ici la réunion annuelle de la SCP en 2017.

Enfin, le Canada continue d'être reconnu pour ses centres d'excellence offrant une formation en rhumatologie pédiatrique à des stagiaires canadiens et internationaux. Au cours des dernières années, ces centres ont accueilli des stagiaires de l'Inde, de la Corée, de la Thaïlande, de l'Arabie saoudite, de l'Australie, de la Suisse, du Qatar, de l'Allemagne, des Pays-Bas, d'Israël, du Koweït, de la Palestine, de Singapour, de l'Argentine et du Kenya; voir l'article connexe rédigé par la Dre Deb Levy (page 18). De nombreux stagiaires provenant de pays en voie de développement retournent dans leur pays d'origine pour y devenir rhumatologues pédiatriques – certains devenant même le tout premier d'une région – et y établir des divisions, des programmes de bourses de recherche et des registres de recherche. Les stagiaires internationaux aident à bâtir un réseau croissant de rhumatologues pédiatriques à l'échelle mondiale et permettent ainsi d'élargir notre communauté pour favoriser la collaboration et l'éducation, améliorant ainsi l'accès aux soins pour les enfants atteints de maladies rhumatismales et renforçant la capacité à offrir ces soins.

*Mercedes Chan, MBBS, FRCPC, MHPE*

*Professeure adjointe en pédiatrie, Université de l'Alberta  
Rhumatologue pédiatrique, Stollery Children's Hospital  
Edmonton (Alberta)*

# Les effectifs en rhumatologie pédiatrique

Par Janet Ellsworth, M.D., FRCPC

**T**out comme les enfants ne sont pas juste de petits adultes, les rhumatologues pédiatriques ne sont pas simplement des rhumatologues pour petits adultes. Le récent sondage « Levez-vous pour être compté », mené par la SCR, a mis en évidence quelques différences importantes entre les pratiques des rhumatologues pour adultes et des rhumatologues pédiatriques au Canada.

D'après mes calculs, on retrouve actuellement 54 rhumatologues pédiatriques actifs au Canada. Contrairement aux rhumatologues pour adultes qui pratiquent majoritairement (60 %) en milieu communautaire, plus de 80 % des rhumatologues pédiatriques pratiquent dans des centres de santé universitaire en tant que membres d'un département universitaire de pédiatrie. Comme c'est souvent le cas pour les médecins en pratique universitaire, les rhumatologues pédiatriques font moins d'heures de clinique par semaine et voient moins de patients au total; cependant, parce qu'ils sont moins nombreux dans leur division, ils font plus d'heures « sur appel » que leurs contreparties pour adultes. Ceux qui sont en pratique communautaire doivent combiner la rhumatologie pédiatrique avec d'autres activités cliniques, principalement la pédiatrie générale.

Les soins aux patients en rhumatologie pédiatrique exigent plus de temps : relever l'anamnèse selon de multiples points de vue (enfant, parents, autres membres et amis de la famille), examiner les enfants à différents stades de coopération et gérer les anxiétés parentales ne sont que quelques-uns des aspects uniques de la pratique pédiatrique. Nous dépendons fortement des professionnels paramédicaux, incluant les infirmières, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux et nous avons tendance à travailler en équipe plutôt qu'individuellement. Nous passons aussi une partie de notre temps à enseigner à des apprenants de tous les niveaux, des étudiants en médecine aux résidents en rhumatologie. Par ailleurs, la plupart sont membres de l'Alliance canadienne des chercheurs en rhumatologie pédiatrique (CAPRI) et participent à des projets de recherche collaborative multicentrique. Beaucoup mènent également des projets de recherche indépendants.

Le comité de pédiatrie de la SCR entreprend un sondage exhaustif des effectifs tous les trois à cinq ans, mettant en évidence la variabilité à travers le pays en termes de nombre de rhumatologues pédiatriques par rapport à la population desservie et de financement pour les professionnels paramédicaux. Ce sondage aide à fournir des points de repère et est utile pour ceux qui revendiquent des ressources dans leur centre.

## Quelles sont les préoccupations actuelles à l'égard des effectifs en rhumatologie pédiatrique?

1. Même si la plupart des rhumatologues pédiatriques doivent pratiquer en milieu universitaire, le financement pour les postes par le biais des universités et des hôpitaux est sur une base concurrentielle et peut être difficile à obtenir.
2. Il n'y a que trois programmes de résidence en rhumatologie pédiatrique au Canada : à l'Université McGill, à l'Université de Toronto et à l'Université de la Colombie-Britannique. Les diplômés canadiens qui terminent ces programmes annuellement sont peu nombreux et, pour certaines années, insuffisants pour pourvoir les postes universitaires disponibles, surtout lorsque les nouveaux diplômés de ces programmes d'envergure ne sont en mesure de déménager dans un plus petit centre ou intéressés à le faire.
3. De nombreux programmes doivent composer avec un petit nombre d'enseignants; seulement six des 14 divisions de rhumatologie pédiatriques comptent trois médecins équivalents plein-temps (EPT) ou plus. Par conséquent, il peut être difficile d'équilibrer les responsabilités cliniques, incluant fournir un service clinique jour et nuit, et les exigences universitaires en matière de recherche, d'enseignement et de tâches administratives. Bien que le financement des postes soit un obstacle, je suis d'avis qu'une masse professorale critique est essentielle à la survie de divisions en rhumatologie pédiatrique durables.
4. Il existe de vastes régions de notre pays, en particulier dans le nord, où les patients sont défavorisés du fait de devoir parcourir de grandes distances pour obtenir des services de rhumatologie pédiatrique. Ces régions ont un important besoin de cliniques mobiles, mais encore là, le financement est problématique.
5. Environ 25 % des rhumatologues pédiatriques ont l'intention de prendre leur retraite dans les cinq à dix prochaines années. Ce sont là quelques-uns des défis auxquels nous sommes confrontés en tant que rhumatologues pédiatriques, mais nous formons une communauté où règnent collaboration et appui, militant activement pour des soins équitables pour les patients en rhumatologie pédiatriques à travers le pays.

*Janet Ellsworth, M.D., FRCPC*

*Professeure de pédiatrie, Université de l'Alberta*

*Rhumatologue pédiatrique,*

*Hôpital pour enfants Stollery et Hôpital Glenrose,*

*Directrice de la Division de rhumatologie pédiatrique*

*Edmonton (Alberta)*



# PROGRAMME BIOADVANCE® DE JANSSEN

Soins axés sur les patients – Simplicité pour vous.  
**LA PROMESSE DU PROGRAMME BIOADVANCE® DE JANSSEN**



- Un modèle personnalisé de soins intégrés avec le coordonnateur BioAdvance® de votre localité
- Un engagement envers les patients BioAdvance® pour leur donner accès au médicament le plus rapidement possible
- L'accès à plus de 200 centres de traitement avec un personnel infirmier spécialisé
- Des services fiables, y compris la coordination de la livraison des médicaments, le dépistage de la TB et les analyses sanguines
- La coordination pour les patients en cas de voyage, y compris des lettres de voyage et de l'information sur les cliniques à l'extérieur de la province



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

© 2016 Janssen Inc. | Marque de commerce utilisée sous licence. | BABR160018F



# Il n'y a QU'UN SEUL REMICADE®

SI VOUS VOULEZ  
QUE VOS PATIENTS  
REÇOIVENT REMICADE®,

— écrivez —

**Remicade®**  
ne pas  
substituer



Plus de **2** millions  
de patients  
traités

dans le monde pour toutes  
les indications confondues

## REMICADE® :

- Un médicament biologique indiqué dans :  
PR, SA, RP, PsO, MC chez l'adulte, MC chez l'enfant,  
MC avec fistulisation, CU chez l'adulte et CU chez l'enfant<sup>1</sup>
- Plus de **20 ans d'expérience clinique dans le monde**<sup>1</sup>
- Un élément du **programme BioAdvance® de Janssen**

REMICADE® est indiqué :

- En association avec le méthotrexate, pour la réduction des signes et des symptômes, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) modérément à sévèrement active.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, et pour l'amélioration de la capacité fonctionnelle des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active qui présentent une intolérance ou qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standards.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et de la cicatrisation de la muqueuse, et la réduction du recours à un traitement par corticostéroïdes chez les adultes atteints de maladie de Crohn (MC) modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement par corticostéroïdes et/ou aminosalicylés. REMICADE® peut être administré seul ou en association avec un traitement standard.
- REMICADE® est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes, ainsi que pour l'induction et le maintien de la rémission clinique chez les patients pédiatriques atteints de maladie de Crohn modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. corticostéroïdes et/ou aminosalicylés et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les patients de moins de 9 ans.
- Pour le traitement de la MC avec fistulisation, chez les adultes qui n'ont pas répondu à un traitement standard complet et approprié.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et de la cicatrisation de la muqueuse, et la réduction ou l'abandon du recours à un traitement par corticostéroïdes chez les adultes atteints de colite ulcéreuse (CU) modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicylés et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs).
- REMICADE® est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et l'induction de la cicatrisation de la muqueuse, chez les patients pédiatriques atteints de colite ulcéreuse modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicylés et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les enfants de moins de 6 ans.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction d'une importante réponse clinique, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale associée à l'arthrite active et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique (RP).
- Pour le traitement des adultes qui sont atteints de psoriasis en plaques (PsO) chronique de sévérité modérée à élevée et candidats à un traitement systémique. Chez les patients atteints de PsO chronique de sévérité modérée, REMICADE® ne doit être administré que lorsque la photothérapie s'est révélée inefficace ou inappropriée; pour évaluer la gravité du psoriasis, le médecin doit prendre en compte l'étendue et le siège des lésions, la réponse aux traitements antérieurs et l'incidence de la maladie sur la qualité de vie du patient.

