

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie

En vedette : la rhumatologie ici et ailleurs

Éditorial

Mentorat de rhumatologues milléniaux

Que fait la SCR pour vous?

Visitez le nouveau site Web amélioré de la SCR!

Des nouvelles de l'ICORA

Remise de bourses 2018 de l'ICORA

Nouvelles régionales

Des nouvelles du Manitoba

Consultation de couloir

Événements indésirables rhumatismaux liés au système immunitaire associés aux IPCI pour le cancer

Hommage boréal

Développer la rhumatologie en Afrique de l'Est

France-Canada : la rhumatologie d'un bord à l'autre de l'océan Atlantique

La rhumatologie en Irlande

Des rhumatologues britannico-colombiens en Chine

Mon parcours vers le bonheur en tant que rhumatologue à Saskatoon

Collège des médecins Khyber de Peshawar, au Pakistan : un projet de collaboration avec la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie

Mon expérience de la rhumatologie en Afrique du Sud et au Canada

Jeter des ponts : de la rhumatologie au Canada jusqu'en Jamaïque

Pratique en rhumatologie des deux côtés de l'océan

Articulons nos pensées

Résultats du sondage de la SCR : Choisir avec soin

Arthroscopie

Sommaire : recommandations de la SCR pour l'évaluation et le suivi du LED

Congrès annuel 2018 de la British Society for Rheumatology

Conférence 2018 de la Caribbean Association for Rheumatology

Campagne *Choisir avec soin* : Vérification clinique des profils de demandes de tests de détection des AAN pour les patients orientés en rhumatologie communautaire

Une nouvelle ressource de la Société de l'arthrite aide les patients à se prendre en main pour la défense de leurs droits



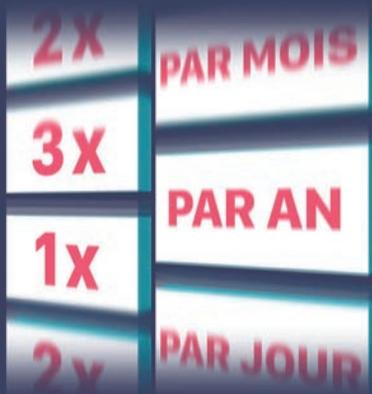
LE SAVIEZ-VOUS?



L'observance thérapeutique à long terme chez les patients atteints de maladies chroniques dans les pays développés est d'environ **50 %**¹.



Pour l'ensemble des maladies, **l'observance thérapeutique** est le facteur modifiable qui **compromet le plus les résultats thérapeutiques**.



Lors d'études concernant les interventions sur les traitements, les plus grands obstacles à l'observance étaient la **fréquence des doses** et **l'incidence des effets secondaires**.

QUE POUVEZ-VOUS FAIRE POUR AIDER VOS PATIENTS À OBSERVER LEUR TRAITEMENT?

Référence : 1. Organisation mondiale de la Santé, 2003. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*.

Mentorat de rhumatologues milléniaux

par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« Les personnes de la génération Y ne veulent pas être prises en charge; elles aiment être guidées, conseillées et encadrées. Cette génération est fougueuse et prête à se lancer. Êtes-vous prêts à changer le monde? »

– Farshad Asl, auteur du livre *The “No Excuses” Mindset*

Les personnes de la génération Y, appelées aussi « milléniaux », et la façon de les soutenir sont des sujets de plus en plus répandus dans les nouvelles et publications médicales. De récents articles ont été publiés dans *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*¹ et dans le *Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC)*². Ils portent sur les différents styles d'apprentissage et de communication des personnes de la génération Y, sur le fait qu'elles ne sont pas réellement accros aux tartines à l'avocat (j'ai remarqué que ce plat faisait partie du menu d'un traiteur lors de l'Assemblée scientifique annuelle [ASA] 2018 de la SCR à Vancouver) et qu'elles sont souvent incomprises par les générations précédentes. L'exemple du résident en chirurgie de la génération Y, jugé par erreur comme ayant joué à un jeu vidéo sur son téléphone alors qu'il se préparait pour une intervention chirurgicale en visionnant en fait une vidéo sur l'intervention chirurgicale prévue, illustre bien le problème.

En tant que baby-boomer ayant la chance de côtoyer mes deux jumeaux de la génération Y et leurs partenaires, j'ai personnellement de l'expérience dans cette situation. Les téléphones sont omniprésents, même s'ils sont rarement utilisés pour des appels. Les messages textes, la messagerie instantanée et les médias sociaux favorisent nos relations. Il est de rigueur d'échanger des liens portant sur des points d'intérêt communs, comme les équipes sportives de Toronto, les absurdités juridiques, les escroqueries en matière d'assurance-automobile, le trafic de billets et les médecins dans le pétrin ou au cœur de controverses en matière d'éducation sexuelle en Ontario. Je dois seulement adopter davantage les balado-diffusions et remplacer mon BlackBerry par un iPhone pour m'harmoniser véritablement avec ma famille de la génération Y en pleine expansion.

Au travail, je me sers de ce que j'apprends à la maison pour personnaliser mes interactions avec les patients. Maintenant, les personnes avec qui la communication est la plus facile sont celles de la génération Y et leurs parents, étant donné que nous partageons les mêmes préoccupations. Il y a dix ans, je partageais davantage d'expériences avec les jeunes diplômés du secondaire (qu'on voit rarement dans un cabinet de rhumatologie pour adultes) et leurs parents. Il y a 25 ans, il

s'agissait des parents de jeunes enfants. À une époque caractérisée par un roulement élevé de patients, du temps limité et une résistance permanente appropriée envers la médecine de chaîne de montage dépersonnalisée, les expériences et les intérêts communs sont essentiels pour établir un lien avec les patients stressés qui se battent contre les maladies chroniques que nous traitons.

J'ai toujours adoré enseigner. Étant donné que les possibilités de soupers-conférences classiques dans le secteur de la formation médicale continue (FMC) s'amenuisent, les possibilités de mentorat auprès de rhumatologues en début de pratique ont explosé. Dans de telles situations, l'apprentissage est véritablement bidirectionnel. J'ai récemment passé une superbe matinée en clinique auprès d'un rhumatologue qui pratique depuis maintenant deux ans dans une clinique privée locale. Il n'avait certainement pas besoin que je lui enseigne la physiopathologie de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Étant donné que nous utilisons le même système de dossiers médicaux électroniques (DME), les éléments les plus utiles que je pouvais lui enseigner étaient des astuces et des trucs que j'ai découverts ou créés pour accélérer la documentation ou la rendre plus exhaustive, ainsi que des formulaires et des modèles que j'ai créés pour gérer les tâches répétitives désagréables (rejet d'une demande de consultation, rejet d'une demande de renouvellement d'ordonnance, demande de renseignements supplémentaires à propos d'une demande de consultation, etc.). Des phrases utiles pour commencer ou conclure des rencontres cliniques et pour gérer les incertitudes liées au diagnostic et au traitement faisaient également partie de mon programme. Dans l'autre sens, j'ai appris les difficultés liées à la pratique moderne en milieu hospitalier, quelques raccourcis Windows et la façon de brancher adéquatement un nouveau clavier d'ordinateur. Du temps bien investi des deux côtés.

Une autre occasion s'est récemment présentée à moi, au cours de laquelle j'ai pu passer une soirée en compagnie d'un groupe de six rhumatologues de la génération Y qui pratiquent depuis un à cinq ans. L'idée de départ était de discuter de cas difficiles, et cela pourrait se reproduire. Pour la première séance, j'ai préparé environ 25 diapositives portant sur des

(suite à la page 5)

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR
Président, Association médicale de l'Ontario (AMO),
Section de rhumatologie
Scarborough (Ontario)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Présidente, SCR
Ex-chef, direction corporative,
Département de rhumatologie
William Osler Health Centre
Brampton (Ontario)

Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP
Vice-présidente, SCR
Vice-doyenne, enseignement
médical prédoctoral
Professeure de médecine,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

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

MEMBRES

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Pour consulter la version
en ligne du JSCR, visitez le
www.craj.ca/index_fr.php

Code d'accès : **craj**

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

ÉQUIPE DE PUBLICATION

Paul F. Brand
Directeur exécutif

Russell Krackovitch
Directeur de la rédaction
Département des projets sur mesure

Jyoti Patel
Rédactrice en chef adjointe

Catherine de Grandmont
Rédactrice-révisseuse principale
(version française)

Donna Graham
Chef de production

Dan Oldfield
Directeur du design

Mélissa Drouin
Services financiers

Robert E. Passaretti
Éditeur

© STA HealthCare Communications inc., 2018. Tous droits réservés. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : septembre 2018.

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

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

(suite de la page 3)

conseils liés à la pratique, la gestion de patients et de situations cliniques difficiles et des stratégies pour rester à l'écart des problèmes par rapport aux collèges de réglementation provinciaux. J'ai également préparé des diapositives sur la stratégie « marathon par rapport à sprint » en matière de longue carrière médicale ainsi que des études de cas sur des sujets inhabituels. Elles comprenaient mes trois rencontres personnelles avec l'organisme de réglementation provinciale, les leçons tirées du fait d'être un expert médical pour l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) ainsi que les mises en garde tirées de l'expérience de trois rhumatologues ontariens qui ont perdu leur permis de pratique au cours de ma carrière, dont un qui est allé en prison. Cependant, nous avons eu une discussion si animée qu'après 90 minutes, nous n'en étions qu'à la cinquième diapositive! Lorsque je fais une présentation, je dis toujours que je ne tiens pas à tout prix à passer à travers toutes les diapositives, mais cette fois, cette séance s'est avérée véritablement naturelle et utile pour nous tous.

J'ai beaucoup d'empathie pour les rhumatologues de la génération Y. En tant que baby-boomer, j'ai profité de frais d'études médicales de 800 \$ par année, je n'avais pas de dettes à la fin de mes études (grâce à mes parents), j'ai également profité d'un bien meilleur ratio entre le nombre de postulants et de postes au sein du *Canadian Resident Matching Service* (CaRMS), de nombreuses possibilités de pratique après le stage ainsi que d'un barème d'honoraires plus convivial, qui s'est effectivement accru au fil du temps, du moins au début. Les maisons coûtaient moins cher, après avoir surmonté le choc de prix lié au déménagement de Montréal à Toronto. Plus tard au cours de ma pratique, j'ai tiré profit d'un programme gouvernemental de subvention aujourd'hui disparu pour l'acquisition et le maintien d'un système de DME.

Si vous êtes dans la même situation que moi, je vous encourage à vous investir dans le mentorat de nos plus jeunes collègues de rhumatologie. La SCR offre de nombreuses possibilités, y compris des bourses d'études d'été et des possibilités de mentorat au sein de l'ASA, à laquelle j'ai participé plu-

sieurs fois et que je recommande vivement. En Ontario, la D^{re} Thanu Ruban est à la tête de l'initiative *Emerging Rheumatologists of Ontario* (ERO) de l'Ontario Rheumatology Association (ORA) visant à établir des liens entre les mentors et les mentorés aux fins d'apprentissage, de possible suppléance et de possibilités de pratique permanente ainsi qu'à créer un manuel de pratique propre à la rhumatologie. Il existe peut-être des initiatives semblables dans d'autres associations régionales de rhumatologie au Canada. Les D^{res} Mary Bell et Gillian Hawker sont d'éminentes rhumatologues canadiennes, qui sont des pionnières et qui ont reçu des prix pour leur travail de mentorat en médecine universitaire. L'initiative *Future Leaders in Rheumatology Training* (FLIRT), menée par la D^{re} Janet Pope, s'inscrit dans ce même ordre d'idées.

Pendant que je rédigeais cet article, l'American College of Rheumatology (ACR) a annoncé la mise en route d'un autre programme à l'intention des personnes de la génération Y : « *Creating Adult Rheumatology Mentorship in Academia* » (CARMA) est un programme de mentorat favorisant le perfectionnement professionnel, la prise de décisions judicieuses et la satisfaction des stagiaires en rhumatologie et des jeunes enseignants dans leur transition vers l'indépendance après un stage. Les membres établis de l'ACR agiront comme mentors en offrant des conseils à distance en matière de perfectionnement professionnel aux jeunes chercheurs en rhumatologie. » Vous pouvez envoyer un courriel à l'adresse carma@rheumatology.org pour obtenir de plus amples renseignements.

Je vous assure que le mentorat est une façon utile et appréciée de redonner à la grande communauté de la rhumatologie et je suis persuadé que vous apprendrez au moins autant que vos mentorés.

Références :

1. Waljee JF, et coll. Mentoring millennials. *JAMA* 2018; 319(15): 1547-48.
2. Mercer C, et coll. How millennials are disrupting medicine. *CMAJ* 2018; 190(22): E696-E697.

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

BIENVENUE EN RHUMATOLOGIE

Souhaitons la bienvenue aux nouveaux membres suivants :

Megan Barber, Caglary (AB)

Mark Warwas, Vancouver (C.-B.)

Stephen Wong, Los Angeles (CA)

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

Le *JSCR* aimerait reconnaître les contributions de ses lecteurs au domaine médical et à leurs communautés locales. Pour que de tels prix, nominations ou distinctions soient annoncés dans un prochain numéro, veuillez faire parvenir les noms des récipiendaires, les détails pertinents et un bref compte rendu de ces distinctions à l'adresse jyotip@sta.ca. Les soumissions de photos sont grandement encouragées.

Visitez le nouveau site Web amélioré de la SCR!

Si vous avez visité le site Web de la SCR récemment, vous avez sûrement remarqué qu'il a un tout nouvel aspect! Nous avons posé quelques questions à la SCR au sujet de son nouveau site amélioré (rheum.ca/fr/) et des modifications qui ont été apportées.

Pourquoi la SCR a-t-elle décidé de renouveler son site Web?

À la SCR, nous nous efforçons continuellement d'offrir le meilleur service possible à nos membres. C'est pourquoi nous avons récemment décidé de mettre à jour notre logiciel de gestion des membres pour qu'il soit plus facile de s'inscrire aux événements, de mettre à jour l'information et de communiquer avec les autres membres. Ce nouveau logiciel permet également de déployer des modèles modernes compatibles avec les appareils mobiles afin d'améliorer l'expérience sur notre site Web. Cela étant, et compte tenu du fait que notre site commençait à avoir l'air un peu dépassé, nous avons décidé qu'il était temps de l'actualiser.

Quelles modifications/améliorations aimeriez-vous souligner à vos lecteurs?

Nos membres peuvent désormais accéder aux reçus pour les renouvellements et les inscriptions aux événements, ajouter des offres d'emploi et consulter les fichiers sécurisés, et ce, à partir de leur portail.

Il est également plus facile de se rendre aux quatre pages les plus visitées de notre site à partir de la page d'accueil. De plus, les membres peuvent partager des offres d'emploi ou des nouvelles sur les réseaux sociaux. Pour finir, l'information a été réorganisée ou renommée pour améliorer l'expérience de l'utilisateur.

Quel important contenu offert sur le site Web les rhumatologues canadiens devraient-ils consulter ?

Nous ajoutons quotidiennement de nouveaux renseignements sur le site Web. Voici quelques pages qui ont été récemment mises à jour :

- Choisir avec soin
- Assemblée scientifique annuelle de la SCR
- Pénuries de médicaments
- Rapport annuel
- Offres d'emploi



Comment voyez-vous évoluer le site de la SCR au cours des 5 à 10 prochaines années?

Nous voyons le site Web devenir une plateforme contenant tout ce dont nos membres ont besoin. Il deviendra vraisemblablement plus interactif grâce à des forums de discussion et à des séances en direct.

Selon vous, comment le site de la SCR se compare-t-il à celui d'autres organisations sans but lucratif similaires?

Dans l'ensemble, le site Web de la SCR est comparable à celui d'autres organisations sans but lucratif pour ce qui est du style et de la convivialité. Cela dit, cette mise à jour n'est qu'un début, notre objectif étant de continuer à améliorer notre site Web pour l'optimiser en fonction des besoins et des souhaits des divers segments de membres.

Que comptez-vous faire pour hausser l'achalandage du site?

La meilleure façon d'augmenter le trafic est d'offrir de la valeur. En matière de commercialisation, on dit que « le contenu est roi », et nous avons l'intention de miser sur ce concept au profit de nos membres. Après tout, notre objectif est que le site Web soit utile à nos membres, et le trafic vers celui-ci nous indiquera si c'est le cas.

Bien entendu, nous suivrons également des pratiques exemplaires pour nous assurer que notre site et les pages qu'il contient sont faciles à trouver. L'art et la science jouent tous deux un rôle dans la mise à profit des techniques d'optimisation des moteurs de recherche en constante évolution.

Combien de personnes visitent le site chaque jour?

Ce nombre varie en fonction du moment de l'année. Il peut aller d'environ 600 visites par jour pendant notre assemblée scientifique annuelle à 130 par jour pendant les mois d'été.

Sommaire : recommandations de la SCR pour l'évaluation et le suivi du LED

par Stephanie Keeling, M.D., M. Sc., FRCPC, au nom du groupe de travail canadien sur le LED

Le groupe de travail sur le lupus érythémateux disséminé (LED), une initiative de la Société canadienne de rhumatologie (SCR), a formulé 15 recommandations pour l'évaluation et le suivi des personnes atteintes de LED au Canada. Ces recommandations sont basées sur les résultats d'un sondage effectué par la SCR quant aux pratiques relatives au LED et constituent les premières lignes directrices sur l'évaluation du LED à l'aide de la méthode GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment,*

Development and Evaluation). Les recommandations comprennent des pratiques exemplaires, notamment recueillir des antécédents détaillés et procéder à un examen physique complet et à des analyses de laboratoire exhaustives chez tous les patients (enfants et adultes) atteints de lupus; et coordonner minutieusement les soins pendant la période périnatale. Pour consulter les recommandations, veuillez consulter l'adresse suivante : jrheum.org/content/early/2018/08/27/jrheum.171459.

Recommandation	Force de la recommandation, qualité des données probantes
(1) Nous recommandons que tous les adultes chez qui on soupçonne un LED consultent un spécialiste du LED, le plus souvent un rhumatologue, afin que celui-ci confirme le diagnostic et participe à la prestation de soins en continu.	Solide, qualité modérée
(2) Chez les adultes et les enfants atteints de LED, nous proposons d'évaluer l'activité de la maladie à l'aide d'un instrument validé lors de la première visite et des visites de suivi.	Conditionnelle, faible qualité
(3) Chez les adultes et les enfants atteints de LED, nous suggérons d'évaluer annuellement les lésions attribuables à la maladie à l'aide d'une mesure validée.	Conditionnelle, faible qualité
(4) Chez les adultes atteints de LED, nous recommandons que des indicateurs de l'obésité, du tabagisme, de l'hypertension artérielle, du diabète et de la dyslipidémie soient évalués au moment du diagnostic puis de façon périodique, en fonction des recommandations existantes pour la population générale, et soient utilisés pour aider à évaluer le risque cardiovasculaire.	Solide, haute qualité
(5) Chez les adultes atteints de LED, nous suggérons que l'échographie carotidienne ne fasse pas partie de l'évaluation du risque cardiovasculaire, sauf dans certains cas soigneusement choisis lorsqu'une expertise est disponible.	Conditionnelle, faible qualité
(6) Chez tous les adultes atteints de LED, nous suggérons d'évaluer le risque d'ostéoporose et de fracture tous les 1 à 3 ans (à l'aide d'antécédents détaillés et d'un examen physique ciblé) et de mesurer la densité minérale osseuse chez les patients présentant d'autres facteurs de risque, selon les recommandations pour la population générale.	Conditionnelle, faible qualité
(7) Chez tous les adultes atteints de LED, nous proposons de mesurer la concentration de 25-hydroxyvitamine D dans le cadre de l'évaluation du risque d'ostéoporose et de fracture.	Conditionnelle, faible qualité
(8) Chez les patients qui présentent des symptômes cliniques évoquant une ostéonécrose, nous suggérons la radiographie comme modalité d'imagerie initiale plutôt que l'imagerie par résonance magnétique ou la scintigraphie osseuse avec tomographie monophotonique d'émission, selon les recommandations pour la population générale.	Conditionnelle, faible qualité
(9) Chez les femmes atteintes de LED, nous recommandons un dosage des anticorps anti-Ro et anti-La avant la grossesse ou pendant le premier trimestre de celle-ci.	Solide, faible qualité
(10) Chez les femmes enceintes atteintes de LED, nous suggérons une échographie Doppler de l'utérus ou du cordon ombilical lors du deuxième ou du troisième trimestre, ou en cas de poussée soupçonnée.	Conditionnelle, faible qualité
(11) Chez les femmes enceintes qui sont atteintes de néphrite lupique évolutive ou qui ont des antécédents de cette maladie, nous suggérons de mesurer la créatinine sérique et le rapport protéines:créatinine urinaire toutes les 4 à 6 semaines ou plus fréquemment si cela est indiqué sur le plan clinique. Nous suggérons de mesurer la pression artérielle et d'effectuer une analyse d'urine avant la grossesse et toutes les 4 à 6 semaines jusqu'à 28 semaines, toutes les 1-2 semaines jusqu'à 36 semaines, puis toutes les semaines jusqu'à l'accouchement.	Conditionnelle, faible qualité
(12) Chez toutes les femmes atteintes de LED qui sont ou qui ont été sexuellement actives, peu importe leur orientation sexuelle, nous suggérons un dépistage annuel du cancer du col de l'utérus plutôt qu'un dépistage tous les 3 ans, et ce, au moins jusqu'à l'âge de 69 ans.	Conditionnelle, faible qualité
(13) Nous recommandons que les adultes et les enfants atteints de LED reçoivent chaque année un vaccin antigrippal inactivé à dose unique.	Solide, qualité modérée
(14) Chez les adultes et les enfants qui ont reçu un diagnostic de LED et qui présentent un risque élevé de contracter l'hépatite B, nous recommandons un test de détection de l'HBsAg au départ et périodiquement par la suite, selon les recommandations pour la population générale. Chez les patients pour lesquels un traitement immunomodulateur est envisagé, nous suggérons de procéder à ce test avant le début du traitement.	Conditionnelle, faible qualité
(15) Chez les adultes et les enfants qui ont reçu un diagnostic de LED et qui présentent un risque élevé de contracter l'hépatite C, nous recommandons un dépistage du virus de l'hépatite C au départ et périodiquement par la suite, selon les recommandations pour la population générale. Chez les autres adultes et enfants qui ont reçu un diagnostic de LED, nous suggérons un dépistage du virus de l'hépatite C au départ et périodiquement par la suite, selon les recommandations pour la population générale.	Conditionnelle, faible qualité

Remise de bourses 2018 de l'ICORA

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

L'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) a organisé en mars son 11^e concours de bourses et a reçu 37 lettres d'intention de même que 31 demandes de bourses.

Félicitations aux boursiers de 2018! L'ICORA a accordé six bourses de deux ans, pour un total de 670 000 \$. Parmi les bourses de cette année, deux ont été octroyées pour l'aspect « Sensibilisation/défense des intérêts/enseignement », trois pour « Équipes de soins multidisciplinaires » et une pour « Économie de la santé/durabilité des soins de santé/amélioration de la qualité ». « Économie de la santé/durabilité des soins de santé/amélioration de la qualité » est un nouveau sous-aspect qui englobe les propositions axées sur la rentabilité et l'évaluation des soins au moyen d'indicateurs et de systèmes de qualité pour soutenir les soins de santé.

Un remerciement spécial à tous nos commanditaires pour leur soutien constant.

Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC
Professeur de médecine et chef de division,
Division de rhumatologie,
Département de médecine, St. Joseph's Health Care,
Université Western, London (Ontario)

ICORA : Appel de candidatures pour l'octroi de bourses

L'ICORA lance un autre concours de bourse en 2019!

Ouverture du système de demande de bourse de l'ICORA en ligne le 28 janvier 2019.

Date limite pour soumettre une lettre d'intention : le 25 février 2019.

Date limite pour soumettre une demande de bourse à l'ICORA en ligne : minuit le 1^{er} avril 2019.

Pour plus de détails, veuillez consulter le site Web : rheum.ca/fr/recherche/icora/

Pour toute question, veuillez communiquer avec Virginia Hopkins à l'adresse virginia@rheum.ca.



Remise de bourses 2018 de l'ICORA

Power to the Patients: Reshaping Knee Osteoarthritis Diagnosis and Secondary Prevention with E-Health¹
Investigateurs principaux : D^{rs} Linda Li et John Esdaile
PRIX : 115 000 \$

Proof of Concept Study of an EMR Reminder Intervention to Optimize the Primary and Secondary Prevention of Comorbidities in People with Inflammatory Arthritis¹
Investigateur principal : D^r Antonio Avina-Zubieta
PRIX : 95 000 \$

Raising Awareness of the Burden of Giant Cell Arteritis: Occurrence, Healthcare Use, Costs and Health Outcomes²
Investigatrices principales : D^{res} Jessica Widdifield et Lillian Barra
PRIX : 115 000 \$

An initiative to address Indigenous patient and community educational needs in rheumatic diseases³
Investigateurs principaux : D^{rs} Adalberto Loyola Sanchez et Cheryl Barnabe
PRIX : 115 000 \$

MyArthritisGuide for Rheumatoid Arthritis Will Improve Patient's Activation Towards Self-care³
Investigateur principal : D^r Paul Fortin
PRIX : 115 000 \$

The iParent2Parent Program: Peer Mentoring for Parents of Children with Juvenile Idiopathic Arthritis³
Investigatrice principale : D^{re} Sara Ahola Kahut
PRIX : 115 000 \$

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

Développer la rhumatologie en Afrique de l'Est

par Carol Hitchon, M.D., FRCPC, au nom de l'équipe du projet ILAR en Afrique de l'Est

La région de l'Afrique de l'Est comprend certains des pays les plus peuplés et les plus désavantagés sur le plan économique dans le monde. Dans cette région, les priorités concurrentes en économie et en soins de santé nuisent à la gestion des maladies rhumatismales chroniques. La capacité de la clinique de rhumatologie est limitée dans la plupart des pays et complètement absente dans d'autres. En partenariat avec les médecins champions locaux au Kenya et en Éthiopie, nous essayons de faire mieux connaître cette disparité des soins afin d'optimiser la gestion des personnes touchées par des problèmes rhumatismaux.

Rhumatologie pédiatrique au Kenya. Avant 2015, il n'y avait pas de rhumatologue pédiatrique au Kenya. Aujourd'hui, il y en a deux. La D^{re} Scuccimarri (Université McGill) a facilité la formation de la D^{re} Migowa, l'une de ces rhumatologues pédiatriques, et continue à lui fournir du mentorat. Grâce à un financement partiel provenant d'une subvention pour la coopération en recherche entre le Canada et l'Afrique (Universités Canada, anciennement l'Association des universités et collèges du Canada), les D^{res} Scuccimarri, Colmegna et Migowa ont fourni un enseignement local; elles ont mis au point un outil d'aide à l'enseignement fondé sur l'outil d'évaluation pédiatrique de la démarche, des bras, des jambes et de la colonne vertébrale (*Gait, Arms, Legs and Spine* [pGALS]); et, en collaboration avec les D^{res} Hitchon et Bernatsky, elles ont travaillé à la description du fardeau des troubles musculosquelettiques pédiatriques à l'un des principaux hôpitaux pédiatriques au Kenya. Les fonds ont également permis de fournir une formation d'introduction à la recherche épidémiologique à un pédiatre. Ce travail, qui a commencé en 2011, est poursuivi par la faculté locale avec le soutien constant du groupe canadien de rhumatologie.

Rhumatologie pour adultes en Éthiopie. L'Éthiopie, un pays où les besoins sont extrêmement importants, n'a pas de rhumatologue praticien. La seule clinique de rhumatologie publique au pays est située au Tikur Anbessa Hospital, à Addis Abeba. Les soins en rhumatologie sont fournis par des internistes ayant une expérience limitée en rhumatologie. Grâce à une faculté locale très engagée et offrant beaucoup de soutien, les D^{rs} Melkie et Tadese (chefs actuel et prédécesseur du service de médecine interne), notre équipe de rhumatologues bénévoles (les D^{res} Colmegna, Hitchon et Scuccimarri et notre collègue américaine, la D^{re} Meltzer) a dirigé plusieurs séminaires de rhumatologie, y compris une formation pratique sur les compétences cliniques en troubles musculosquelettiques. Par l'entremise d'un organisme de bienfaisance enregistré établi récemment aux

États-Unis (*rheumatologyforall.org*), nous sommes maintenant en mesure de financer une formation en rhumatologie pour deux internistes récemment diplômés. Les candidats choisis



La D^{re} Ines Colmegna à Addis Ababa, Éthiopie.

commenceront leur formation en Afrique du Sud sous peu. En nous appuyant sur un modèle utilisé pour d'autres spécialités médicales, nous avons mis en place une rotation de rhumatologues bénévoles invités dans le but de fournir de l'enseignement et du mentorat aux stagiaires en médecine interne en attendant que les rhumatologues formés récemment puissent prendre la relève.