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.com/canada/fr/products#prod-451> pour obtenir des renseignements importants concernant les conditions d'usage clinique, les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-567-3331.

Références : 1. Données internes, Janssen Inc.  
2. Monographie de REMICADE®, Janssen Inc., 26 avril 2016.

## Janssen Inc.

Marques de commerce  
utilisées sous licence.  
© 2016 Janssen Inc.  
19 Green Belt Drive  
Toronto (Ontario) M3C 1L9  
[www.janssen.com/canada/fr](http://www.janssen.com/canada/fr)  
SBBR160202F



Vous et vos patients pouvez  
compter sur nous



# La meilleure formation du monde entier... seulement au Canada?

Par Deborah Levy, M.D., M.S., FRCPC  
Présidente, Comité pédiatrique de la SCR

La rhumatologie pédiatrique demeure une spécialité en développement dans de nombreux pays, mais le Canada compte parmi les lieux de formation les plus populaires grâce à son excellence reconnue à l'échelle internationale. Au cours des années, plus de 60 stagiaires provenant d'au-delà de 20 pays se sont inscrits dans nos trois programmes de formation, offerts à l'Université McGill, à l'Université de Toronto et à l'Université de la Colombie-Britannique; à ce sujet, veuillez lire l'article de la Dre Mercedes Chan à la p. 14. Bon nombre de ces stagiaires arrivent ici avec une grande expertise et de nombreuses années d'expérience en tant que rhumatologues pédiatriques; à leur départ, ils auront approfondi leurs connaissances et leur expérience, auront recueilli des souvenirs de voyage mémorables et se seront faits de nouveaux amis pour la vie. Pour ce numéro du *JSCR*, j'ai demandé à des stagiaires retournés dans leur pays d'origine de nous décrire l'influence qu'a notre communauté à l'échelle mondiale. J'ai reçu de nombreuses réponses enthousiastes, mais j'ai souvent dû les raccourcir : je demandais une réponse d'au plus 50 mots, mais je recevais fréquemment des courriels de 300 mots, voire de 500!

Gun Phongsamart, un médecin demeurant en Asie, écrit : « J'ai reçu ma formation à l'Hôpital pour enfants de la C.-B., puis je suis revenu travailler dans mon pays natal, à l'Institut national de médecine pédiatrique Reine Sirikit, à Bangkok (Thaïlande). J'ai été l'un des premiers rhumatologues pédiatriques de mon pays et même de toute l'Asie du Sud-Est; dans cette région, jusqu'à 670 000 enfants sont atteints de maladies rhumatismales. Ce serait bien si nous pouvions, pour ces enfants, créer des occasions de collaboration internationale afin d'établir des normes de formation dans notre spécialité. Le système de santé thaïlandais est relativement compliqué, ce qui entraîne des variations dans l'accès aux médicaments. C'est pourquoi j'ai créé un fonds pour l'arthrite et les maladies auto-immunes juvéniles au sein de la Fondation de l'Hôpital pour enfants ([www.thaichf.org](http://www.thaichf.org)); chaque année, nous organisons des concerts, des représentations théâtrales, des encans et d'autres événements pour amasser des fonds. Le Dr Ross Petty a été mon modèle en ce qui concerne la



défense des intérêts des patients et j'ai récemment fondé un groupe pour aider les patients à défendre eux-mêmes leurs droits. J'aimerais bien reproduire le programme de transition des Drs Tucker et Cabral, mais c'est impossible dans notre système de santé. J'ai grandement apprécié la formation que j'ai reçue au Canada; ce fut l'une des plus importantes étapes de ma vie. »

Le Dr Rachana Hasija nous écrit de Mumbai, en Inde, et témoigne d'une perspective différente : « Ici, la rhumatologie pédiatrique en est vraiment à ses débuts. Mais nous aimons les défis, parce qu'ils donnent la possibilité de grandir. Je me souviendrai toute ma vie de la formation que j'ai reçue à l'Hôpital pour enfants de Toronto. Je n'ai oublié aucun patient, aucune présentation, aucun collègue, aucun de mes distingués professeurs... Vous êtes encore avec moi, à Mumbai. Chacun de mes patients actuels devient mon professeur. Je veux aussi poursuivre la relation de synergie avec l'Hôpital pour enfants de Toronto. »

Les liens entre le Canada et l'Australie vont bien au-delà de notre affection réciproque pour la gastronomie, le bon vin et l'air pur. Le Dr Roger Allen nous écrit de Melbourne : « L'Australie compte aujourd'hui 17 rhumatologues pédiatriques – cinq ont été formés au pays, un aux États-Unis, quatre au Royaume-Uni et les sept autres au Canada. Je fus le premier à le faire, en 1982 : je me suis rendu à Vancouver dans l'intention de faire quelque chose de différent avant de devenir un pédiatre généraliste en milieu rural. J'ai été captivé par Ross Petty et finalement, je suis resté pour apprendre la rhumatologie; 35 ans plus tard, j'exerce encore cette spécialité. Bien sûr, nos deux pays sont très différents du point de vue géographique, mais il y a entre nous quelque chose de très spécial. Ma famille considère Vancouver comme son autre ville de résidence, même si nous n'y allons qu'aux deux ans environ pour profiter des pentes de ski. Il y a quelques années, ce sont mes jumeaux de 12 ans qui ont indiqué au chauffeur de taxi comment éviter les embouteillages pour aller chez David Cabral et Lori Tucker – qui l'aurait cru? »

Le Dr Senq Lee écrit de l'Australie-Occidentale : « Je suis consultant en rhumatologie pédiatrique à l'Hôpital Princess Margaret de Perth. Comme la plupart des médecins austra-

liens, j'ai suivi une formation avancée et fait un stage à l'Hôpital pour enfants de Toronto, de 2010 à 2012. Mon séjour au Canada compte parmi les plus beaux moments de ma vie. La supervision et la formation étaient d'une qualité rarement surpassée ailleurs dans le monde. Je suis principalement un médecin clinicien. À l'Hôpital pour enfants, on m'a fourni un encadrement fantastique pour les soins cliniques, que j'ai intégré dans ma pratique quotidienne. J'en serai éternellement reconnaissant. »

Le Dr Jonathan Akikusa a une perception différente du Canada : « Je suis rhumatologue pédiatrique et consultant en pédiatrie à l'Hôpital royal pour enfants de Melbourne, en Australie. Le temps passé à l'Hôpital pour enfants de Toronto m'a été précieux; non seulement ai-je pu profiter d'occasions d'apprentissage extraordinaires, mais j'ai aussi rencontré des gens qui sont devenus mes mentors et mes amis pour toujours. J'ai conservé de très bonnes relations avec le Canada, tant sur le plan professionnel que personnel, puisque j'ai épousé une Canadienne! »

Le Dr Joseph Press envoie ceci d'Israël : « J'ai eu l'immense privilège de poursuivre mes études avancées en rhumatologie pédiatrique à l'Hôpital pour enfants en 1993 et 1994. Ce stage de deux ans a changé ma vie car, à mon retour en Israël, j'ai été nommé chef des urgences pédiatriques de l'Hôpital Soroka à Beer Sheba, puis directeur de la Division pédiatrique. En janvier 2008, on m'a nommé chef de la direction du Centre médical pour enfants Schneider d'Israël, le seul hôpital de soins tertiaires en son genre au pays. Bon nombre

*« À l'Hôpital pour enfants, on m'a fourni un encadrement fantastique pour les soins cliniques, que j'ai intégré dans ma pratique quotidienne. J'en serai éternellement reconnaissant. »*

de mes collègues sont déjà passés par l'Hôpital pour enfants de Toronto, dont la réputation n'est plus à faire parmi les principaux leaders de la médecine pédiatrique à l'échelle mondiale. C'est pourquoi nous sommes grandement en faveur de la poursuite d'une formation avancée à cet établissement, quand c'est possible. En plus des différents postes que j'ai occupés, je n'ai jamais abandonné la clinique de rhumatologie de l'Hôpital Soroka de Beer Sheba et j'ai continué à publier des articles de recherche dans le domaine. Je serai toujours redevable à l'Hôpital pour enfants de Toronto pour m'avoir donné cette occasion unique. »

Le Dr Abdullatif Alenazi envoie le message suivant d'Arabie saoudite : « Je suis rhumatologue pédiatrique à Riyad, dans la Cité médicale du roi Fahd, un centre de soins tertiaires dispensant des services et offrant des consultations à des patients de partout au pays. J'ai eu la grande chance de faire un stage en rhumatologie pédiatrique à Vancouver, dans ce qui fut le premier centre canadien de formation dans cette

spécialité; j'ai pu travailler de concert avec le père de la rhumatologie pédiatrique canadienne, le Dr Ross Petty. Tout ce que j'ai appris, je l'ai mis en pratique à mon retour auprès de mes patients atteints de maladies rhumatismales. J'ai encore d'excellentes relations avec mes collègues et professeurs canadiens, à qui je peux m'adresser dans les cas difficiles. »