Adapter les recommandations pour le méthotrexate aux maladies rhumatismales en Afrique. La plupart des lignes directrices de gestion de la rhumatologie ne tiennent pas compte de la réalité de fournir des soins dans des pays à faible revenu comme ceux de l'Afrique, compte tenu de leurs préoccupations financières, sociales et médicales uniques. Au moyen d'une petite subvention de l'ILAR, notre équipe de cliniciens canadiens, américains et éthiopiens entreprend la tâche titanesque d'adapter les recommandations pour l'utilisation du méthotrexate aux maladies rhumatismales afin de tenir compte des réalités des pays à faible revenu. Les évaluations des besoins avec les intervenants en Éthiopie et partout en Afrique, les examens systématiques de la documentation et les processus Delphi pour peaufiner les recommandations sont en cours.

Pendant de nombreuses années d'engagement et de dévouement, de petits pas ont été faits et des améliorations très prometteuses ont été apportées. Malgré cela, il existe toujours des difficultés importantes pour les patients en rhumatologie en Afrique et dans d'autres régions à faible revenu à travers le monde. C'est notre responsabilité collective de travailler ensemble à l'amélioration des soins en rhumatologie pour tous.

Soumis par Carol Hitchon pour l'équipe du projet ILAR en Afrique de l'Est. Canada : Ines Colmegna, Sasha Bernatsky, Rosie Scuccimarri, Carol Hitchon; Kenya : Angela Migowa, Thomas Ngwiri, John Wachira, Eugene Were; États-Unis : Michele Meltzer, Candice Feldman, Michael Weinblatt; Éthiopie : Yewondwosen Tadese, Addisu Melkie, Zenebe Melaku (avec les conseils du professeur Moots [Royaume-Uni] et du professeur Mody [Afrique du Sud])

France-Canada : la rhumatologie d'un bord à l'autre de l'océan Atlantique

par Laëtitia Michou, M.D., Ph. D.

Aucun moment au cours de mes études de médecine en France, je n'avais envisagé devenir rhumatologue au Canada. Pourtant, dans quelques semaines, je vais débiter ma douzième année comme chercheuse clinicienne en rhumatologie à Québec... Ma passion pour la recherche m'a donné l'audace de m'aventurer sur le continent américain.

Après plusieurs années passées dans les hôpitaux universitaires parisiens, quelle ne fût pas ma surprise, à mon arrivée ici, de rencontrer un aussi grand nombre de femmes rhumatologues, y compris dans les milieux universitaires? Pourtant, dans l'absolu, il y a 3,4 rhumatologues pour 100 000 habitants en France contre seulement 1,2 au Canada. L'absence de hiérarchie intrahospitalière et le souci accordé à la parité hommes/femmes, peu importe l'ancienneté ou le type de pratique (hospitalière universitaire versus pratique non universitaire ou privée), ont été de bien agréables découvertes.

La rhumatologie à la française est un vaste domaine, allant des maladies inflammatoires systémiques aux maladies osseuses métaboliques, en passant par la rhumatologie dite interventionnelle avec la réalisation d'infiltrations écho/radioguidées, voire des vertébroplasties, et par la prise en charge des métastases osseuses et du myélome multiple, alors que les collagénoses sont parfois davantage suivies par les internistes que par les rhumatologues. La dimension psychosociale accordée aux soins en France contribue indiscutablement au bien-être des patients en rhumatologie, par exemple en remboursant les consultations en physiothérapie, ergothérapie, nutrition, psychologie, de même que la prescription d'appareillages médicaux comme les orthèses.

Depuis une dizaine d'années, la prise en charge rhumatologique des Français s'est dotée de deux améliorations très pertinentes. Ainsi, la création de centres de référence pour les maladies rares permet une prise en charge pluridisciplinaire



hyperspécialisée de ces maladies, définies par une prévalence inférieure à 2 pour 1 000 (p. ex. : sclérodémie, syndrome de Sjögren), la recherche clinique faisant partie intégrante de ces centres. Grâce à un décret de la section européenne de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'éducation thérapeutique des patients ayant une maladie chronique s'est démocratisée en France. Ces programmes d'éducation individuelle ou collective font désormais partie intégrante de la prise en charge des patients en rhumatologie.

Au Canada, la pratique de la rhumatologie est plus individuelle avec un support pluridisciplinaire parfois minimal, ce qui en fait une pratique plus « responsable » en termes de coût de santé. Il est certain que le système de rémunération des médecins à l'acte, y compris dans les hôpitaux universitaires, et la volonté de maintenir l'équilibre budgétaire dans les hôpitaux canadiens publics expliquent largement ces différences. Espérons que les multiples réformes du système de santé québécois permettront davantage aux médecins de famille de s'impliquer activement dans le suivi conjoint de nos patients atteints de maladies chroniques et aideront ces derniers à mieux se retrouver dans un système plutôt complexe et bien mal connu du public.

À l'heure de la mondialisation, les préoccupations des rhumatologues s'uniformisent à une vitesse prodigieuse. De part et d'autre de l'océan Atlantique, ils débattent désormais sur le cannabis thérapeutique, l'aide médicale à mourir, la rupture d'approvisionnement de certains médicaments et, bien sûr, la pénurie de rhumatologues!

Laëtitia Michou, M.D., Ph. D.

Professeure agrégée,

Division de rhumatologie,

Département de médecine,

CHU de Québec-Université Laval

Québec (Québec)

Rhumatologie d'ici et d'ailleurs : la rhumatologie en Irlande

par Paul MacMullan, M.D., MRCPI

L'Irlande est un drôle d'endroit. En tant qu'enfant du pays, je peux m'en plaindre, mais pas les autres! C'est une contrée un peu folle marquée par une incroyable histoire d'occupation et de rébellion, avec toutes sortes de manigances et de doubles trahisons, qui servent presque de mode opératoire pour la vie politique en général.

Cela dit, l'Irlande a été mon chez-moi pendant 40 années; immigrer au Canada a été pour moi un changement de vie majeur. Ma femme, nos trois garçons et moi-même n'avions jamais envisagé d'émigrer jusqu'à ce que le service de santé irlandais et mes collègues soi-disant expérimentés décident que ce serait une bonne idée de réagir à la crise économique en réduisant de moitié le salaire des nouveaux consultants, tout en doublant leur charge de travail et en leur interdisant toute pratique privée, ce qui ne m'avait jamais vraiment intéressé de toute façon.

En Irlande, les soins de santé sont (je ne dirai pas « organisés », car ils sont tout sauf ça) dits « arrangés » d'une façon très curieuse. Les études de médecine constituent une industrie de l'exportation (il y avait plus de Canadiens que d'Irlandais dans mes cours de médecine) et la « résidence » est une saga sans fin appuyant un « système » dysfonctionnel. Certains hôpitaux publics peu financés, surpeuplés et aux longues listes d'attente, ont essentiellement pour personnel des résidents et des étudiants en surspécialité. Pendant ce temps, les consultants qui travaillent supposément à temps plein dans les hôpitaux publics dirigent une kyrielle d'établissements privés qui surévaluent des anxieux en bonne santé et larguent les cas plus complexes à l'hôpital public le plus proche. Il se passe des choses similaires au service national de la santé du Royaume-Uni, mais elles ne sont pas rendues publiques non plus en raison de la nature hiérarchique de la pyramide médicale qui existe dans les deux pays. Ayant passé 10 ans à faire des quarts de 36 heures une fois par semaine pour les admissions de médecine interne générale en plus de mon travail quotidien à la clinique de rhumatologie, j'ai assez d'expérience pour parler de ces choses-là. Et l'expérience (comme je le dis aux résidents qui passent par notre clinique), c'est ce qu'on réussit à acquérir seulement après en avoir eu besoin!

J'ai exploré les occasions potentielles dans d'autres pays du Commonwealth et aux États-Unis, mais j'ai finalement choisi le Canada, étant donné que j'ai passé un été à Vancouver il y a plusieurs années et que j'ai vraiment aimé la nature égalitaire du pays et du système de soins de santé. Heureusement, après certaines démarches initiales et une visite ultérieure sur place, on m'a offert un poste à l'Université de Calgary, et je n'ai jamais eu de regrets depuis. J'ai traversé avec succès le difficile pro-

« À mon avis, perdre, c'est toujours mieux que ne pas essayer, car on ne sait jamais ce qui peut arriver. » [traduction libre]

– Jean Chrétien

« Des chansons et des histoires, des héros de renom... les contes envoûtants et les gloires passées qui ont fait autrefois la ville de Dublin. » [traduction libre]

– Pete St. John

« Maintenant, mon grain de sel... » [traduction libre]

– Kent Brockman

cessus d'agrément et après quatre ans, je peux dire avec plaisir que ma famille et moi-même sommes maintenant chez nous. L'environnement de travail est difficile, mais stimulant, et les services sont extrêmement bien intégrés, comparativement à ce dont j'avais l'habitude. De plus, le fait de ne pas avoir à m'occuper de médecine interne générale et de pouvoir me concentrer sur la rhumatologie a été libérateur. Même si les mystères de la médecine interne me manquent parfois, j'ai tout de même la chance, en tant que rhumatologue, de toucher régulièrement à cette discipline.

L'Alberta est une province très visionnaire, ayant mis sur pied un répertoire provincial des données (Netcare) et introduit l'identificateur unique pendant toute la durée de vie. Ces deux initiatives permettent de réaliser des économies d'échelle inespérées. Par exemple, notre division de rhumatologie a établi un partenariat avec le réseau de soins primaires, formé de médecins de famille, pour fournir un service de liaison avec des spécialistes offrant des conseils téléphoniques non urgents. Une récente analyse a démontré que chaque appel téléphonique permet en moyenne au système d'économiser près de 200 \$. Les données seront présentées à la prochaine réunion de l'ACR qui aura lieu à Chicago. Ces initiatives bénéficient également aux soins aux patients.

À mon humble avis et à la lumière de mon expérience, dans le système médical d'ici, la formation est trop courte, en particulier pour les omnipraticiens. Deux ans, ce n'est pas assez. Après deux ans, vous ne savez même pas ce que vous ne savez pas. Toutefois, il y a d'autres moyens pour acquérir une expertise dans certains domaines, par exemple la rhumatologie, qu'il s'agisse de certificats de compétence et de groupes d'intérêts.

« Pour revenir où nous avons commencé » (Maxine Nightingale), je suis heureux d'avoir écouté le balado de Jean Chrétien, il y a de nombreuses années.

Paul MacMullan, M.D., MRCPI

*Professeur clinique adjoint, Cumming School of Medicine,
Université de Calgary, Calgary (Alberta)*

Enseigner dans l'Empire du Milieu : des rhumatologues britanno-colombiens en Chine

par Simon Huang, M.D., FRCPC, Ian Tsang, M.D., FRCPC et Barry Koehler, M.D., FRCPC

Comment tout a commencé

Tout a commencé après une rencontre fortuite avec le professeur Zhongdao Wu, alors doyen des études de premier cycle de la Faculté de médecine Zhongshan de l'Université Sun Yat-sen de Guangzhou. Il nous a tous les trois invités à donner un séminaire optionnel de deux semaines aux étudiants en médecine au début de leur cinquième année d'un programme de huit ans. Le professeur Wu souhaitait tout particulièrement que les étudiants soient exposés à un enseignement de « type occidental ».

Le cours était réservé aux étudiants possédant une connaissance pratique de l'anglais. En moyenne, 80 étudiants sur 100 ont assisté à ce séminaire. L'invitation a été renouvelée pour les six années suivantes. Les deux dernières années, il figurait au programme officiel de l'ensemble du groupe grâce aux efforts du professeur Wu et du doyen Guoquan Gao.

Qu'avons-nous fait?

Nous avons planifié un séminaire de rhumatologie pour les étudiants en médecine qui entamaient leur formation clinique mais nous avons rapidement réalisé que nous devons utiliser ce cadre pour enseigner une stratégie solide en matière d'anamnèse, d'examen physique et de diagnostic différentiel. L'expertise du D^r Simon Huang en méthodes d'enseignement constituait la base du cours.

Les matinées étaient consacrées à la révision des sujets de la veille, puis à deux ou trois présentations. Les après-midi se déroulaient dans différents hôpitaux où un enseignant et de 10 à 12 étudiants en médecine étudiaient le cas d'un patient. Les étudiants collaboraient pour recueillir les antécédents puis un enseignant les guidait dans les résultats physiques pertinents et une exploration subséquente des diagnostics possibles.

Ces dernières années, les D^{rs} Antonio Avina-Zubieta et Mercedes Chan se sont joints à notre corps enseignant. Ces deux dernières années, les étudiants pouvaient également participer à un atelier sur la médecine fondée sur des données probantes mené par le D^r Charles Goldsmith.

La faculté de médecine fournit des traducteurs pour les membres du corps enseignant qui ne parlent pas le mandarin (pour l'enseignement au chevet des patients en après-midi), imprime un plan de cours, réserve des salles de cours pour les séances cliniques en après-midi et organise l'hébergement.



Selon nous, à quoi sommes-nous parvenus?

• Étudiants

- Les étudiants étaient d'abord gênés de se retrouver dans un milieu d'apprentissage socratique, mais ils ont rapidement participé avec enthousiasme.
- Ils ont appris notre stratégie en matière de pratique : la médecine est organisée; c'est un travail de recherche constant, entièrement axé sur le patient.
- Ces dernières années, la Faculté de médecine Zhongshan a obtenu la première place d'une compétition nationale de compétences cliniques, compétition précédemment dominée par les facultés de médecine de Beijing.

• Boursiers

- Grâce au soutien de la Division de rhumatologie de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC), 17 boursiers ont eu la chance d'enseigner à des étudiants d'une culture différente et, ce qui importe peut-être davantage, de passer du temps en immersion dans une culture différente.