La Dre Hermine Brunner, quoique d'origine allemande, travaille aux États-Unis; elle dirige une chaire financée par un fonds de dotation et est directrice de la Division de rhumatologie du Centre de médecine pédiatrique de Cincinnati. Elle est également directrice scientifique du Groupe d'étude et de collaboration en rhumatologie pédiatrique. Elle écrit : « La maîtrise en épidémiologie clinique que j'ai obtenue de l'Université de Toronto a été déterminante pour ma carrière en conception d'essais cliniques et en élaboration de critères d'évaluation. J'ai aussi grandement apprécié ma formation clinique, où l'on cherchait toujours à améliorer le traitement des maladies rhumatismales chez les enfants – je me rappelle que nous avons été les premiers à tenir des cliniques spécialisées, à organiser des séances scientifiques avec les stagiaires et à adopter des protocoles de traitement standards. J'ai encore des liens avec différents établissements canadiens, pour la recherche ou l'échange d'idées. »

Le Dr Ricardo Russo, d'Amérique du Sud, envoie ceci : « Je dirige actuellement le service d'immunologie et de rhumatologie pédiatriques du plus grand centre de médecine pédiatrique d'Argentine, c'est-à-dire l'Hôpital Garrahan de Buenos Aires. Ma formation au Canada m'a non seulement donné l'occasion d'élargir mes connaissances, mais m'a aussi fait connaître des normes que j'applique depuis que j'ai terminé ma spécialisation et lancé mon propre programme, il y a déjà 23 ans. Aujourd'hui, je traite des patients hospitalisés, j'enseigne et je fais de la recherche comme j'ai appris à le faire pendant ma formation. J'ai encore des amis proches qui travaillent à Toronto et ailleurs au Canada. »

Quelques mots d'Europe, maintenant, du Dr Boris Hugle : « J'ai fait un stage à Toronto de 2008 à 2010. J'avais déjà terminé ma formation en pédiatrie et en rhumatologie en Allemagne, mais je trouvais qu'elle manquait de rigueur. À l'Hôpital pour enfants de Toronto, on m'a donné une toute nouvelle perspective de la rhumatologie pédiatrique. »

Des Pays-Bas, la Dre Sylvia Kamphuis, de l'Hôpital pour enfants MC-Sophia de l'Université Erasmus de Rotterdam, raconte ce qui suit : « Ayant déjà une bonne expérience de la rhumatologie pédiatrique, je suis venue étudier de plus près le lupus, avec Earl Silverman et sa fabuleuse équipe. M'étant concentrée uniquement sur le lupus pendant deux ans, j'ai acquis des connaissances et une expérience enviables, en côtoyant tout le réseau des spécialistes de cette maladie à l'échelle mondiale. Ces deux années m'ont propulsée jusqu'où je suis maintenant : i) je fais partie de l'équipe chargée du lupus érythémateux disséminé (LED) chez l'enfant, dans le cadre d'un projet européen de développement

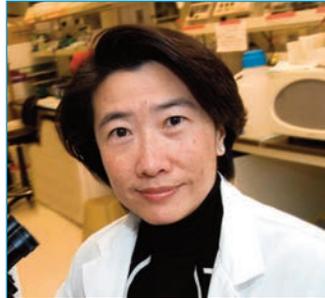
*(suite au bas de la page 20)*

# Le réseau UCAN

Par Rae S. M. Yeung, M.D., Ph.D., FRCPC

Le réseau UCAN (*Understanding Childhood Arthritis Network* – réseau pour la compréhension de l'arthrite juvénile) est un regroupement de réseaux de recherche sur l'arthrite et les maladies rhumatismales juvéniles et dont l'unique but est la recherche translationnelle. Les percées réalisées en médecine moléculaire alliées à la volonté d'offrir des soins ciblés créent une occasion exceptionnelle d'accélérer l'intégration des connaissances acquises en biologie aux soins aux patients. Créé suivant les principes de la collaboration et de l'accommodement, des valeurs chères aux Canadiens, le réseau UCAN s'appuie sur la prémisse selon laquelle des approches uniformes sont nécessaires pour assurer la robustesse des études de biopathologie collaboratives, surtout lorsque les établissements de soins ne traitent chacun qu'un petit nombre de patients atteints de la maladie à étudier. Par ailleurs, l'uniformité est également essentielle à l'obtention d'un taux adéquat de reproductibilité dans les différents centres de recherche, étape primordiale à l'application clinique des résultats de la recherche translationnelle. Cette tâche complexe nécessite un partage de ressources, l'apport de divers experts ainsi qu'une collaboration internationale.

Grâce à des fonds octroyés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le Réseau canadien de l'arthrite (RCA) et le ministère de la Recherche, de l'Innovation et des Sciences de l'Ontario, j'ai mis sur pied le réseau UCAN en 2009 avec une poignée de chercheurs translationnels à l'œuvre dans six pays (Canada, Pays-Bas, Royaume-Uni, États-Unis, Allemagne et Italie). Le Réseau a grandi au-delà de toutes nos attentes. Il rallie maintenant un nombre sans précédent de chercheurs du monde entier et il est le seul réseau à réunir tous les grands organismes de recherche internationaux qui s'intéressent à l'arthrite



juvénile. Cela représente plus de 50 pays et 300 établissements. Le réseau UCAN dirige la création et la mise en service d'un ensemble d'échantillons et d'épreuves biologiques normalisés, en plus de fournir les ressources de base et d'assurer la conception d'installations en partenariat avec des experts accomplis en recherche clinique et en conception d'études accessibles sur divers réseaux nationaux et internationaux. Ensemble, nous œuvrons à la création de plateformes de recherche interna-

tionales normalisées qui permettront d'accélérer l'application des résultats de recherche fondamentale à la pratique clinique en vue d'améliorer les soins aux patients. Grâce au réseau UCAN, des enfants atteints de maladies rhumatismales de partout au monde auront l'occasion de participer à des projets de recherche translationnelle de grande qualité. Notre travail a atteint un point culminant avec la Déclaration de 2016 faite à Londres dans laquelle les dirigeants de tous les grands réseaux de recherche en rhumatologie juvénile se sont engagés à « améliorer les soins aux enfants atteints d'une maladie rhumatismale, et même à trouver un traitement curatif, par l'intermédiaire d'une collaboration mondiale ». Voilà une vision bien canadienne de l'avenir, ne trouvez-vous pas?

Rae S. M. Yeung, M.D., Ph.D., FRCPC

Chaire Hak-Ming et Deborah Chiu en recherche translationnelle en pédiatrie

Professeure de médecine pédiatrique, d'immunologie et de sciences médicales, Université de Toronto

Chercheuse principale et rhumatologue,

Hôpital pour enfants de Toronto

Toronto (Ontario)

## La meilleure formation du monde entier... seulement au Canada? (suite de la page 19)

de normes de soins pour les enfants atteints de maladies auto-immunes; ii) je supervise un doctorant qui s'intéresse aux effets à long terme du LED chez l'enfant; iii) j'ai amorcé la mise sur pied d'un registre national des enfants atteints de LED aux Pays-Bas. »

Nous-mêmes, ici au Canada, nous avons eu l'occasion de rencontrer des collègues formidables et de nous en faire des amis; nous avons appris à mieux connaître l'alimentation et les coutumes d'autres cultures, et nous avons maintenant

l'occasion de combiner le travail et les voyages pour entretenir nos liens.

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

Professeure adjointe de médecine pédiatrique,

Université de Toronto

Rhumatologue,

Hôpital pour enfants de Toronto

Toronto (Ontario)

La version intégrale de cet article est disponible en ligne au [www.craj.ca](http://www.craj.ca).

# Résultats du sondage de la SCR sur l'acétaminophène

Découvert il y a plus d'un siècle, l'acétaminophène est devenu un des composés en vente libre les plus largement utilisés pour soulager la douleur et la fièvre. Compte tenu de son innocuité et de son efficacité, il n'est guère surprenant de voir que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le considère comme un de ses médicaments essentiels<sup>1</sup>.

Des rapports de surdoses et d'effets indésirables, particulièrement sur le foie, ont toutefois soulevé des questions à savoir s'il y a lieu de modifier les règlements canadiens entourant l'acétaminophène<sup>2</sup>. Certaines études laissent entendre que l'acétaminophène pourrait ne pas être aussi sûr qu'on le croyait<sup>3</sup>. Nous avons demandé aux membres de la SCR de nous faire part de leurs opinions et points de vue à propos de l'acétaminophène et de nous dire si, selon eux, il conviendrait de modifier son accessibilité.