• Conférenciers

- Cela renforce notre conviction selon laquelle même si les étudiants en médecine sont toujours brillants et apprennent toujours, un environnement adéquat améliore l'apprentissage.
- Les cours se déroulent en anglais. Cela nous a permis de déterminer que les étudiants trouvaient les enseignants dont l'anglais était la langue seconde (Tsang, Huang) plus faciles à suivre que quelqu'un dont l'anglais est la langue maternelle (Koehler) et dont le langage est tissé d'expressions familières « étranges ».

(suite à la page 13)

Mon parcours vers le bonheur en tant que rhumatologue à Saskatoon

par Regan Arendse, M.D., FRCPC

Ma décision de travailler comme rhumatologue à Saskatoon, prise il y a sept ans, est l'une des meilleures que j'aie jamais prises. Les gens de Saskatoon sont chaleureux, accueillants et sincères. Mes collègues de la division de rhumatologie et des services connexes m'apportent du soutien et sont conciliants et serviables. Être heureux au travail est peut-être l'un des plus grands bienfaits qu'on peut ressentir.

L'un des principaux facteurs qui ont contribué à ma décision de travailler au Canada était mon incapacité à trouver un poste soutenu par l'État en tant que rhumatologue récemment diplômé en Afrique du Sud. Même s'il y a un immense besoin pour des services de rhumatologie en Afrique du Sud, très peu de postes financés par l'État sont disponibles. Au moment où j'ai terminé ma formation en rhumatologie, tous les postes disponibles avaient été pourvus et il n'y avait pas d'espoir qu'un poste se libère d'ici au moins 5 à 10 ans. La possibilité de m'engager dans une pratique privée, qui suppose le défi d'essayer de fournir des services à des patients qui sont contraints de débours des sommes durement gagnées pour acheter des médicaments coûteux, ne m'intéressait pas. Après en avoir beaucoup discuté, ma famille et moi avons pris la décision difficile de quitter Cape Town, l'une des plus belles villes au monde selon un article récent de CNN, pour examiner des possibilités d'emploi ailleurs dans le monde.

Les Pays-Bas constituent un endroit incroyable pour travailler : des bureaux ultramodernes, qui me rappelaient des scènes du vaisseau spatial *Enterprise*, des collègues et du personnel paramédical très efficaces et l'intégration novatrice de l'examen musculosquelettique par échographie dans les soins cliniques de routine. Ce qui était particulièrement intéressant, c'était l'approche pragmatique des problèmes qu'adoptent les Néerlandais. Le centre médical universitaire Erasmus MC, à Rotterdam, où j'ai travaillé, employait plus de 13 000 personnes en 2011. Pour réduire la pression importante exercée sur les aires de stationnement, ils ont décidé que tous les employés, y compris le PDG, se rendraient au travail en transport en commun ou en vélo, ce qui a amélioré la disponibilité du stationnement pour leurs patients. À Erasmus MC, j'ai appris plusieurs leçons pratiques très utiles concernant l'évaluation et la gestion de



Le Dr Arendse et son équipe : Rhovely Ross et les Drs Myat Tun-Nyo, Richard Tse, Germaine Arendse, Denise Carolus et Grace Castro.

cas complexes de rhumatologie qui étaient renvoyés pour des soins de santé quaternaires.

Pendant que je travaillais aux Pays-Bas, j'ai reçu un appel d'une agence de recrutement pour discuter de possibilités d'emploi au Canada. J'ai été informé du fait qu'il y avait des postes vacants en rhumatologie dans de nombreuses provinces, allant de St. John's, à Terre-Neuve, jusqu'à Victoria, en Colombie-Britannique. Même si nous avons beaucoup voyagé, mon épouse Germaine et moi n'avions jamais visité le Canada. Après avoir sécurisé mes possibilités d'emploi, nous nous sommes efforcés principalement de trouver une ville qui permettrait à Germaine de s'inscrire à un programme de doctorat en immunologie. Par conséquent, nous avons fini par accepter tous les deux des postes à l'Université de la Saskatchewan; moi dans la Division de rhumatologie, et Germaine, au Département de microbiologie et d'immunologie. Une fois l'examen requis pour ma certification par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada terminé (et que Germaine eut terminé sa thèse de doctorat), nous avons décidé de travailler en collaboration dans le même bureau. Une fin très satisfaisante pour un long parcours autour du monde en vue de trouver le bonheur dans mon emploi.

*Regan Arendse, M.D., FRCPC
Professeur clinicien adjoint, Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)*

Enseigner dans l'Empire du Milieu : des rhumatologues britanno-colombiens en Chine (suite de la page 12)

– Il faut tenir compte des coutumes des autres pays. Nous avons appris qu'en Chine, une pause de deux heures en milieu de journée est nécessaire pour les étudiants en médecine; ce n'est pas seulement le dîner, mais aussi l'heure de la sieste!

*Barry Koehler, M.D., FRCPC
Professeur clinicien émérite, Département de médecine,
Université de la Colombie-Britannique, Richmond (C.-B.)*

*Simon Huang, M.D., FRCPC
Professeur clinique agrégé, Département de médecine,
Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.)*

*Ian K. Tsang, M.D., FRCPC
Professeur émérite, Département de médecine,
Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.)*

Collège des médecins Khyber de Peshawar, au Pakistan : un projet de collaboration avec la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie

par Siraj Ahmad, M.D., FRCPC

Le Collège des médecins Khyber (CMK), situé près de la région montagneuse du col de Khyber, a été fondé en 1955. Le Collège, d'abord affilié à l'Université de Peshawar située tout près, comptait surtout au départ des professeurs invités, notamment du Collège des médecins King Edward (Lahore, Pakistan), du Collège des médecins de Dacca, au Pakistan oriental (maintenant le Bangladesh), de l'Université américaine de Beyrouth, de même qu'un professeur/conseiller de l'Université de la Pennsylvanie, aux États-Unis. Au fil des ans, l'établissement a réussi à embaucher et à former ses propres professeurs à temps plein.

Dans les années 1970, les diplômés du CMK travaillant en Amérique du Nord ont mis au point des programmes d'enseignement à Peshawar. La Faculté de médecine de l'Université Dalhousie a aussi apporté sa contribution en offrant des programmes, sous forme de diapositives et de bandes audiovisuelles, suivis d'une série de conférences et séminaires au CMK. Le D^r Mohsin Rashid, pédiatre gastroentérologue, et le D^r Arif Samad, ophtalmologiste, ont été au premier plan de cette initiative. En parallèle, des efforts ont été déployés pour mettre à niveau la bibliothèque du CMK, d'abord par des dons sous forme d'inscriptions à de grandes revues, puis par l'intermédiaire de travail bénévole d'étudiants en médecine de l'Université Dalhousie, qui ont recueilli des livres de médecine auprès de membres du personnel médical en quantité suffisante pour qu'ils remplissent et envoient un demi-conteneur de matériel à Peshawar.

Dans les années 2000, nous avons commencé à revoir le contenu des programmes du CMK. L'institut médical de l'Université Agha Khan a organisé des ateliers sur l'enseignement de la médecine. Le D^r Mohsin Rashid a organisé un atelier sur

l'évaluation des étudiants. À la suite de ces efforts couronnés de succès, le Bureau de la Santé internationale, sous la conduite de sa directrice, Katie Orr, et le ministère de l'Enseignement médical, sous la direction du professeur Blye Frank, ont aussi offert une contribution et formulé des suggestions pour la révision des programmes du CMK.

Une réunion conjointe a été organisée au Pakistan. Dans son allocution, le D^r Blye Frank a décrit le rôle et les responsabilités d'une faculté de médecine à l'égard de sa communauté. Katie Orr a discuté de la possibilité de collaboration entre les deux établissements, le CMK et la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie. Au CMK, l'initiative *Students Learning Forum* (SLF) a été le fer de lance de ces efforts. Les étudiants membres du SLF ont établi tous les contacts et fait tous les arrangements nécessaires pour la mise sur pied des programmes sociaux. Parmi les étudiants s'étant démarqués par leurs efforts figurent Usman Ahmad et Munaza Anwar. Ce soir-là, un protocole d'entente a été signé par les représentants des deux établissements.

Le lendemain, un atelier sur les programmes de médecine a été offert par le D^r Blye Frank. À la grande surprise de tous, presque tous les professeurs y ont assisté et ont participé aux discussions. Les séances d'après-midi ont pris la forme d'une discussion ouverte dirigée par le D^r Sultan Mahmood, directeur de la Faculté de médecine du CMK. Après qu'on y ait apporté des modifications, le programme révisé a fait l'objet d'un vote qui a été approuvé par la grande majorité (59 contre 1). Au cours de la discussion, il est apparu évident que l'enseignement au chevet des patients était lacunaire. Le SLF a de nouveau prêté main-forte. Une clinique externe située à proximité a pu être mise à contribution pour aider à l'enseignement aux étudiants. Il s'est avéré que la clinique avait été construite par l'Agence canadienne de développement international (ACDI). Le problème était que la clinique appartenait au gouvernement provincial alors que KMC relève de l'université. Le SLF a fixé une rencontre avec le gouverneur de la province. Katie Orr a fait valoir ses arguments au gouverneur, qui a ordonné que la clinique soit remise entre les mains des étudiants du CMK.

Par ailleurs, nous avons conseillé aux étudiants d'établir un « centre d'apprentissage des étudiants » pour que ceux de première année puissent apprendre la réanimation cardiorespiratoire et d'autres compétences cliniques. Le CMK a désigné un lieu à cette fin. Il manquait aussi un rhumatologue à Peshawar,



L'équipe du Collège des médecins Khyber et de la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie.

(suite à la page 15)

Une nouvelle ressource de la Société de l'arthrite aide les patients à se prendre en main pour la défense de leurs droits



La gestion efficace de vos symptômes liés à l'arthrite et de leurs répercussions sur votre vie peut représenter un défi. Apprendre à défendre ses droits et ses besoins est une force qu'il est nécessaire de posséder si l'on veut prendre en charge la maladie et mener la meilleure vie possible malgré l'arthrite.

En septembre, dans le cadre du *Mois de l'arthrite*, la Société de l'arthrite a fait en sorte de répondre à ce besoin en lançant le *Guide pour la défense des droits*, un nouvel outil destiné aux patients regroupant un ensemble de ressources intéressantes pour les personnes atteintes d'arthrite.

Le *Guide pour la défense des droits* de la Société de l'arthrite fournit de l'information et des stratégies pour permettre aux patients de défendre leurs besoins en ce qui concerne leurs soins de santé ou ceux d'autres personnes pouvant être atteintes d'arthrite.

Le guide est divisé en trois parties, chacune couvrant des aspects différents, mais connexes, de la défense des droits :

- **1^{RE} PARTIE : Jouer un rôle actif dans la planification de votre traitement.** Apprenez à connaître votre maladie, communiquez avec votre équipe soignante et prenez des décisions éclairées sur vos besoins en matière de soins.
- **2^E PARTIE : Comprendre vos options d'assurance.** Familiarisez-vous avec les différentes sources de couverture des

soins de santé et explorez-les pour obtenir le soutien dont vous avez besoin.

- **3^E PARTIE : Défendre vos droits pour obtenir des changements.** Comprenez le fonctionnement de notre système de soins de santé et la façon dont votre voix peut influencer les politiques qui ont une incidence sur vous et d'autres patients.

Encouragez vos patients à consulter le guide en ligne à l'adresse arthrite.ca/defensesdesdroits et à commencer à se prendre en main en apprenant à défendre leurs droits et leurs besoins.



Collège des médecins Khyber de Peshawar, au Pakistan : un projet de collaboration avec la Faculté de médecine de l'Université Dalhousie (suite de la page 14)

où les patients en rhumatologie devaient consulter les spécialistes en orthopédie. Cependant, l'un des spécialistes en médecine interne à Peshawar a manifesté de l'intérêt envers la rhumatologie. On lui a remis des histoires de cas de rhumatisme et d'autre matériel pédagogique. Trois ans plus tard, il occupait le poste de rhumatologue et devenait bien connu dans la ville pour son traitement des affections rhumatismales.

Dans son allocution devant le corps professoral et les étudiants, le Dr Blye Frank a souligné que l'enseignement de la médecine et les programmes d'enseignement représentaient un processus dynamique qui devait constamment faire l'objet d'une révision. À cet effet, la Faculté de l'Université Dalhousie a proposé l'établissement d'un département distinct pour l'enseignement de la médecine. Nous avons également mis l'accent sur la nécessité d'intégrer des cours de « pensée critique » et d'« éthique », mais nous n'avons pas été en mesure de convaincre

la Faculté du Collège des médecins de Khyber de l'adopter. Nous n'avons pas non plus été en mesure de lancer un programme de formation médicale continue comportant une évaluation adéquate des praticiens de la médecine et des médecins de la société civile. Sur une note positive, lorsque je suis rentré chez moi après une fin de semaine passée à l'extérieur de Halifax, j'ai écouté six messages vocaux reçus de la part du vice-chancelier du CMK. Ce dernier m'annonçait qu'une réunion des vice-chanceliers de toutes les facultés de médecine pakistanaïses de Peshawar allait avoir lieu et qu'il voulait leur présenter le programme proposé par l'Université Dalhousie aux fins d'adoption par l'ensemble de celles-ci.

Siraj Ahmad, M.D., FRCPC

Rhumatologue (retraité), Division de rhumatologie, Université Dalhousie Halifax (Nouvelle-Écosse)

Tofacitinib : le premier inhibiteur des protéines JAK

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

VASTE EXPÉRIENCE MONDIALE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR)



- Offert au Canada depuis **plus de 4 ans**⁴.
- **Plus de 7 000 patients canadiens** atteints de polyarthrite rhumatoïde se sont inscrits au programme de soutien eXel^{MC3}.
- Le tofacitinib a été prescrit à **plus de 160 000 patients** dans plus de 80 pays du monde entier³.
- **Plus de 490 médecins canadiens** ont prescrit XELJANZ par l'intermédiaire du programme de soutien eXel^{MC}, et la majorité d'entre eux ont renouvelé l'ordonnance (87 %) ^{3†}.

XELJANZ/XELJANZ XR (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou sévère qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ/XELJANZ XR (tofacitinib) en monothérapie¹.