À l'heure actuelle, au Canada, l'acétaminophène est offert en vente libre en doses unitaires allant de 80 mg à 650 mg. Lorsqu'on leur a demandé s'ils estimaient que l'acétaminophène 500 mg devrait devenir un médicament d'ordonnance, la majorité des répondants au sondage, soit près de 87 %, ont convenu que non (Tableau 1). Certains d'entre vous ont expliqué leur opposition à restreindre l'accès, citant des préoccupations d'ordre pratique à l'égard de pressions inutiles sur le système de santé. Un membre de la SCR a expliqué : « Si l'acétaminophène 500 mg devenait un médicament d'ordonnance, cela entraînerait un surplus de travail excessif pour les omnipraticiens, qui ne seraient pas en mesure de répondre à la demande accrue de rendez-vous pour une prescription ou un renouvellement. Laissez les pharmaciens gérer cela; ils savent ce qu'ils font. » Plusieurs autres commentaires ont exprimé des sentiments semblables. De plus, on craignait également que si l'acétaminophène était plus difficile à obtenir, les patients se tourneraient vers des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en vente libre entraînant encore plus de toxicités spécifiques à des organes. Un membre a écrit : « Ne restreignez pas l'acétaminophène, car cela forcera les patients à prendre plus d'AINS en vente libre, ce qui aura des effets beaucoup plus néfastes avec une hausse des cas d'hémorragie GI, d'insuffisance rénale et fort probablement d'événements coronariens aussi! »

Lorsqu'on leur a demandé s'il est envisageable de réduire la dose unitaire maximale en vente libre à 325 mg, là encore, la grande majorité des membres de la SCR (83 %) ont convenu que non (Tableau 2).

Les trois quarts des répondants s'opposaient également à l'idée de placer l'acétaminophène derrière le comptoir dans les pharmacies (Tableau 3). Un répondant a précisé que : « Tant que les entreprises qui commercialisent l'acétaminophène veillent à un étiquetage clair du produit, je ne vois pas la nécessité de restreindre l'accès à ce médicament antipyrétique et analgésique. Peut-être que réduire le nombre de comprimés par emballage ou faire des plaquettes alvéolées pourrait réduire les risques de surdoses intentionnelles. »

Tableau 1. Croyez-vous que l'acétaminophène 500 mg devrait devenir un médicament d'ordonnance?



Tableau 2. Croyez-vous que la dose unitaire maximale d'acétaminophène en vente libre devrait être limitée à 325 mg?



Tableau 3. Croyez-vous que l'acétaminophène devrait être entreposé derrière le comptoir dans les pharmacies?

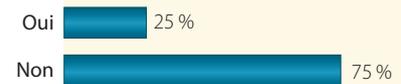


Tableau 4. Croyez-vous que l'acétaminophène devrait être éliminé de tous les médicaments d'ordonnance contenant des opioïdes?



De toutes les questions du sondage, la plus polarisante a été celle demandant si l'acétaminophène devrait être inclus dans des médicaments contenant des opioïdes. Plus de la moitié des répondants (57 %) étaient pour l'élimination de l'acétaminophène de tous les médicaments d'ordonnance contenant des opioïdes (Tableau 4).

Dans l'ensemble, bien que la plupart des membres de la SCR s'entendaient pour appuyer le maintien des normes actuelles pour l'acétaminophène en vente libre, il semblait y avoir certaines préoccupations à l'égard de l'innocuité de l'acétaminophène dans les médicaments d'ordonnance contenant des opioïdes.

Cette rubrique a été développée et appuyée par le Comité des thérapeutiques de la SCR afin d'orienter le comité d'experts de Santé Canada.

#### Références :

1. Organisation mondiale de la santé. Liste modèle de médicaments essentiels de l'OMS. [http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML\\_2015\\_FINAL\\_amended\\_NOV2015.pdf?ua=1](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML_2015_FINAL_amended_NOV2015.pdf?ua=1). Publiée en avril 2015 (en anglais seulement). Consultée le 28 juillet 2016.
2. Santé Canada. Résumé de l'examen d'innocuité-Acétaminophène-Lésions du foie. <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/reviews-examens/acetamino-fra.php>. Publié le 9 juillet 2015. Consulté le 28 juillet 2016.
3. Brune K, Renner B, Tiegs G. Acetaminophen/paracetamol: A history of errors, failures, and false decisions. *Eur J Pain*. Août 2015; 19(7):953-65.

## Les coûts associés aux soins

Par Victoria YY Xu, B.H.Sc., M.D. et Shirley Chow, M.D., FRCPC, M.Sc. (QIPS)

En 2013, 350 tests de dépistage de l'antigène HLA-B27 ont été demandés en Alberta<sup>1</sup>. En Ontario, ce test a été effectué environ 21 000 fois<sup>2</sup>. La population de l'Ontario est trois fois plus élevée que celle de l'Alberta; avec une incidence relativement semblable de mal de dos inflammatoire, il est difficile d'expliquer cette différence concernant le nombre de tests demandés. La différence, c'est qu'en Alberta, seuls les rhumatologues peuvent demander ce test.

De plus en plus, on reconnaît les coûts croissants et les lacunes sur le plan de l'efficacité au sein de notre système de santé. En réponse à cette réalité, la SCR s'est jointe à la campagne Choisir avec soin<sup>®</sup> dans le but d'identifier et de promouvoir les soins qui sont fondés sur les données probantes, non redondants, non dommageables et véritablement nécessaires<sup>3</sup>. La campagne aide les médecins et les patients à entamer un dialogue pour voir quand un test, un traitement ou une procédure pourrait être superflu, nuisible ou inutile.

Les médecins ont un rôle important à jouer afin de pouvoir offrir des soins de grande valeur, c'est-à-dire des soins de la plus

# Choisir avec soin



haute qualité au plus faible coût. La plupart des médecins ne sont pas conscients des coûts associés aux soins, et l'information relative à ces coûts peut-être difficile à trouver. Dans le cadre de la formation des futures générations de médecins, les jalons d'apprentissages CanMEDS 2015 mettent l'accent sur l'importance de s'engager

dans l'intendance des ressources en santé. Toutefois, la notion de soigner tout en restant soucieux des coûts n'est pas intégrée dans la plupart des programmes d'enseignement en médecine.

Lors de l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de 2016 de la SCR à Lake Louise, tous les participants ont été invités à tenter d'estimer les coûts de tests de laboratoire et d'imagerie courants en rhumatologie. Ces coûts à travers le Canada, ainsi que les estimations des participants, sont résumés dans le Tableau 1 et le Tableau 2. Compte tenu de l'écart considérable entre les coûts estimés et les coûts réels, ce sujet est certainement à considérer dans la formation des stagiaires et des professionnels de la santé. Plus d'information et de transparence sur le plan des coûts s'impose autant pour les professionnels que pour les stagiaires du domaine de la santé afin de leur permettre de maîtriser l'intendance des ressources et de fournir des soins de haute qualité à leurs patients.

Au-delà des coûts financiers, l'utilisation inappropriée ou excessive des ressources de santé donne lieu à d'autres préjudices comme les coûts directs, les coûts de renonciation et les coûts ultérieurs. Les coûts directs pour les patients comprennent le temps, l'anxiété, les frais à déboursier et les méfaits cliniques (ex. : radiations, effets secondaires, infections). Les coûts directs pour le système de santé comprennent le temps, les ressources et la surcharge des services d'urgence. Les coûts de renonciation comprennent le temps que le patient ne peut pas consacrer à son travail et à ses autres responsabilités, le

Tableau 1

### Coûts en dollars de certains tests de laboratoire courants en rhumatologie\*

	C.-B.	AB	SK	MB	ON	QC	N.-B.	N.-É.	Estimations des participants (n = 50), médiane (intervalle)
FSC	21	17,94	5,65	5,65	8,67	2,1	2,6	2,77	15 (0,5-300)
VSE	60	3,82	3,25	3,25	1,55	1,5	0,6	3,97	15 (1-700)
PCR	26	9,94	8,75	8,75	3,1	2,1	1,36	3,56	20 (1,5-300)

\*Les coûts indiqués sont ceux facturés aux organismes de santé provinciaux.

Tableau 2

### Coûts en dollars de certains tests d'imagerie courants en rhumatologie\*

	AB	SK	MB	ON	N.-É.	T.-N.	Estimations des participants (n = 50), médiane (intervalle)
Radiographie des mains et des pieds	63,58	48,5	39,4	45,8	73,9	21,99	85 (10-500)
IRM colonne	67,74	--	65,55	59,5	159,26	116,15	500 (44-500)
Test de densité osseuse	139,26	--	--	103,2	69,62	75,22	187,5 (45-200)
Scintigraphie du corps entier	409,83	--	--	163,35	320,75	--	250 (49-2 500)

\*Les coûts indiqués sont ceux facturés aux organismes de santé provinciaux.



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

## Choisir avec soin à l'Université de Sherbrooke

En 2014, un an après le lancement de la campagne nationale **Choisir avec soin**, des médecins de Sherbrooke (incluant un rhumatologue) ont organisé quelques conférences locales sur les enjeux et l'urgence d'agir en ce qui concerne une utilisation plus appropriée des ressources médicales limitées. Le premier élan d'enthousiasme passé, le désir de poursuivre la mise en œuvre de la philosophie **Choisir avec soin** s'est progressivement estompé et, concrètement, aucun changement n'a été observé au sein de la pratique. Inspirés par des expériences réussies menées dans d'autres institutions médicales canadiennes, nous avons opté, à l'Université de Sherbrooke, pour le déploiement d'une meilleure stratégie afin de changer réellement la pratique médicale en 2016.

Nous avons récemment obtenu une subvention interne afin de développer des ressources informatiques favorisant sans cesse des choix judicieux. Dans notre hôpital, les tests diagnostiques sont prescrits par l'entremise d'un système automatisé d'enregistrement des prescriptions des médecins. Notre approche consistera en l'ajout d'une fonction à ce système qui, lors de la prescription de certains tests radiologiques, générera automatiquement une fenêtre contextuelle affichant la recommandation **Choisir avec soin**. Par exemple, dès la prescription d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) pour la lombalgie, le système fera apparaître une alerte avec une brève présentation de son indication validée scientifiquement. Une deuxième fonction proposera un tableau de bord qui permettra aux professeurs et résidents de consulter leurs propres statistiques sur les tests prescrits pendant la dernière année. Ils seront en mesure de comparer leur pratique à celle de leurs pairs, et ce, de manière anonyme. Cet exercice permettra une autoévaluation continue de la pratique et, conséquemment, l'obtention de crédits de la section 3 du programme de Maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

Même si nous sommes maintenant plus optimistes qu'en 2014, nous demeurons conscients qu'apporter des changements à la pratique est sans doute l'un des défis institutionnels les plus importants. Nous présumons que l'utilisation de ressources électroniques abordables qui favorisent une constante rétroaction éducative pourrait s'avérer une stratégie pragmatique pour la promotion de changements dans les habitudes de la pratique médicale.

Ariel Masetto, M.D.  
Au nom du Département de rhumatologie de  
l'Université de Sherbrooke



temps et les ressources que le personnel médical doit refuser à d'autres patients qui en auraient davantage besoin et les délais dans le système dus à une utilisation inutile ou abusive des ressources. À plus grande échelle, le gaspillage dans le système de la santé a une incidence sur d'autres secteurs du budget provincial, comme l'éducation. Enfin, les coûts ultérieurs pour les patients qui subissent des tests inutiles comprennent les rendez-vous de suivi, les procédures additionnelles, les effets secondaires à long terme, les infections nosocomiales et la résistance antimicrobienne.

Fondamentalement, la campagne espère encourager les praticiens à reconnaître qu'en médecine, plus de soins ne représentent pas toujours la meilleure option.

La SCR souhaite remercier le Dr Jason Kur, le Dr Robert Ferrari, la Dre Jodie Reis, le Dr Cory Baillie, le Dr Michel Zimmer, la Dre Sylvie Ouellette, la Dre Trudy Taylor et le Dr Majed Khraishi qui nous ont aidés à établir les coûts des tests. Le comité de la campagne **Choisir avec soin** aimerait également féliciter la Dre Linda Brown qui, par ses estimations se rapprochant le plus des coûts réels, a gagné sa participation à la prochaine ASA de la SCR. Malheureusement, les coûts de certaines provinces n'étaient pas disponibles. Si vous souhaitez nous fournir les coûts de ces tests dans votre province, veuillez communiquer avec nous par l'entremise de l'adresse courriel [claire@rheum.ca](mailto:claire@rheum.ca).

#### Références :

1. Statistiques de l'Alberta basées sur des données de laboratoire provinciales non publiées, 2013.
2. Statistiques de l'Ontario basées sur les codes du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO) pour le test HLA-B27. Données fournies par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), 9 mars 2015.
3. Recommandations Choisir avec soin de la SCR. Accessible à l'adresse : [www.rheum.ca/fr/the\\_cra/choosing\\_wisely\\_canada1](http://www.rheum.ca/fr/the_cra/choosing_wisely_canada1).

Victoria YY Xu, B.H.Sc, M.D.  
Résidente, Département de médecine,  
Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

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

### AVEZ-VOUS CHOISI AVEC SOIN?

Avez-vous choisi avec soin? Avez-vous développé une initiative novatrice pour la mise en œuvre d'une ou l'autre des recommandations **Choisir avec soin** de la SCR?

Partagez-les avec nous! Envoyez l'information à [claire@rheum.ca](mailto:claire@rheum.ca) et vous pourriez être en vedette dans un prochain article du JSCR.

## Des nouvelles de la SURC

Par la délégation exécutive de la SURC en Norvège

Salutations, membres de la SCR! Nous avons eu un début d'année 2016 fort occupé avec le lancement de notre nouveau site Web de formation en ligne, la restructuration exécutive de la Société pour l'ultrasonographie en rhumatologie au Canada (SURC), la progression de notre demande pour un *Diplôme de domaines de compétence ciblée* (DCC) en matière d'ultrasonographie ciblée pour la rhumatologie et notre toute première délégation canadienne à la réunion internationale sur l'ultrasonographie dans la vascularite à Kristiansand, en Norvège.

### Nouveau site Web de formation en ligne

Nous sommes heureux d'annoncer une valeur ajoutée pour les membres de la SURC. Un nouveau site Web de formation réservé exclusivement aux membres est accessible au [www.cruslearn.crus-surc.ca](http://www.cruslearn.crus-surc.ca). Vous y trouverez des cas instructifs portant sur différentes pathologies de même que des articles intéressants et des vidéos de nos formations antérieures. Les questions à propos de l'accès, du contenu du site et des cas peuvent être adressées à [info@ecrus.ca](mailto:info@ecrus.ca).

### Nouveau conseil d'administration de la SURC

Nous sommes très heureux d'accueillir le nouveau président de la SURC, le Dr Michael Stein de Montréal, qui apporte avec lui l'expérience unique du Québec! Le Dr Stein participe à la recherche en matière d'ultrasonographie musculosquelettique dans le cadre de l'étude ECHO (*Prospective Observational Study to Evaluate the Use of MSK US to Improve Rheumatoid Arthritis Management: Canadian Experience*). Le Dr Johannes Roth a quitté son poste de président et nous le remercions pour sa contribution à la SURC. Nous avons également ajouté deux nouveaux postes relatifs à la formation : la Dre Susan Barr de Calgary supervisera la formation et la Dre Maria Bagovich de Toronto veillera à la formation en ligne. Le Dr Chris Penney, le Dr Abe Chaiton, la Dre Diane Wilson et la Dre Lihi Eder conservent leurs postes de vice-président, trésorier, secrétaire et directrice de la recherche, respectivement.

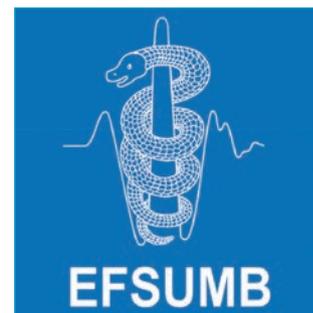
### Mise à jour sur l'ultrasonographie ciblée

Nous tenons à féliciter le Dr Chaiton pour sa quête constante (parmi tant d'autres) d'une

reconnaissance par le Collège royal d'un diplôme de DCC en ultrasonographie ciblée pour la rhumatologie. Nous sommes heureux de vous annoncer que depuis le 16 mars 2016 le comité de spécialité en radiologie diagnostique du Collège royal « appuie, en principe, la demande pour un programme de DCC en ultrasonographie ciblée pour la rhumatologie » avec comme recommandations spécifiques de se réunir à nouveau à l'automne 2016. Demeurez à l'affût!

### Délégation canadienne à la réunion internationale sur l'ultrasonographie dans la vascularite : Kristiansand (Norvège)

Cette année, pour la première fois, le Canada a été présent d'une manière significative au 4<sup>e</sup> séminaire international sur



Délégation canadienne de la SURC en Norvège, de gauche à droite : Dre Barr, Dre Wilson, Dre Bagovich, Dr Chaiton, Dre Maggie Larché et Dre Aurore Fifi-Mah.

l'ultrasonographie dans la vascularite des vaisseaux de gros calibre et la pseudo-polyarthrite rhizomélitique, qui s'est tenu du 8 au 10 avril 2016 à Kristiansand, en Norvège. Six des dix-neuf participants provenaient du Canada; le ratio enseignant-élève était de un pour cinq. Le cours a porté principalement sur les compétences en ultrasonographie vasculaire pour les images d'artères temporales, en plus des vaisseaux de gros calibre (axillaire, carotide), à la recherche de signes propres à la vascularite des vaisseaux de gros calibre. Même si ce n'était pas le point de mire, le cours s'est penché brièvement sur l'imagerie dans la pseudopolyarthrite rhizomélitique. Les nouveaux renseignements mis en lumière portaient sur l'utilité de l'examen par balayage des vaisseaux de gros calibre, comme l'artère axillaire, afin d'aider à diagnostiquer la vascularite des vaisseaux de gros calibre et les rechutes. Notre impression a été qu'il y a eu, et qu'il continuera à y avoir, une tendance vers le diagnostic de la vascularite basée sur les niveaux de gris utilisant l'épaississement de la paroi intima ainsi que le halo avec l'avènement de machines plus puissantes avec des sondes à fréquence plus élevée (ex. : 22 MHz plutôt que 18 MHz). Nous avons pu voir des patients récemment diagnostiqués et des patients chroniques atteints d'arthrite à cellules géantes et nous avons vu le halo de nos propres yeux; c'était très excitant! Par ailleurs, l'hôtel Scandic Bystranda était extraordinaire; l'eau bleue fournissait un très beau décor à un cours déjà phénoménal. Le Dr Andreas Diamantopoulos était en visite au Canada pour un cours intermédiaire la fin de semaine du 13 mai 2016. Un grand merci au Dr Penney pour tous ses efforts afin de permettre la réalisation de ce rêve.