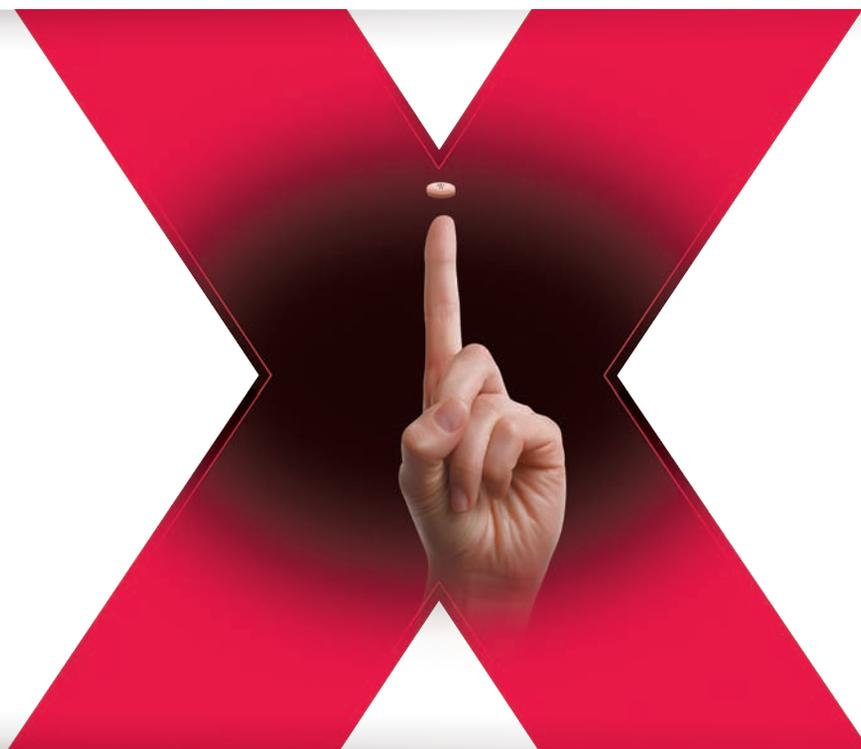
Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur :

- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant le risque d'infections graves et de cancer;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes concernant les patients présentant une sténose digestive sévère préexistante traités par XELJANZ XR, le risque de perforation du tube digestif, le risque de réactivation virale, le risque de cancer, de trouble lymphoprolifératif et de cancers de la peau non mélaniques, le risque de lymphopénie, de neutropénie, d'anémie et d'élévation des taux lipidiques, les patients atteints d'insuffisance hépatique ou rénale, la prudence chez les patients qui ont des antécédents de pneumopathie interstitielle ou qui y sont plus à risque, le risque d'infection et d'immunodépression lorsque le médicament est administré en concomitance avec des immunosuppresseurs puissants, l'administration préalable de tous les vaccins recommandés, le vaccin vivant contre le zona, les femmes enceintes et qui allaitent, les enfants, les personnes âgées, les patients atteints de diabète, les patients ayant des antécédents de maladie pulmonaire chronique, le nombre de lymphocytes, les patients d'origine asiatique, la hausse des taux de créatine kinase, la réduction de la fréquence cardiaque et la prolongation de l'intervalle PR, et les élévations des taux d'enzymes hépatiques;

pour la polyarthrite rhumatoïde^{3*}

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

NOUVELLE FORMULATION
UNE FOIS PAR JOUR | 11 mg 1 f.p.j.^{1,2}



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

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

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

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

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

Références :

1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ/XELJANZ XR. 11 décembre 2017.
2. Santé Canada. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ XR.
3. Pfizer. Données internes. 2018.
4. Santé Canada. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism
C.V., Pfizer Canada inc., licencié
© 2018 Pfizer Canada inc.,
Kirkland (Québec) H9J 2M5



Pr XELJANZ 
[citrate de tofacitinib]
comprimés à 5 mg

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

Jeter des ponts : de la rhumatologie au Canada jusqu'en Jamaïque

par Taneisha K. McGhie, B. Sc. (spécialisé), MBBS, D.M.

La Jamaïque est une île située dans la mer des Caraïbes; elle est connue partout dans le monde pour la beauté de ses paysages, sa culture dynamique, ses exploits sportifs et son peuple chaleureux. D'une superficie de 10 990 km², la Jamaïque est le troisième pays anglophone le plus peuplé des Amériques, comptant une population de 2,9 millions d'habitants.

Le système de soins de santé primaires de la Jamaïque compte plus de 330 centres de santé et 24 hôpitaux publics; l'University Hospital of the West Indies (UHWI; une institution d'enseignement partiellement financée par les gouvernements régionaux, y compris celui de la Jamaïque); et 10 hôpitaux privés. Actuellement, il n'y a que cinq rhumatologues pour adultes en poste dans notre pays et tous travaillent à temps plein. Cela équivaut à un rhumatologue pour 580 000 habitants et cet effectif est principalement concentré dans la région sud-est de l'île. En l'absence d'un rhumatologue pédiatrique praticien sur l'île, les rhumatologues pour adultes sont appelés à fournir des soins à des enfants de tous âges.

Mon parcours pour devenir la seule rhumatologue de l'ouest de la Jamaïque a commencé en 2012. Motivée par le besoin d'internistes, j'ai quitté la capitale, Kingston, pour m'installer à Montego Bay afin de travailler au Cornwall Regional Hospital (CRH). À ce moment-là, l'absence de rhumatologue dans la région était comblée par les visites mensuelles d'un seul rhumatologue qui devait faire quatre heures de route à partir de Kingston pour se rendre à Montego Bay. À mon retour en Jamaïque après une formation de recherche en rhumatologie à l'Université de Toronto, la première clinique publique de rhumatologie de la région de l'ouest a été ouverte au CRH, ainsi qu'un service de consultation pour les patients hospitalisés.

La pénurie et la mauvaise répartition des rhumatologues ont entraîné de longs temps d'attente pour les rendez-vous dans les secteurs privé et public. Les limites de l'effectif du système public entraînent des temps d'attente de plusieurs heures, car les patients sont vus selon leur ordre d'arrivée, plutôt que selon un créneau de rendez-vous répartis sur la journée. Ce problème de temps d'attente à l'échelle de l'île est actuellement abordé par un programme pilote d'intervention mis en place par le ministère de la Santé. Parmi les autres problèmes logistiques abordés par le ministère de la Santé, mentionnons l'absence de systèmes électroniques de dossiers de santé des patients, avec l'introduction récente d'un dossier médical électronique à l'UHWI. Après avoir utilisé plusieurs dossiers médicaux électroniques dans di-



Le personnel de la clinique de rhumatologie du Cornwall Regional Hospital, en Jamaïque. De gauche à droite : D^{re} Taneisha K. McGhie (rhumatologue), D^r Delansie Lawrence (interniste), Allison Johnson (secrétaire), Mary Trought (gestionnaire des services infirmiers de l'unité). Les résidents en rotation du département de médecine ne sont pas présents.

vers hôpitaux de Toronto, je m'attends à une amélioration de l'efficacité, avec la formation appropriée des utilisateurs, et à ce qu'il y ait un plus grand potentiel de collecte de données médicales à des fins de recherche.

En attendant que nous puissions accroître le nombre de rhumatologues en Jamaïque, *The Arthritis Program* (TAP) conçu par le D^r Carter Thorne à Newmarket, en Ontario, fournit un modèle de soins améliorés pour les patients grâce à la mobilisation du personnel de santé apparenté. Une structure semblable en Jamaïque pourrait éventuellement offrir des services de counseling, de diététique, de soutien social et autres, qui répondraient aux besoins non comblés auxquels cinq rhumatologues ont de la difficulté à répondre. Des investissements en télémédecine faits en partenariat pourraient être requis comme mesure intérimaire jusqu'à ce qu'une main-d'œuvre suffisante soit en place.

Une autre difficulté pour de nombreux patients ici en Jamaïque est l'accès aux médicaments. Il existe des programmes de subventions, comme le *National Health Fund* (NHF), par l'entremise desquels les résidents obtiennent de l'aide pour payer les médicaments sous ordonnance, quels que soient leur âge, leur état santé et leur revenu. Toutefois, les pénuries de médicaments dans le système du gouvernement entraînent parfois une interruption de traitement et font que certains médicaments essentiels pour le lupus, comme le mycophénolate, ne sont pas couverts. Actuellement, il y a cinq agents biologiques parentéraux disponibles. Toutefois, l'utilisation de ceux-ci est faible en raison du coût mensuel prohibitif variant entre 300 \$ et 1 400 \$ (CAD), même avec la subvention du NHF. En Jamaïque,

(suite à la page 29)

Mon expérience de la rhumatologie en Afrique du Sud et au Canada

par Myat Tun Lin (Tun) Nyo, MBChB, FCPSA (Rhumatologie), FRCPC

J'ai obtenu mon certificat de sous-spécialité en rhumatologie du Royal College of Physicians d'Afrique du Sud, en 2012, et j'ai travaillé comme rhumatologue à temps plein pendant quatre ans avant de déménager au Canada en juillet 2017. Cela fait maintenant un an que j'ai commencé à pratiquer la rhumatologie générale pour adultes à Saskatoon.

Dans cet article, je souligne les différences que j'ai remarquées entre les systèmes de soins de santé du Canada et de l'Afrique du Sud dans le domaine de la rhumatologie. L'Afrique du Sud a un système de soins de santé à deux vitesses : il y a le système public dont le financement est limité et qui donne des soins à la majorité; et l'autre est un système privé qui bénéficie de plus de ressources. J'ai travaillé dans un hôpital de soins tertiaires du système public en Afrique du Sud, et mes patients étaient presque exclusivement des Sud-Africains autochtones. Je n'ai eu aucune expérience du système privé.

L'une des principales différences entre les deux pays est la façon dont la tenue de dossiers et les renvois sont organisés. Pendant qu'à Saskatoon, on utilise des ordinateurs et Internet pour faire la tenue des dossiers des patients et des renvois, tout est écrit à la main en Afrique du Sud.

Le spectre de maladies est également différent. Par exemple, je n'avais jamais vu de cas de pseudopolyarthrite rhizomélique, de synovite symétrique séronégative résolutive avec œdèmes prenant le godet, de maladie de Horton, ni de vascularite à ANCA pendant mes quatre années de pratique en Afrique du Sud. Toutes ces maladies sont fréquentes à Saskatoon, surtout la pseudopolyarthrite rhizomélique, la synovite symétrique séronégative résolutive avec œdèmes prenant le godet et la maladie de Horton. La spondylarthrite ankylosante et la polyarthrite psoriasique étaient des maladies rares chez mes patients sud-africains pendant mes quatre années là-bas, mais j'ai quand même diagnostiqué et géré plusieurs cas en une seule année à Saskatoon. Les maladies inflammatoires les plus courantes que j'ai traitées en Afrique du Sud étaient la polyarthrite rhumatoïde et la goutte. Le syndrome de Sjögren est rarement observé chez les patients sud-africains et je n'ai traité qu'un cas là-bas pendant mes quatre années de pratique en rhumatologie.

Une autre différence importante que j'ai remarquée entre les deux pays est la disponibilité des options thérapeutiques.



Personnel de l'unité de rhumatologie au Dr. George Mukhari Academic Hospital. De gauche à droite : S. Tselane, M. T. L. (Tun) Nyo, D. J. Lebuso et M. C. Segoe.

Tandis que j'ai maintenant accès à presque tous les traitements biologiques appropriés ici, à Saskatoon, seulement deux étaient à ma disposition en Afrique du Sud (étanercept et rituximab pour la polyarthrite rhumatoïde).

Enfin, ce qui est tout aussi important, c'est que les décisions concernant le traitement relèvent généralement d'une responsabilité partagée avec les patients ici, à Saskatoon, alors que j'en étais généralement le seul responsable en Afrique du Sud. Il y a généralement beaucoup plus de discussions et de négociations avec les patients avant d'entreprendre un traitement à Saskatoon par rapport à ce qui se fait en Afrique du Sud, où les patients ont tendance à accepter simplement le traitement que le médecin estime être le meilleur pour eux. Personnellement, je trouve de la satisfaction à travailler aux deux endroits, bien que de façons légèrement différentes.

*Myat Tun Lin (Tun) Nyo, MBChB, FCPSA (Rhumatologie), FRCPC
Professeur adjoint,
Division de rhumatologie,
Département de médecine interne,
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)*

Pratique en rhumatologie des deux côtés de l'océan

par Brandusa Florica, M.D., Ph. D., FRCPC

Lorsque je réfléchis à mon passé et que je compare les deux périodes de ma vie, je me rends compte que ce n'est possible qu'au travers du prisme de mon expérience et de ma façon de penser actuelle. Il y a de cela quelques années, j'étais très heureuse d'entreprendre un programme de résidence en rhumatologie, puis de pratiquer en tant que rhumatologue lorsque j'ai terminé mes études universitaires en médecine en Roumanie. Avant de me diriger en rhumatologie, j'avais le choix d'opter pour un programme de chirurgie (pour lequel je ne sentais aucune vocation) ou pour un poste d'omnipraticienne dans une région éloignée du pays, qui ne donnait qu'un accès minimal à quelque outil de recherche ou option thérapeutique que ce soit. Mon intérêt pour la rhumatologie est lié à mon penchant pour le travail d'enquête ainsi qu'à la nécessité de tirer une satisfaction professionnelle de l'aide offerte à ceux qui souffrent, de même qu'à mon premier mentor en médecine, qui fut pour moi un grand modèle personnel et professionnel.

Comment décrire mon expérience de rhumatologue en Roumanie? Il y avait, comme vous vous en doutez sûrement, beaucoup de similitudes et de différences par rapport au travail au Canada. J'étais entourée de nombreux rhumatologues enthousiastes, qui possédaient de très bonnes connaissances et une vaste expérience en pratique clinique. J'ai travaillé avec des patients à l'hôpital et en consultation externe dans une clinique située dans ce même milieu hospitalier. Les pathologies étaient semblables : il y avait de nombreux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, de spondylarthrite inflammatoire et d'arthrose, mais nous voyions aussi d'autres cas parmi tout l'éventail des maladies rhumatismales. J'avais l'impression que les patients roumains souffraient d'une forme plus grave d'arthrite inflammatoire occasionnant de nombreuses incapacités et affectant davantage leur qualité de vie. Ces observations découlent cependant d'une expérience dans un centre spécialisé de troisième ligne qui remonte à il y a 10 ans, époque à laquelle les diagnostics précoces et les nouvelles options thérapeutiques étaient relativement moins accessibles. Pays d'Europe de l'Est, la Roumanie possédait un système de santé relativement pauvre, de sorte que les outils diagnostiques étaient limités. L'aspect positif de cet état des choses, c'est qu'il a motivé les médecins à devenir plus attentifs lors des examens cliniques et à mettre au point des compétences cliniques utiles. J'ai toujours admiré la capacité de mes professeurs à diagnostiquer une affection uniquement en fonction d'un examen clinique détaillé et d'une revue ciblée des antécédents.