*Délégation exécutive de la SURC en Norvège :*

*Maria Bagovich, M.D., FRCPC, RhMSUS;*

*Susan G. Barr, M.D., M.Sc., FRCPC;*

*Abraham Chaiton, M.D., M.Sc., FRCPC, RhMSUS;*

*Aurore Fiji-Mah, M.D., FRCPC;*

*Maggie Larché, MBChB, MRCP(R.-U.), Ph.D.; et*

*Diane Wilson, M.D., FRCPC*



## INTERVENTIONS GUIDÉES PAR ULTRASONOGRAPHIE AVEC FORMATION PRATIQUE SUR DES CADAVRES POUR LES RHUMATOLOGUES

**DATES :** Cours post-SCR  
11 et 12 février 2017

**LIEU :** Centre de compétences et de  
simulation de l'Université d'Ottawa

[www.uossc.ca](http://www.uossc.ca)



### DESCRIPTION :

Formation conçue pour améliorer les compétences requises pour les interventions guidées par ultrasonographie musculosquelettique et la précision du diagnostic et du traitement. Avec un accent sur la sonographie anatomie pertinente, les participants bénéficieront d'une expérience pratique supervisée du balayage des structures des membres supérieurs et inférieurs avec des cadavres humains embaumés. Le faible ratio enseignant-élève assure une attention individuelle à chacun pour favoriser l'acquisition de compétences avancées.

Préalable : une formation de base en ultrasonographie musculosquelettique est recommandée.

**CORPS ENSEIGNANT :** De remarquables praticiens et enseignants chevronnés en matière d'ultrasonographie musculosquelettique.



**Johan Michaud**

M.D. FRCPC  
– Montréal

Professeur adjoint de psychiatrie et consultant en ultrasonographie musculosquelettique à l'Hôpital Notre-Dame, CHUM, Univ. de Montréal et à l'Institut de psychiatrie du Québec, Montréal (Québec)



**Alessandra Bruns**

M.D., M.Sc., FRCPC, RhMSUS  
– Sherbrooke

Professeure titulaire de rhumatologie et directrice de la Clinique d'ultrasonographie musculosquelettique à l'Hôpital Hôtel-Dieu, CHUS, Univ. de Sherbrooke (Québec)  
Consultante en ultrasonographie musculosquelettique à l'Hôpital de Montréal pour enfants, Univ. McGill, Montréal (Québec)



**Gurjit S Kealey**

MBBS, MRCP RhMSUS  
– Jacksonville

Professeur de médecine, Chef de la division de rhumatologie, Directeur de l'ultrasonographie musculosquelettique, Univ. de la Floride, Collège de médecine, Jacksonville, FL.

### DIRECTEURS DE COURS :

**Abraham Chaiton**

M.D., M.Sc., FRCPC, RhMSUS  
– Toronto

Professeur adjoint de médecine, Univ. de Toronto  
Rhumatologue – Hôpitaux de Sunnybrook et Humber River

**Johannes Roth**

M.D., Ph.D., FRCPC, RhMSUS  
– Ottawa

Professeur de pédiatrie, Univ. d'Ottawa  
Chef de la division de rhumatologie pédiatrique, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario

**FRAIS D'INSCRIPTION :** 1 400 \$ CA – Inscription à l'avance  
1 200 \$ pour les membres de la SURC 1 000 \$ pour les étudiants

**Il est recommandé de s'inscrire à l'avance :** [www.crus-surc.ca/fr/courses/](http://www.crus-surc.ca/fr/courses/)

### CRÉDITS DE FORMATION :

Admissible pour 3 heures de crédit en vertu de la section 1 du MDC du Collège royal et 11 heures de crédit en vertu de la section 3. Tous les crédits peuvent être convertis en crédits PRA de catégorie 1 de l'AMA.

## Journée de formation professionnelle sur le syndrome de Sjögren

Par Arthur A.M. Bookman, M.D., FRCPC

Le 29 avril dernier, une journée de formation professionnelle sur le syndrome de Sjögren s'est tenue à l'Hôtel et Centre de congrès Hilton Meadowvale, à Mississauga.

La Dre Rookaya Mather, une ophtalmologiste de l'Université Western, a abordé la question du diagnostic et de la prise en charge de la xérophtalmie. La Dre Mather a expliqué que le traitement vise à maintenir l'intégrité du film lacrymal et de la surface oculaire par le remplacement des larmes, améliorant la rétention des larmes et optimisant la fonction des glandes de Meibomius. Elle s'est penchée sur quatre niveaux de dysfonction lacrymale, allant de légers à graves, en donnant des stratégies pour chacun. Elle a mentionné l'avènement de Lifitegrast, un nouvel agent potentiel qui préviendrait l'activation des lymphocytes T sur la surface oculaire et s'est également arrêtée sur l'amélioration des larmes artificielles avec l'introduction des préparations à base d'acide hyaluronique.

Le Dr Robert Fox, du Scripps Memorial Hospital de La Jolla, Californie, était au nombre des conférenciers. Il a adopté une approche de survol des directions futures pour les études et la prise en charge du syndrome de Sjögren. Il a notamment souligné que le spectre de la maladie pourrait ne pas être pleinement compris puisque de nombreux patients plus âgés atteints de lupus érythémateux disséminé pourraient en fait être atteints du syndrome de Sjögren. Il a parlé du fait que de nombreuses études cliniques sont en cours, mais qu'elles ne se penchent pas sur les caractéristiques de détresse clés associées au syndrome de Sjögren, soit la sécheresse, la douleur et la fatigue. Il était d'avis que l'activation de l'interféron pourrait sous-tendre la fatigue et a également fait valoir qu'alors que le LED est principalement un trouble de « complexe immun », le syndrome de Sjögren est principalement un trouble de « lymphocytes agressifs ». Il a démontré comment des fragments de débris cellulaires pouvaient imiter l'ARN viral et se lier à l'antigène Ro pour induire des anticorps anti-Ro.

La Dre Leslie Laing, de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto, a parlé des principaux problèmes sur le plan de la détérioration dentaire associée au syndrome de Sjögren. Elle a mentionné comment, même si le taux de survie des implants pouvait être aussi élevé que 97 % chez les patients atteints du syndrome de Sjögren, environ 14 % signalaient des résultats insatisfaisants. Les principales préoccupations



touchaient la résorption osseuse et gingivale autour de l'implant.

Lors de ma propre présentation, je me suis penché sur les résultats controversés des essais cliniques à ce jour et sur le développement de l'indice d'activité du syndrome de Sjögren ESSDAI (*EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index*) et de l'indice du syndrome de Sjögren autodéclaré par le patient ESSPRI (*EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index*) pour évaluer l'activité extra-glandulaire de la maladie. De nouvelles études cliniques en cours ont été décrites, de même que leurs cibles cliniques.

Le Dr Julius Birnbaum, conférencier de l'Hôpital Johns Hopkins à Baltimore, est le seul interniste, neurologue et rhumatologue certifié aux États-Unis. Il a abordé le sujet des manifestations neurologiques associées au syndrome de Sjögren, son domaine de prédilection et de recherche. Plus intéressant encore, il a décrit la pathologie et les manifestations cliniques de la neuropathie des petites fibres. Les illustrations pathologiques étaient plutôt convaincantes, mais plus important encore, il a décrit deux sous-types : 1) dépendant de la longueur, avec douleur périphérique et perte sensorielle; et 2) non dépendant de la longueur, qui est une « ganglionopathie » touchant les ganglions rachidiens. La meilleure approche diagnostique est par le biais d'une biopsie cutanée et la prévalence est d'environ 9,7 %. La maladie de Devic en tant que cause de la démyélinisation de la moelle épinière associée au syndrome de Sjögren a également fait l'objet de discussions.

Enfin, la Dre Christina McCord, une pathologiste buccale de l'Université Western, a passé en revue la pathologie muqueuse observée avec le syndrome de Sjögren, y compris les nombreuses formes de candidose. Elle a parlé des raisons de l'enflure des glandes salivaires et des stratégies de prise en charge. Elle a fait un survol des problèmes associés aux prothèses dentaires et du traumatisme qu'elles causent. Les modalités topiques pour la prise en charge ont été revues.

(suite au bas de la page 27)

---

# Hackathon Hamilton

Par Manisha Mulgund, M.D., FRCPC

L'événement commandité *Hacking Health Hamilton* s'est déroulé la dernière fin de semaine de février 2016 au McMaster Innovation Park. Ce hackathon visait à rassembler les créateurs de technologie, les promoteurs d'entreprises, les ressources établies dans les hôpitaux et les professionnels de la santé afin d'élaborer des solutions novatrices, centrées sur l'humain, aux problèmes entourant le système des soins de santé dans notre société. Ce fut effectivement très interactif en commençant, le vendredi soir, par des présentations d'une minute données par les participants, pendant lesquelles chacun exposait ses idées. Puis, chacun était encouragé à se joindre à un projet qui l'intéressait pendant les deux jours suivants et à y ajouter ses idées afin d'en arriver à une présentation de trois minutes (présentée le dimanche) dans l'espoir d'obtenir du financement ou du soutien pour mener le projet plus loin. Tout au long de la fin de semaine, nous avons accès à des mentors et l'occasion de rencontrer d'autres personnes ayant des idées novatrices.

Mon idée de projet était d'améliorer l'engagement et l'éducation des patients par le biais d'une application mobile. Un autre étudiant s'est joint à moi pour donner vie à l'application lors de la présentation. L'application se nommait « Rheumbuddy » et était destinée aux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR); elle leur donnait accès à des renseignements à propos des causes, des symptômes, de la prise en charge et des options thérapeutiques pour la PR. L'application contiendrait des vidéos d'exercices, des témoignages de patients et des vidéos éducatives favorisant une expérience interactive. Ce fut assurément très valorisant de concevoir l'idée et de la voir partiellement réalisée. Évidemment, mener ces projets à terme est une autre paire de manches.



Parmi les idées qui ont obtenu financement et soutien entrepreneurial, notons celle visant à remplacer les téléavertisseurs des médecins dans les hôpitaux par une application qui leur permettrait d'approuver des documents et d'être plus efficaces et faciles à joindre; celle portant sur des études axées sur les patients évaluant le succès des applications utilisées pour perdre du poids, cesser de fumer et cesser de boire de l'alcool afin que les professionnels de la santé puissent aider leurs patients à choisir les bonnes applications; et

celle voulant simplifier la technologie pour que les résidents de maison de retraite ou de foyers de soins puissent regarder des vidéos et des photos de leurs proches sur leur écran de télévision en appuyant sur un seul bouton. Des étudiants du secondaire de Hamilton ont gagné le prix Choix du public grâce à leur projet d'application de rappel de prise de la médication, destinée aux patients, à laquelle un autre utilisateur pourrait se connecter (ex. : un membre de la famille du patient) afin de s'assurer que la médication aurait bel et bien été prise, le tout dans le but d'améliorer l'observance thérapeutique.

Dans l'ensemble, le hackathon *Hacking Health Hamilton* a été une fin de semaine amusante et engageante avec de nombreuses idées intéressantes qui aideront effectivement à résoudre certains problèmes dans le système de santé. Je soulignerais toutefois qu'il devra y avoir une bonne transparence à l'égard de la propriété des droits intellectuels dans l'éventualité de la réalisation de ces idées. Je suis certaine qu'avec le succès croissant de telles rencontres, les organisateurs veilleront à établir des règles de base à ce sujet.

*Manisha Mulgund, M.D., FRCPC*

*Rhumatologue en milieu communautaire, Hamilton (Ontario)*

---

## Journée de formation professionnelle sur le syndrome de Sjögren (suite de la page 26)

La Dre McCord s'est également penchée sur les indications et la méthodologie pour une biopsie des glandes salivaires mineures.

Cette journée de formation professionnelle a attiré plus de 90 participants et les rétroactions indiquaient que l'information fournie était remarquable. Les organisateurs (la division de rhumatologie du Toronto Western Hospital et la Société de Sjögren du Canada) ont été submergés de demandes pour une reprise de cette formation, et des dis-

cussions sont en cours pour la tenue d'un autre événement de formation médicale continue dans l'Ouest canadien.

*Arthur A.M. Bookman, M.D., FRCPC*

*Coordonnateur, Multidisciplinary Sjogren's Clinic,*

*Réseau universitaire de santé*

*Professeur agrégé de médecine,*

*Université de Toronto*

*Toronto (Ontario)*

## Dilemme en rhumato – Nouvelles séances bientôt

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

La SCR a récemment lancé « Dilemme en rhumato » (*The Dilemma Rheum*), une série de téléconférences didactiques conçue pour les rhumatologues récemment certifiés et les stagiaires. Chaque séance présente un expert dans un domaine particulier parlant des cas soumis par les participants et répondant aux questions de ces derniers. Ces séances ont été bien accueillies lors du lancement du programme au printemps dernier, et elles se poursuivront cet automne avec de nouveaux sujets.

Voici quelques-uns des commentaires reçus de la part des participants :

« J'ai adoré avoir la possibilité d'échanger sur des cas complexes avec de nombreuses personnes extérieures à mon centre! »

« C'était une expérience exceptionnelle! À titre de nouveau médecin communautaire, j'ai trouvé qu'il s'agissait d'une façon utile de discuter de cas difficiles avec des pairs et des mentors. »

« La série Dilemme en rhumato est un outil unique qui repousse les frontières et permet de réunir des rhumatologues de partout au Canada dans le cadre de discussions interactives et agréables avec des spécialistes et des collègues. Je ne manquerais pas une séance. »

Pour de plus amples renseignements ou pour vous inscrire, visitez le site suivant :

[https://rheum.ca/fr/events/upcoming\\_events/dilemma\\_rheum\\_series](https://rheum.ca/fr/events/upcoming_events/dilemma_rheum_series)

### Prochaines séances :

SpA difficile/séronégative

21 septembre 2016

Dilemmes autour de cas

5 octobre 2016

Maladie complexe des tissus conjonctifs

23 novembre 2016

## NOUVELLES RÉGIONALES



Source : V. Bakowsky

Tout sourire : le Dr Peter Docherty à gauche et le Dr Jamie Henderson à droite.



« Il y a des choses qui devraient rester comme elles sont. Faudrait pouvoir les planquer dans une de ces grandes vitrines et plus y toucher. »

— J.D. Salinger, *L'Attrape-cœurs*

### Des nouvelles du côté de la Dre Sylvie Ouellette au Nouveau-Brunswick

Ni la nature ni la rhumatologie ne sont à l'abri du changement. Cette année a été marquée par la survenue d'événements changeant irrévocablement les majestueux rochers Hopewell Rocks. Ne voulant pas s'en laisser montrer par de simples rochers, le Dr Jamie Henderson a annoncé son départ à la retraite, juste à temps pour assumer ses devoirs de grand-père, et le Dr Peter Docherty a commencé sa semi-retraite en quête d'un « style de vie plus sain ». Certes, leur expertise et leur sagesse nous manqueront, mais nous leur souhaitons une longue retraite en pleine santé! Notre seul réconfort est de savoir que nous aurons le plaisir d'accueillir la Dre Noémie Gionet-Landry à l'Hôpital de Moncton en novembre 2016.

# Hommage à Syd Jackson – Un véritable défenseur de l'arthrite

Par Denis Morrice, directeur général de l'Ontario Rheumatology Association et Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP

Syd Jackson, fervent défenseur de la recherche sur l'arthrite, jouait un rôle actif au sein de la Société de l'arthrite depuis 25 ans comme membre du conseil et président de nombreux comités et projets spéciaux. Il est décédé récemment à l'âge de 93 ans. Son épouse, Nancy, est décédée il y a quelques années de complications liées à la polyarthrite rhumatoïde.

Syd se montrait toujours préoccupé par l'insuffisance du financement de la recherche sur l'arthrite. Il savait disséquer les chiffres comme nul autre, en particulier les budgets, les allocations de recherche et les données démographiques, grâce à ses années d'enseignement en actuariat et à l'expérience qu'il avait acquise à titre de plus jeune président de Manuvie, entreprise dont les actifs sont passés pendant son mandat de 2,3 à 16,5 milliards de dollars.

Il a ardemment défendu le concept d'unité des maladies rhumatismales et le soutien de la Société de l'arthrite aux boursiers en clinique et aux boursiers en recherche. Il a souvent fait observer que le vieillissement de la population entraînerait une pénurie de rhumatologues, d'où son soutien au financement des boursiers en clinique. Bien qu'établi à Toronto, il avait une vision nationale, et il s'est assuré de rendre ces deux importants programmes accessibles à toutes les écoles de médecine du Canada.

Syd possédait une solide connaissance du financement de la recherche et il a agi comme administrateur de l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA). Il comprenait aussi très bien la politique et l'importance de la collaboration entre intervenants. Il a apporté son soutien au conseil de la Société de l'arthrite pour l'initiative Arthrite 2000 – réunissant 250 intervenants dans le but de planifier des initiatives en matière de recherche sur l'arthrite et de soins aux patients. Lorsque les Réseaux de centres d'excellence (RCE) ont été mis sur pied, Syd a fait de nombreux appels aux députés et nous avons rencontré divers membres du Cabinet, nous assurant que les intérêts des patients et des chercheurs étaient toujours pris en compte. Ce fut un travail énorme auquel étaient aussi associées d'autres personnes, notamment Tony Cruz et ses collègues chercheurs, de même que Jim Davies et Ann Qualman, représentant l'Alliance canadienne des arthritiques (ACA). Grâce à tous ces



1922 - 2016

efforts, le Réseau canadien de l'arthrite (RCA) a été le premier RCE axé sur une maladie au Canada, et il a permis de récolter pendant 14 ans plusieurs millions de dollars pour la recherche sur l'arthrite.

Puis sont venus les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Syd a toujours été déconcerté du fait qu'on ne trouve ne serait-ce qu'un comité consacré à l'arthrite au sein du Conseil de recherches médicales (CRM), aujourd'hui les IRSC. Lorsqu'il a su que le CRM envisageait un changement organisationnel, Syd a immédiatement orchestré une rencontre avec le président, le Dr Henry Friesen, et nous avons mis en place une stratégie visant

à améliorer les programmes de recherche sur l'arthrite. Syd a fait remarquer que nous avons besoin de plus larges appuis en matière de recherche. Au cours de discussions avec le regretté Dr Cy Frank, nous avons réuni des chercheurs des domaines de la rhumatologie, de l'orthopédie, de la dermatologie et de la dentisterie pour créer un groupe de recherche axé sur la collaboration et l'interdisciplinarité. S'en est suivie une nouvelle ronde de rencontres avec les ministres à Ottawa. Ces efforts ont abouti à la création de l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IALA) des IRSC, lequel élargissait les possibilités pour les chercheurs du domaine de l'arthrite.