Groupe de rhumatologie, dirigé par la professeure Rodica Chireac, à l'Université de médecine et de pharmacie de Iași, Roumanie, en 2002.

Contrairement à une pratique fondée principalement sur la réalisation habile de consultations avec le patient et d'exams physiques, la pratique en rhumatologie que j'ai observée au Canada fait plus fréquemment appel aux données de recherche disponibles. Il s'agit d'une pratique orientée par les demandes des patients et la nécessité de documenter les résultats expérimentaux en lien avec des critères d'admissibilité en matière diagnostique ou thérapeutique imposés par les régimes d'assurance offerts par des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Cela n'accorde au médecin qu'une liberté partielle au chapitre de la créativité et de l'adaptation de la pratique aux cas spécifiques des patients; cela ne lui permet pas non plus de relever des défis relativement à ses compétences diagnostiques ou d'essayer différentes options thérapeutiques. Autrement dit, il y avait plus de possibilités de pratiquer une médecine de type « cowboy » en Roumanie. Bien sûr, chacun de ces deux types de pratique présente des avantages et des inconvénients. Le diagnostic et le traitement normalisés d'une affection médicale fondée sur des guides de pratique représentent une manière beaucoup plus sûre de pratiquer la médecine.

La relation médecin-patient constitue une autre différence entre la pratique de la rhumatologie au Canada et celle pratiquée en Roumanie. L'interaction entre le patient atteint d'une maladie chronique et le rhumatologue est fondée sur le respect et la confiance, peu importe où l'on se trouve dans le monde. Toutefois, au Canada, l'interaction initiale entre le patient et le rhumatologue fait plus souvent l'objet d'un examen critique de la part du patient. Le médecin peut ainsi être considéré comme un simple fournisseur de services et, selon le point de vue du patient, ce dernier est parfois même sous-qualifié

par rapport au « D^r Google ». Il faut de bonnes compétences et beaucoup de temps pour établir une relation reposant sur la confiance, ce qui est très avantageux pour offrir un traitement efficace. En Roumanie, le médecin est habituellement perçu comme une personne hautement compétente qui est à même de prendre les meilleures décisions pour le patient et de lui fournir les meilleurs conseils dans son domaine d'expertise. Sa compétence n'est pas remise en question par le patient. Il s'agit d'une approche paternaliste plus traditionnelle à la relation entre le patient et le médecin.

D'un autre côté, le médecin canadien a l'avantage d'être exposé à une diversité de maladies rhumatismales et à des attitudes culturelles différentes face aux maladies. Pour être en mesure de saisir la signification réelle des différents comportements des patients, il faut en apprendre davantage sur les différentes cultures et coutumes spécifiques des patients. Je n'oublierai jamais la fois où j'ai été stupéfait par la réaction d'un de mes patients à qui j'ai dû annoncer une mauvaise nouvelle. Il s'agissait d'une personne âgée originaire de Chine qui a souri continuellement au cours de notre entretien, malgré le fait que je lui ai annoncé qu'il était atteint d'une maladie en phase terminale. J'ai d'abord pensé qu'il n'avait pas compris mon message. J'ai compris plus tard que, dans sa culture, une personne fière ne doit pas laisser transparaître ses véritables sentiments sur son visage.

En dépit de certaines différences en matière de pratique de la médecine dans différentes régions du monde, la vraie récompense pour un rhumatologue, c'est d'être valorisé par ses patients pour l'amélioration qu'il apporte à leur qualité de vie. Je me souviens avec joie d'une lettre de remerciement que j'ai reçue d'une patiente roumaine après une période de traitement contre la polyarthrite rhumatoïde. Elle était très heureuse de pouvoir écrire de nouveau à l'aide de la main dont elle avait récupéré l'usage. Les accolades et la joie de mes patients canadiens sont les éléments qui me permettent de passer au travers des longues journées de consultation.

Dans l'ensemble, je me sens bénie et honorée de faire partie de la communauté de rhumatologues professionnels au Canada, ainsi que de partager leur enthousiasme vis-à-vis de notre pratique qui traverse actuellement une période passionnante.

Brandusa Florica, M.D., Ph. D., FRCPC
Chargée de cours,
Division de rhumatologie,
Faculté de médecine,
Université de Toronto
Rhumatologie, Trillium Health Centre,
Toronto (Ontario)



Lors de la Conférence nationale roumaine de rhumatologie de 1996 à Iași.

3^e cours annuel interventions guidées par ultrasonographie avec formation pratique sur des cadavres



DATES : LES 2 ET 3 MARS 2019

LIEU : Centre de simulation et d'apprentissage interactif Steinberg
3575, avenue du Parc, suite 5640,
Montréal (Qc) H2X 3P9



Il est encore temps de s'inscrire et de participer au prochain cours de la CRUS sur l'ultrasonographie musculosquelettique diagnostique et interventionnelle, qui aura lieu les 2 et 3 mars. Tous les participants intéressés recevront une formation pratique approfondie et supervisée du balayage des structures des membres supérieurs et inférieurs avec des cadavres humains embaumés et auront l'occasion de rencontrer sur place le corps enseignant.

DESCRIPTION :

En mettant l'accent sur la sonoanatomie pertinente, les participants assisteront à des démonstrations approfondies et à un examen pratique supervisé des procédures musculosquelettiques courantes de l'épaule, du poignet, de la main, de la hanche, de la cheville et du pied. On y présente notamment une initiation à la biopsie synoviale guidée par ultrasonographie. Le faible ratio élèves/tuteur assure une attention individuelle pour l'acquisition de compétences avancées.

DIRECTEURS DE COURS



Abraham Chaiton
M.D., M. Sc., FRCPC, RhMSUS
Professeur adjoint de médecine,
Université de Toronto
Rhumatologue – Hôpitaux de
Sunnybrook et Humber River



Johannes Roth
M.D., Ph. D., FRCPC, RhMSUS
Professeur de pédiatrie,
Université d'Ottawa
Chef, Division de rhumatologie
pédiatrique, Centre hospitalier pour
enfants de l'est de l'Ontario

CORPS ENSEIGNANT



Ralf Thiele
M.D., FACR, RhMSUS
Professeur agrégé de médecine,
Département de médecine,
Division de rhumatologie,
Université de Rochester,
Ecole de médecine et
de dentisterie



Alessandra Bruns
M.D., M. Sc.
Professeure agrégée,
Université de Sherbrooke
Professeure adjointe,
Université McGill



Stephen Kelly
MBChB, FRCP Ph. D.
Consultant en rhumatologie,
Barts Health NHS Trust
Londres (R.-U.)



Gurjit S Kealey
MBBS, MRCP
Professeur de médecine
Chef, Division de rhumatologie
Directeur d'ultrasonographie
musculosquelettique,
Université de Floride, College of
Medicine – Jacksonville (FL)



Michael Stein
M.D., FRCPC(C)
Professeur adjoint de médecine
Université McGill, Montréal (CAN)
Président, Société pour
l'ultrasonographie en
rhumatologie au Canada



Diane Wilson
M.D. SFRPC
Association des rhumatologues de
l'Atlantique, Atlantic Rheumatology
Ultrasound Society (N.-E.)

FRAIS D'INSCRIPTION : 1 895 \$ CA – Rabais pour les membres de la SCR : 1 650 \$
Inscription à l'avance recommandée : crus-surc.ca/courses/. Les frais d'inscription comprennent tout le matériel de cours, les spécimens anatomiques et les crédits de formation. Tarifs spéciaux d'hôtel disponibles à : Fairmont Le Reine Elizabeth 900, boul. René-Lévesque Ouest, Montréal (Qc) H3B 4A5. Tél. 1 800 441-1414.

CRÉDITS DE FORMATION : Admissible à 3 heures de crédits de la section 1 ou à 11 heures de crédits de la section 3 du programme de MDC du Collège royal du Canada. Tous les crédits obtenus peuvent être convertis en crédits de catégorie 1 de l'AMA PRAMC.

Conférence 2018 de la Caribbean Association for Rheumatology (CAR)

par Raj Carmona, MBBS, FRCPC et Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP

La neuvième réunion annuelle de la Caribbean Association for Rheumatology (pendant tropical de la SCR) s'est tenue en mai 2018 dans la magnifique île de Sainte-Lucie. La conférence a été l'occasion d'offrir une formation médicale continue aux professionnels de la région en plus de servir de forum visant à favoriser le réseautage et la promotion des soins et de la recherche en rhumatologie dans les Caraïbes.

Le soir de l'ouverture de la réunion, le Dr Thorne a présenté une conférence publique sur les modèles de soins, qui a reçu un accueil favorable, suivie d'une séance plénière ayant pour but de démontrer l'efficacité des soins axés sur des équipes. Quant à lui, le Dr Carmona a évalué l'innocuité des traitements biologiques et fourni une mise à jour sur l'ostéoporose, notamment sur la stratification des risques dans une région où les résultats de la densité minérale osseuse (DMO) ne sont pas accessibles. Deux autres conférenciers canadiens (les D^{res} Nicole Johnson et Aurore Fifi-Mah, toutes deux de Calgary) représentaient véritablement les couleurs de la SCR. Malheureusement, la neige avait déjà tout fondu (en laissant découvrir seulement de splendides plages et du sable chaud derrière).

Les participants, y compris le professeur caraïbéen Eon Nigel Harris (celui-là même qui a mis au point le test de détection des anticardiolipines et qui a défini le syndrome des antiphospholipides), ont eu droit à un programme de grande qualité, comprenant un atelier portant sur les échographies musculosquelettiques qui a été organisé avant la conférence par un groupe de rhumatologues écossais (maintenant devenus des habitués de la conférence de la CAR). Le principal volet du programme portait sur des sujets scientifiques, des mises à jour sur plusieurs maladies, des présentations de recherche clinique par des rhumatologues régionaux et des conférences visant à développer la recherche et les bases de données cliniques au sein des Caraïbes. Le deuxième volet visait à informer les praticiens de soins primaires à propos d'un certain nombre de sujets en rhumatologie aux répercussions importantes.

Bien entendu, la réunion de la CAR ne serait pas complète sans la tenue d'une fête (nous étions dans les Caraïbes, après tout). Le deuxième soir, la D^{re} Amanda King, présidente de la CAR, a ouvert les portes de sa maison où s'est tenue une fête au bord de la piscine. Le DJ (qui se consacre de jour à l'obstétrique et à la gynécologie) nous a rempli les oreilles de la magie contagieuse d'une musique appelée « soca » et a enseigné la foule à danser la bachata. La conférence a été couronnée par une visite des majestueuses montagnes Pitons et d'une plage voisine sur un bateau de réception (pourquoi pas).

Malgré la fête, personne n'a perdu de vue l'objectif initial, soit l'amélioration des soins en rhumatologie dans les Caraïbes. En plus des défis géographiques liés à la prestation des soins à des patients



Membres de la SCR présents à la conférence de la CAR : Dr Carter Thorne (Newmarket, Ont.), D^{re} Amanda King (présidente de la CAR) et Dr Raj Carmona (Hamilton, Ont.).

dispersés sur des îles séparées par d'immenses plans d'eau océaniques et du fait il n'y a pas de rhumatologues présents dans de nombreuses îles, il existe plusieurs autres obstacles à surmonter. Les modalités expérimentales, telles que la densité minérale osseuse (DMO), la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique ne sont pas offertes sur de nombreuses îles. Certaines analyses sérologiques doivent être effectuées à l'étranger. Vous n'en faites donc la demande que si vous en avez vraiment besoin, ce qui correspond tout à fait à l'esprit de la campagne *Choisir avec soin*. Le prix des agents biologiques rend le coût de ces traitements simplement inaccessible pour la grande majorité des patients. Même les ARMM classiques constituent pour de nombreux patients une barrière sur le plan des coûts. C'est par leur passion que les rhumatologues de la CAR (assistée par leurs homologues nord-américains d'ascendance caraïbéenne) compensent le manque de ressources. Grâce à ce groupe, l'avenir de la rhumatologie dans les Caraïbes brillera aussi fort que ses rayons de soleil.

Donc, si cela ne vous dérange pas trop de planifier des vacances autour d'événements de formation, vous devriez envisager de participer à la conférence annuelle de la CAR. Cela donne aussi l'occasion de contribuer à l'avancement des soins en rhumatologie dans une région qui en a vraiment besoin. Tout cela n'a rien à voir avec la bonne bouffe, la fête, le soleil radieux et les superbes plages!

*Raj Carmona, MBBS, FRCPC
Professeur agrégé de médecine, Division de rhumatologie
Directeur, Medical Foundations (5^e année), Programme MD
Université McMaster, Hamilton (Ontario)*

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

Congrès annuel 2018 de la British Society for Rheumatology

par John Thomson, M.D., FRCPC

J'ai assisté au congrès annuel de la British Society for Rheumatology (BSR) pour la première fois à Birmingham, au Royaume-Uni, en avril 2013. Au cours de cette même année, j'ai rédigé un article portant sur ce congrès pour le *JSCR* (*JSCR* 2013, vol. 23, n° 4). Dans cet article, je recommandais la participation à ce congrès et je précisais que je prévoyais d'y assister moi-même de nouveau. Par la suite, j'ai assisté au congrès annuel de la BSR en 2014, 2015, 2016 et cette année, à Liverpool, du 1^{er} au 3 mai 2018. Je suis un homme de parole!

Depuis que je participe à ce congrès, c'est la deuxième fois qu'il se tient à Liverpool. Liverpool est la cinquième ville d'Angleterre en importance et compte une population supérieure à 2 millions d'habitants dans sa région métropolitaine. Elle se trouve dans le nord-ouest de l'Angleterre, près de la côte atlantique, dans l'estuaire du fleuve Mersey. D'un point de vue historique, Liverpool a été un port important. La région du vieux port de Liverpool a subi une revitalisation et un renouvellement. Le charmant centre des congrès où a lieu le congrès de la BSR se trouve dans cette région du vieux port. On y trouve aussi de nombreux restaurants, commerces et musées (y compris le musée des Beatles!). Il est également possible de séjourner dans l'un des nombreux hôtels situés à quelques minutes de marche du centre des congrès. La ville et ses habitants ont beaucoup de charme. Si vous comprenez les Liverpoolsiens locaux (que l'on appelle également, familièrement et affectueusement, les « *Scousers* »), vous découvrirez que ce sont des personnes engageantes et amusantes.