Certains conserveront l'image d'un leader et d'un agent de changement, mais tous se souviendront de Syd comme un ami et un mentor au sourire contagieux qui avait souvent une étincelle dans les yeux, ce qui signifiait généralement qu'il avait en tête une idée ou une stratégie pour faire progresser la « cause ».

Les changements n'arrivent pas par hasard – ils surviennent grâce aux efforts de personnes comme Syd.

*Denis Morrice*

*Directeur général, Ontario Rheumatology Association  
Ancien PDG, Société de l'arthrite, Toronto (Ontario)*

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

*Directeur médical, The Arthritis Program*

*Chef de la Division de rhumatologie,*

*Centre régional de santé Southlake, Newmarket (Ontario)*



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



La simplicité d'un schéma posologique biquotidien par voie orale

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

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

## Mises en garde et précautions les plus importantes :

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

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

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

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

## Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Risque de perforation du tube digestif. Utiliser avec prudence chez les patients qui peuvent être exposés à un risque accru de perforation du tube digestif.
- Risque de réactivation virale, comme la réactivation du virus responsable du zona.
- Risque de cancer, de trouble lymphoprolifératif et de cancer de la peau non mélanique.
- Risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques.
- Il faut éviter d'utiliser XELJANZ chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave ou chez les patients porteurs du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.
- Utiliser avec prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque.
- XELJANZ peut accroître le risque d'immunosuppression. L'administration concomitante avec des immunosuppresseurs puissants n'est pas recommandée.
- L'administration d'un vaccin vivant pendant le traitement par XELJANZ n'est pas recommandée.
- Administrer avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance rénale (c.-à-d., ClCr < 40 mL/min).
- XELJANZ ne doit pas être utilisé pendant la grossesse.

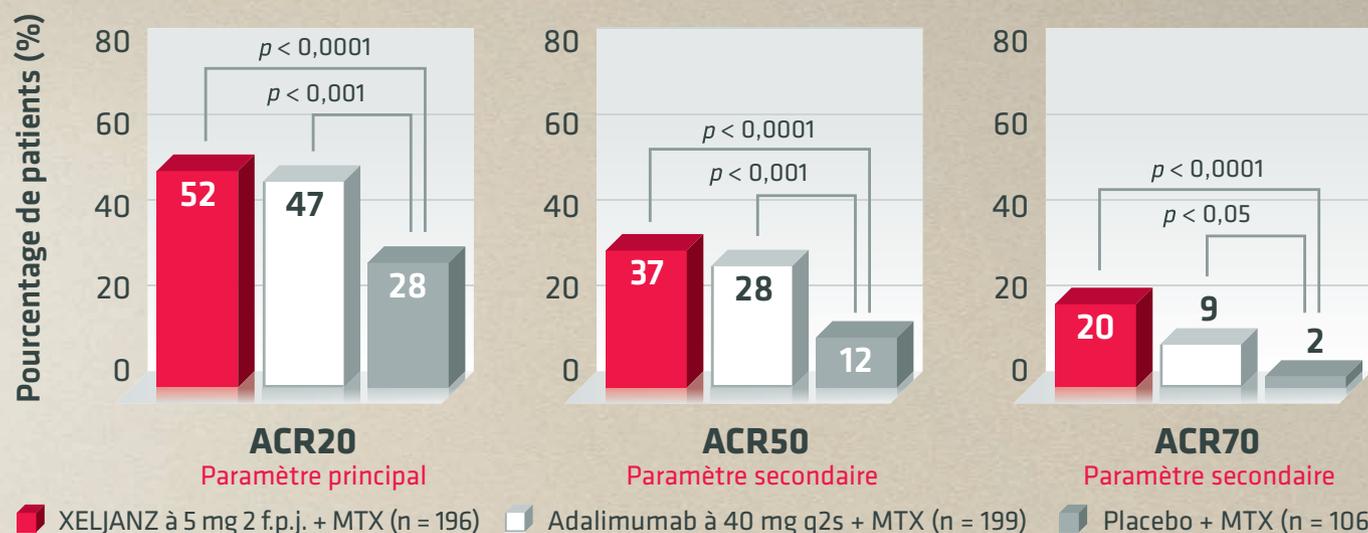


## Puissante efficacité démontrée lorsque la réponse au méthotrexate était insatisfaisante

Atténuation significative des symptômes démontrée chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX après 6 mois, comparativement au groupe placebo + MTX<sup>1\*</sup>.

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

### Taux de réponse ACR après 6 mois



Une amélioration significative de la fonction physique a été obtenue après 3 mois chez les patients du groupe MTX-RI traités par XELJANZ + MTX, comparativement au groupe placebo + MTX<sup>1\*</sup>.

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

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

- Les femmes ne doivent pas allaiter pendant un traitement par XELJANZ.
- L'innocuité et l'efficacité de XELJANZ n'ont pas été établies chez les enfants.
- Il faut administrer ce médicament avec prudence aux personnes âgées 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 :

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse [http://www.pfizer.ca/fr/our\\_products/products/monograph/342](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.



La Société de l'arthrite a attribué à XELJANZ une mention pour la facilité d'emploi du capuchon de son flacon<sup>2†</sup>.



Un programme de soutien complet qui aide vos patients à prendre en charge leur traitement par XELJANZ

Pour obtenir plus d'information, composez le 1-855-XEL-EXEL (1-855-935-3935)

Références : 1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ, 16 avril 2014. 2. La Société de l'arthrite. Bulletin Impact (juin 2014) – La facilité d'emploi. En ligne au : <http://www.arthrite.ca/page.aspx?pid=7660>. Consulté le 22 juillet 2014.

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

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

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

Pr **XELJANZ**<sup>MC</sup>  
[citrate de tofacitinib]

# Il n'y a QU'UN SEUL REMICADE®

SI VOUS VOULEZ  
QUE VOS PATIENTS  
REÇOIVENT REMICADE®,

— écrivez —

**Remicade®**  
ne pas  
substituer



Plus de **2** millions  
de patients  
traités  
dans le monde pour toutes  
les indications confondues

## REMICADE® :

- Un médicament biologique indiqué dans :  
PR, SA, RP, PsO, MC chez l'adulte, MC chez l'enfant,  
MC avec fistulisation, CU chez l'adulte et CU chez l'enfant<sup>1</sup>
- Plus de **20 ans d'expérience clinique dans le monde**<sup>1</sup>
- Un élément du **programme BioAdvance® de Janssen**

REMICADE® est indiqué :

- En association avec le méthotrexate, pour la réduction des signes et des symptômes, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) modérément à sévèrement active.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, et pour l'amélioration de la capacité fonctionnelle des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) active qui présentent une intolérance ou qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standards.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et de la cicatrisation de la muqueuse, et la réduction du recours à un traitement par corticostéroïdes chez les adultes atteints de maladie de Crohn (MC) modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement par corticostéroïdes et/ou aminosalicyles. REMICADE® peut être administré seul ou en association avec un traitement standard.
- REMICADE® est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes, ainsi que pour l'induction et le maintien de la rémission clinique chez les patients pédiatriques atteints de maladie de Crohn modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. corticostéroïdes et/ou aminosalicyles et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les patients de moins de 9 ans.
- Pour le traitement de la MC avec fistulisation, chez les adultes qui n'ont pas répondu à un traitement standard complet et approprié.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et de la cicatrisation de la muqueuse, et la réduction ou l'abandon du recours à un traitement par corticostéroïdes chez les adultes atteints de colite ulcéreuse (CU) modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicyles et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs).
- REMICADE® est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction et le maintien de la rémission clinique et l'induction de la cicatrisation de la muqueuse, chez les patients pédiatriques atteints de colite ulcéreuse modérément à sévèrement active qui ont présenté une réponse insuffisante à un traitement standard (c.-à-d. aminosalicyles et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs). L'innocuité et l'efficacité de REMICADE® n'ont pas été établies chez les enfants de moins de 6 ans.
- Pour la réduction des signes et des symptômes, l'induction d'une importante réponse clinique, l'inhibition de la progression de l'atteinte structurale associée à l'arthrite active et l'amélioration de la capacité fonctionnelle chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique (RP).
- Pour le traitement des adultes qui sont atteints de psoriasis en plaques (PsO) chronique de sévérité modérée à élevée et candidats à un traitement systémique. Chez les patients atteints de PsO chronique de sévérité modérée, REMICADE® ne doit être administré que lorsque la photothérapie s'est révélée inefficace ou inappropriée; pour évaluer la gravité du psoriasis, le médecin doit prendre en compte l'étendue et le siège des lésions, la réponse aux traitements antérieurs et l'incidence de la maladie sur la qualité de vie du patient.

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.com/canada/fr/products#prod-451> pour obtenir des renseignements importants concernant les conditions d'usage clinique, les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-567-3331.

Références : 1. Données internes, Janssen Inc.  
2. Monographie de REMICADE®, Janssen Inc., 26 avril 2016.

## Janssen Inc.

Marques de commerce  
utilisées sous licence.  
© 2016 Janssen Inc.  
19 Green Belt Drive  
Toronto (Ontario) M3C 1L9  
[www.janssen.com/canada/fr](http://www.janssen.com/canada/fr)  
SBBR160202F



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