Le congrès de la BSR a généralement lieu lors du dernier weekend d'avril. Les activités commencent le mardi matin et se terminent le jeudi après-midi. Au cours des six années suivant ma première participation, le congrès s'est tenu deux fois à Liverpool, deux fois à Birmingham, une fois à Manchester et une fois à Glasgow (j'ai malheureusement raté le congrès en Écosse, terre de mes ancêtres). En raison du moment où se déroule le congrès, du mardi au jeudi, il est relativement facile et efficace d'y accéder de l'Amérique du Nord : un vol vers Londres dimanche soir et un vol de retour le vendredi après-midi. De Londres, le train vous permet de vous rendre facilement partout en Grande-Bretagne.

Les présentateurs étaient principalement originaires du Royaume-Uni. On comptait environ 2 500 participants du Royaume-Uni, de l'Irlande et du territoire continental euro-



Le Dr John Thomson à la réunion de la British Society for Rheumatology à Liverpool.

péen. Parmi les participants figuraient plusieurs représentants du Moyen-Orient, deux Canadiens, je crois, ainsi qu'Henry Averbs et moi-même (il est toujours agréable de pouvoir compter sur un Britannique de souche pour comprendre la culture britannique très particulière!)

Le programme scientifique était de très grande qualité. Il comprenait la combinaison habituelle d'affiches, de présentations orales, de symposiums et de discours. J'ai beaucoup aimé participer aux séances des groupes d'intérêt particulier (GIP) et j'ai trouvé celles sur la pneumopathie interstitielle et la myosite particulièrement instructives.

Visiblement, j'aime et j'estime vraiment ce congrès. Il est très pertinent. D'un point de vue logistique, il est beaucoup plus facile à « gérer » que les congrès internationaux plus importants comme l'EULAR et l'ACR. Le coût total du congrès demeure raisonnable. Les frais d'hébergement moindres dans les villes relativement plus petites où se tient le congrès compensent le prix plus élevé des billets d'avion vers le Royaume-Uni. Encore une fois, je recommande ce congrès et je prévois de continuer à y participer. J'espère vous y voir!

*John G. Thomson, M.D., FRCPC,
Rhumatologue,
Professeur agrégé, Faculté de médecine, Division de rhumatologie,
Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)*

Événements indésirables rhumatismaux liés au système immunitaire associés aux IPCI pour le cancer : bientôt dans une clinique près de chez vous!

par Carrie Ye, M.D., FRCPC, Shahin Jamal, M.D., FRCPC et Marie Hudson, M.D., FRCPC

Cas :

Anna, 71 ans, est atteinte d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) au stade métastatique évoluant malgré trois mois de chimiothérapie classique. Le pourcentage de cellules tumorales exprimant PD-L1 est d'au moins 50 %.

Elle commence à recevoir du pembrolizumab (un inhibiteur de point de contrôle immunitaire [IPCI] ciblant PD-1) par voie intraveineuse (IV) toutes les trois semaines. Après la deuxième perfusion, elle ressent de la douleur et présente de l'enflure à la cheville gauche. À la suite des infusions subséquentes de pembrolizumab des six semaines suivantes, ses symptômes évoluent, atteignant ses épaules, ses poignets et ses articulations métacarpophalangiennes (MCP) ainsi qu'interphalangiennes proximales (IPP). Elle ne présente aucun événement indésirable (EI) lié à son traitement par l'IPCI.

Une consultation en rhumatologie permet de poser un diagnostic de polyarthrite inflammatoire avec 11 articulations tuméfiées et 14 articulations sensibles. La revue des systèmes et l'examen physique sont, par ailleurs, sans particularité, et la patiente semble généralement bien. Des analyses sanguines révèlent un taux de protéine C réactive (PCR) de 40,0 mg/L (augmentation de 5,0 mg/L par rapport à la valeur de départ, avant l'amorce du pembrolizumab) et des résultats négatifs pour les anticorps antinucléaires (AAN), le facteur rhumatoïde (FR) et les anticorps anti-CCP. Une échographie permet de confirmer une synovite des poignets et des articulations MCP. Elle commence la prise quotidienne de 400 mg d'hydroxychloroquine (HCQ) par voie orale, sans prednisone. Quant au pembrolizumab, celui-ci est interrompu temporairement en raison d'une dose et repris dès l'amélioration de ses symptômes arthritiques.

Deux mois après le début du traitement par l'HCQ, elle est totalement asymptomatique et n'a plus aucune articulation sensible ou tuméfiée. Une échographie confirme la résolution des modifications observées par l'échelle de gris et le Doppler. Dix-huit mois plus tard, son CPNPC de stade 4 demeure stable. Elle est traitée par 14 cycles de pembrolizumab (en association avec l'HCQ) avec succès, sans récurrence de l'arthrite inflammatoire.



Discussion :

Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires (IPCI) sont des anticorps monoclonaux qui modulent les signaux immunitaires et qui utilisent le système immunitaire d'une personne pour combattre les cellules cancéreuses. Les cibles de ces anticorps comprennent la protéine 4 associée au lymphocyte T cytotoxique (CTLA-4) et la protéine de mort cellulaire programmé 1 (PD-1). Le succès de ces nouveaux agents est incroyable et révolutionne le traitement du cancer. Les personnes présentant des tumeurs métastatiques réfractaires parviennent maintenant à une stabilisation de leur cancer et, parfois, à une rémission à long terme. Depuis l'homologation du premier IPCI, l'ipilimumab, pour le traitement du mélanome métastatique en 2011, plusieurs autres ont suivi pour de nombreux types de tumeurs, ce qui établit de nouvelles normes en matière de traitement du cancer. Ce changement de paradigme thérapeutique en oncologie s'apparente au changement survenu en rhumatologie après l'introduction des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF).

Même si les IPCI ont permis de sauver des vies, il n'est pas étonnant que lorsque les « freins » naturels du système immunitaire sont inhibés, des événements indésirables liés au système immunitaire (EIsi), importants et souvent graves, surviennent. L'apparition de tels événements indésirables est fréquente avec une prévalence de déclaration atteignant jusqu'à 60 % en monothérapie et 90 % en traitement d'association. Essentiellement, ils peuvent toucher chaque organe du système, mais ils touchent plus souvent la peau, l'appareil gastrointestinal, les glandes endocrines, les reins et le foie. Les EIsi rhumatismaux déclarés comprennent l'arthrite inflammatoire (AI), la spondylarthropathie, le syndrome apparenté à la pseudo-polyarthrite rhizomélitique, la myosite inflammatoire, la vascularite, les symptômes de sécheresse, la maladie de Raynaud et la sarcoïdose. Ils peuvent survenir à tout moment pendant le traitement, en monothérapie ou en traitement d'association (en particulier avec d'autres systèmes organiques) et peuvent ou non se résoudre par l'abandon du traitement par les IPCI.

Même si les EIsi rhumatismaux ressemblent souvent à des maladies rhumatismales classiques, la majorité des cas sont séronégatifs et l'évolution naturelle ainsi que le pronostic demeurent

largement inconnus. Par exemple, nous ignorons si l'arthrite inflammatoire non traitée associée aux IPCI entraîne une maladie érosive ou déformante. Un traitement précoce et agressif est-il urgent? Devrait-on utiliser la stratégie de « traitement axé sur des cibles »? On compte également de nombreux aspects importants liés au traitement optimal, y compris le type et la durée du traitement immunosuppresseur à utiliser, l'effet des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) sur les Elsi et l'interférence possible de l'immunosuppression avec les bienfaits antitumoraux des IPCI. Ce dernier élément est particulièrement préoccupant étant donné que la plupart des études indiquent que les patients qui présentent des Elsi découlant des IPCI présentent également de meilleures réponses tumorales. L'amorce de l'immunosuppression diminuera-t-elle leur probabilité de présenter une réponse tumorale?

Par ailleurs, les données sont rares sur les patients présentant une maladie auto-immune préexistante et leur « admissibilité » au traitement anticancéreux par les IPCI. Dans la majorité des études, les patients présentant une maladie auto-immune sous-jacente ont été exclus. Comme nous l'indique notre expérience en pratique clinique, nos patients sont souvent susceptibles de présenter un cancer, en particulier un mélanome. Devraient-ils être tout de même admissibles pour ce traitement possiblement salvateur de leur cancer?

Le degré de gravité des Elsi est évalué selon les *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE), une échelle allant d'une légère toxicité (stade 1) à une toxicité mortelle (stade 5). La plupart des Elsi musculosquelettiques déclarés à ce jour sont de stade 1 à 3, même si de plus graves ont été décrits. Des cas d'arthralgie ont été signalés chez 4 à 22 % des patients recevant un traitement par des IPCI, parmi lesquels entre 1 et 7 % ont été jugés comme présentant une AI.

Le Groupe de travail sur la prise en charge de la toxicité de la Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) a formulé des recommandations propres à un système pour la gestion des toxicités associées aux IPCI. Pour l'AI de stade 1, ils recommandent la poursuite du traitement par les IPCI, ainsi que le traitement par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), de la prednisone à 10-20 mg tous les jours ou des injections intra-articulaires de corticostéroïdes. L'AI de stade 2 justifie la considération de l'interruption des IPCI, l'aiguillage vers une consultation en rhumatologie et la prednisone à une dose variant entre 20 mg/jour et 1 mg/kg/jour, au besoin. L'AI de stade 3 nécessite l'interruption des IPCI, l'aiguillage vers une consultation en rhumatologie, la prednisone à 1 mg/kg/jour et la considération d'un traitement immunosuppresseur supplémentaire comme le méthotrexate, la sulfasalazine, le léflunomide et les inhibiteurs du TNE.

Dans le cas présenté ci-dessus, les Elsi d'Anna seraient classés comme une AI de stade 2. Son traitement par les IPCI a été interrompu pendant six semaines (une dose sautée) lorsque son arthrite était à son degré le plus intense. Heureusement, elle a répondu à l'hydroxychloroquine, n'a pas nécessité de prednisone



Le groupe CanRIO à Toronto en juin 2018 pour sa réunion inaugurale.

ou d'autres ARMM et elle a été en mesure de reprendre le pembrolizumab sans récurrence de son arthrite ni apparition d'autres Elsi. Elle a continué à présenter une bonne réponse tumorale.

Même si les recommandations de la SITC représentent un bon point de départ pour la prise en charge des Elsi, elles sont issues d'opinions d'experts et ne portent pas précisément sur les Elsi rhumatismaux autres que l'AI. Des recommandations plus étendues sont nécessaires pour guider les rhumatologues dans le traitement de ces patients, tout comme des études pour déterminer le traitement optimal. Par conséquent, le Canadian Research Group of Rheumatology in Immuno-Oncology (CanRIO) a été mis sur pied cette année. La première réunion a eu lieu à Toronto en juin 2018. Nous sommes un groupe de travail principalement composé de rhumatologues de partout au Canada s'intéressant aux Elsi liés au traitement par les IPCI. Nous espérons que cette collaboration entraînera la mise en commun des connaissances entre les centres, l'élaboration de lignes directrices de prise en charge propres à la rhumatologie ainsi que des études qui nous permettront de mieux déterminer l'évolution naturelle et le traitement optimal des Elsi rhumatismaux.

Références et lectures suggérées :

1. Puzanov I, Diab A, Abdallah K, et coll. Managing toxicities associated with immune checkpoint inhibitors: consensus recommendations from the Society for Immunotherapy of Cancer (SITC) Toxicity Management Working Group. *J Immunother Cancer* 2017; 5(1): 95.
2. Naidoo J, Cappelli LC, Forde PM, et coll. Inflammatory Arthritis: A Newly Recognized Adverse Event of Immune Checkpoint Blockade. *Oncologist* juin 2017; 22(6): 627-630.
3. Postow MA, Sidlow R et Hellman MD. Immune-Related Adverse Events Associated with Immune Checkpoint Blockade. *N Engl J Med* 2018; 378: 158-168.

Carrie Ye, M.D., FRCPC

*Professeure clinicienne agrégée, Faculté de médecine,
Division de rhumatologie, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)*

Shahin Jamal, M.D., FRCPC

*Professeure clinicienne agrégée, Faculté de médecine,
Division de rhumatologie, Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)*

Marie Hudson, M.D., FRCPC

*Vice-directrice de la recherche clinique, Institut Lady Davis
Professeure agrégée, Faculté de médecine, Université McGill
Montréal (Québec)*

Campagne *Choisir avec soin*

Vérification clinique des profils de demandes de tests de détection des AAN pour les patients orientés en rhumatologie communautaire

par Nadil Zeiadin, M.D., C.M., FRCPC et Henry Aaverns, MB, Ch.B., FRCP (Londres), FRCPC

Les anticorps antinucléaires (AAN) peuvent être trouvés dans le sérum de nombreux patients atteints d'affections rhumatismales ou non rhumatismales ainsi que chez des personnes en bonne santé. Alors que la sensibilité moyenne des patients atteints de lupus érythémateux disséminé (LED) en regard des AAN est de 93 %, jusqu'à 20 % des personnes en bonne santé obtiendront également des résultats positifs aux tests de détection des AAN¹. Par conséquent, les tests de détection de ces auto-anticorps doivent être réalisés dans le bon contexte clinique, afin d'éviter d'effectuer des tests inutiles et de mal interpréter les résultats¹⁻³.

Les membres de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) ont récemment observé que le test de détection des AAN figurait parmi les tests demandés de manière inappropriée chez les adultes⁴. Cela peut entraîner la réalisation de tests inutiles, des diagnostics erronés ou même des traitements inadéquats¹. De même, les tests inutiles de détection des AAN contribuent davantage à l'augmentation du budget canadien consacré aux soins de santé, dont on a estimé qu'il atteignait 11,5 % du produit intérieur brut (PIB) en 2017⁵.

Dans l'optique de diminuer le nombre de tests inutiles, la SCR a publié en 2015 des recommandations en matière de tests de détection des AAN dans le cadre de la campagne *Choisir avec soin*⁴. Ces recommandations sont conformes aux lignes directrices publiées en 2013 par le gouvernement de la Colombie-Britannique⁶. Essentiellement, elles précisent que les tests de détection des AAN doivent faire l'objet d'une demande uniquement si le clinicien a des doutes cliniques raisonnables quant à la possibilité d'un LED ou d'une maladie du tissu conjonctif (MTC) d'après les antécédents, les observations physiques et les résultats d'autres analyses de laboratoire. Bien que les recommandations visent à réduire la fréquence des tests de détection de l'AAN, il a été démontré que le risque qu'un cas sous-jacent de MTC soit omis est très faible⁷.

Depuis la publication des recommandations de la campagne *Choisir avec soin* il y a deux ans, nous nous sommes efforcés d'évaluer le profil des demandes de tests de détection des AAN dans notre réseau local d'orientation de patients, composé principalement d'omnipraticiens. De plus, nous voulions déterminer la fréquence à laquelle les résultats positifs aux tests de détection des AAN déclenchaient une orientation en rhumatologie. Enfin, nous avons évalué si la sensibilisation aux recommandations publiées modifierait le profil des demandes de tests de détection des AAN dans notre communauté.

Méthodologie

Nous avons effectué un examen rétrospectif de dossiers de patients orientés de manière consécutive à l'aide d'une méthode d'échantillonnage de commodité. Nous avons exclu les orientations motivées

par l'obtention d'un deuxième avis, les patients orientés plusieurs fois et les orientations liées à la réalisation d'une intervention spécifique (telle qu'une injection dans une articulation). D'après les renseignements fournis dans les documents d'orientation, nous avons déterminé que les tests de détection des AAN étaient indiqués lorsqu'ils correspondaient aux critères de la campagne *Choisir avec soin* ou aux recommandations de la Colombie-Britannique (Tableau 1). Nous avons aussi déterminé si la question clinique portait précisément sur des résultats positifs aux tests de détection des AAN et, par conséquent, si elle menait à une orientation. D'après nos données initiales, nous avons envoyé par la poste une brochure d'information soulignant les recommandations de la campagne *Choisir avec soin* et de la C.-B. relatives aux tests de détection des AAN à des cabinets d'omnipraticiens dans les collectivités environnantes. Nous avons également organisé deux séances d'information sur place destinées aux omnipraticiens et aux infirmières praticiennes du secteur public, lesquelles portaient sur la même information que les brochures. Par la suite, nous avons repris notre analyse initiale en utilisant un deuxième échantillon indépendant d'orientations reçu environ deux mois suivant notre intervention.

Tableau 1.

Recommandations pour les tests de détection des AAN

Tests de détection des AAN indiqués

Patients présentant des signes/symptômes spécifiques du LED ou d'autres maladies du tissu conjonctif

Tests de détection des AAN non indiqués

Patients sans au moins un des symptômes suivants :

- pleurésie ou péricardite
- éruptions photosensibles
- signes de trouble rénal selon les résultats de laboratoire
- anémie hémolytique, thrombocytopenie immunitaire, neutropénie
- altérations de la peau causées par la sclérodermie, la dermatomyosite ou la vascularite
- signes de myosite résultant de l'observation clinique ou de résultats de laboratoire
- syndrome de Raynaud
- signes neurologiques

Pour confirmer un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde ou d'arthrose.

Pour évaluer la fatigue, les maux de dos ou d'autres douleurs musculosquelettiques avec un ou plusieurs signes cliniques parmi ceux énumérés ci-dessus.

Figure 1.

Titres sériques d'AAN dans les groupes pour lesquels les tests sont indiqués ou non indiqués

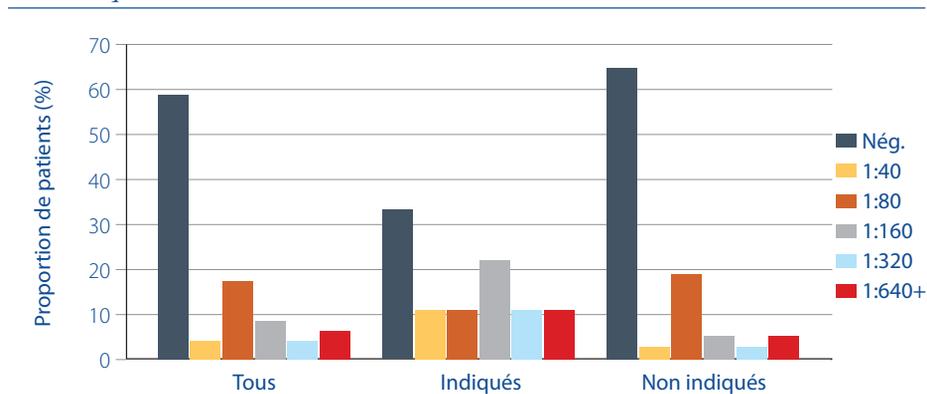


Tableau 2.

Comparaison entre avant et après l'intervention

	Avant l'intervention	Après l'intervention	Valeur de p
Âge (ÉT)	53,1 (17,7)	56,1 (17,7)	0,194
Sexe (proportion de femmes [%])	61 %	62 %	0,906
Fréquence des tests de détection des AAN (proportion des orientations [%])	46 %	48 %	0,817
Tests de détection des AAN indiqués	19,5 %	37,5 %	0,046*
AAN mentionnés dans la question d'orientation	20 %	20 %	1,00
Tests de détection des AAN mentionnés dans la question d'orientation	35 %	70 %	0,239

Résultats

Nous avons examiné 100 nouvelles orientations consécutives d'octobre 2016 à mars 2017. Quarante-six pour cent des orientations ont fait l'objet d'une mesure des titres d'AAN. De ce nombre, 81 % ne répondaient pas aux indications recommandées pour les tests de détection des AAN. Parmi les tests de détection des AAN non indiqués, 59 % se sont révélés négatifs, comparativement à seulement 33 % des tests de détection des AAN indiqués (Figure 1). Vingt pour cent des orientations étaient principalement motivées par l'interprétation des résultats positifs obtenus aux tests de détection des AAN. Treize pour cent des cas de ce nombre (65 %) s'étaient prêtés à un test de détection des AAN non indiqué.

À la suite de notre intervention, nous avons examiné 50 orientations de nouveaux patients consécutifs en utilisant les mêmes paramètres que notre échantillon initial. Nous n'avons observé aucune différence significative dans la fréquence des tests de détection des AAN; cependant, une amélioration significative de la proportion des tests satisfaisant aux critères d'indication a été observée (Tableau 2). Aucune différence significative n'a été observée dans le nombre d'orientations motivées par l'obtention de résultats positifs aux tests de détection des AAN mais, encore une fois, une tendance globale à l'amélioration de l'adhésion aux indications recommandées en matière de tests de détection des AAN a été observée.

Conclusion

Nous avons observé que l'analyse des titres sériques d'AAN était souvent demandée pour les patients orientés en vue d'une consultation en rhumatologie. Malgré les recommandations publiées, nous avons constaté que la majorité des tests de détection des AAN

ne sont pas indiqués. Cela concorde avec les résultats d'autres centres situés au Canada⁸ et aux États-Unis⁹. Nous avons constaté qu'en plus de contribuer à l'augmentation du coût des soins de santé, une grande proportion des tests de détection des AAN inutiles entraînent aussi des orientations vers une clinique en rhumatologie. Cette situation est préoccupante car l'accès aux rhumatologues est déjà limité dans de nombreuses régions du Canada, les temps d'attente pour les patients atteints de maladies rhumatismales présumées dépassant les seuils établis¹⁰.

Sur le plan de la réduction des tests de détection des AAN inutiles, nous avons constaté que la sensibilisation aux recommandations de la campagne *Choisir avec soin* a entraîné une diminution significative de la proportion des tests de détection des AAN inappropriés parmi nos orientations. Néanmoins, aucune réduction de la fréquence des demandes de tests de détection des AAN ou du nombre d'orientations motivées par des résultats positifs aux tests de détection des AAN n'a été observée. Nous soupçonnons que cela est fort probablement attribuable au fait que les

fournisseurs de soins de première ligne doivent cocher une indication acceptée lors de leurs orientations, plutôt qu'à des demandes moins fréquentes des tests de détection des AAN. Ainsi, bien que la démarche éducative vis-à-vis de l'utilisation des tests de détection des AAN doive faire partie de notre stratégie, une approche variée est probablement nécessaire. Des interventions éducatives similaires ont permis de réduire la fréquence des tests de détection des AAN inutiles ordonnés par les rhumatologues¹¹. D'autres stratégies, telles que la mise au point d'un algorithme de laboratoire pour les tests de détection des AAN, se sont aussi révélées fructueuses⁸ et doivent être prises en considération. Il est néanmoins évident que les tests de détection des AAN inappropriés constituent un problème pour ce qui est des orientations en rhumatologie et qu'il faudra mener d'autres recherches concernant à la fois les causes et les stratégies d'intervention efficaces.

Les limites de notre étude comprennent un potentiel biais de l'observateur. En outre, les conclusions concernant l'effet de l'intervention sont limitées en raison du manque de contrôles et d'une possibilité d'effet de Hawthorne.

Nadil Zeiadin, M.D., C.M., FRCPC

Résident en chef, Division de rhumatologie, Université Queen's Kingston (Ontario)

Henry Aaverns, MB, Ch.B., FRCP (Londres), FRCPC

Rhumatologue consultant

Président, Ontario Rheumatology Association

Kingston (Ontario)

Résultats du sondage de la SCR : *Choisir avec soin*

La campagne *Choisir avec soin* est une initiative nationale visant à réduire les tests et les traitements inutiles dans le cadre de soins de santé fondés sur des données probantes, en vue d'appuyer ses propres recommandations. Lancée aux États-Unis en 2012, la campagne s'est transformée en un mouvement mondial qui cherche à responsabiliser les fournisseurs de soins de santé et les patients relativement au choix judicieux à faire en vue d'endiguer le problème des tests inutiles et du gaspillage. Cet objectif est atteint grâce à l'établissement de partenariats avec des sociétés professionnelles représentant différentes spécialités, des associations médicales et des organisations de patients.

Aux fins du sondage *Articulons nos pensées* de ce numéro, nous avons demandé aux représentants de la SCR de nous transmettre leurs réflexions sur la campagne *Choisir avec soin* en lien avec la rhumatologie. De nombreux répondants avaient déjà entendu parler de cette initiative grâce au bouche-à-oreille, à l'ASA de la SCR, au JSCR ou à des courriels diffusés par le JSCR.

Lorsqu'on leur a demandé s'ils connaissaient la liste des cinq recommandations rhumatologiques de la SCR pour aider les médecins et les patients à faire des choix judicieux (choosingwiselycanada.org/rheumatology/), 66 % des sujets ont répondu par l'affirmative.

Seul un répondant sur cinq a affirmé que les cinq recommandations rhumatologiques avaient changé sa pratique ou le feraient dans l'avenir. Bien que ce résultat puisse sembler relativement faible, de nombreux répondants ont indiqué qu'ils suivaient déjà ces recommandations et que, par conséquent, aucune modification n'était nécessaire.

En effet, un répondant a formulé le commentaire suivant : « La liste de la campagne *Choisir avec soin* a probablement plus de répercussions sur les stagiaires et les médecins des soins de première ligne. Les questions sur la réévaluation ne reflètent pas mon point de vue sur la campagne *Choisir avec soin*. Je trouve ça formidable. Toutefois, je crois que la plupart des rhumatologues devraient déjà avoir mis en pratique les éléments de la liste. Il est important que ce sondage prenne en compte le public cible. » Chez ceux dont les pratiques ont changé, les modifications reflétaient un plus grand soin porté aux demandes de tests de détection des AAN, sujet abordé dans l'article des D^{rs} Averno et Zeiadin (page 26 de ce numéro).

Selon les sondeurs, les obstacles à la mise en œuvre pourraient comprendre la crainte de commettre une omission diagnostique et de ne pas répondre aux demandes des patients, même si la plupart des personnes interrogées ont indiqué avoir déjà mis en œuvre les recommandations de la campagne *Choisir avec soin* et qu'il n'existait aucun obstacle dans leur cas.

Cela dit, près de 80 % des répondants au sondage ne connaissaient aucun matériel informatif destiné aux patients offert par la campagne *Choisir avec soin*, et près du tiers d'entre eux ont souhaité en apprendre davantage sur cette initiative. Ces documents à l'intention des patients sont disponibles à l'adresse choisiravecsoin.org/ressources/ et portent principalement sur les circonstances lors desquelles un test de densité minérale osseuse est indiqué et les circonstances requérant la prescription d'un traitement par agent biologique.

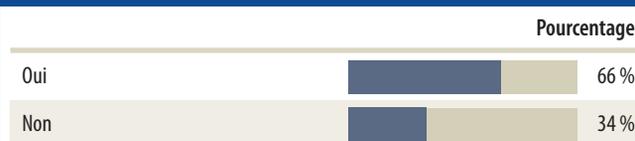
Choisir avec soin : cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1. Évitez de prescrire un test AAN comme examen de dépistage chez les patients qui n'ont pas de signes ou de symptômes précis d'un lupus érythémateux disséminé (LED) ou d'une autre collagénose.
2. Évitez de prescrire un test HLA-B27, sauf si une spondylarthrite est soupçonnée par la présence de signaux ou de symptômes particuliers.
3. Évitez de répéter des examens d'ostéodensitométrie plus souvent qu'aux deux ans.
4. Évitez de prescrire des bisphosphonates aux patients qui ont un faible risque de fracture.
5. Évitez de procéder à des scintigraphies osseuses totales pour le dépistage diagnostique de l'arthrite périphérique et axiale chez les adultes.

Pour de plus amples renseignements sur la campagne *Choisir avec soin* et les cinq recommandations, visitez l'adresse rheum.ca/resources/choosing-wisely/.

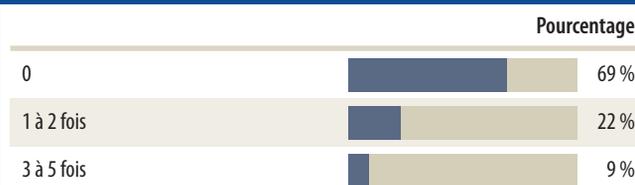
Graphique 1.

C connaissez-vous la liste des 5 recommandations rhumatologiques de la SCR pour aider les médecins et les patients à choisir avec soin?



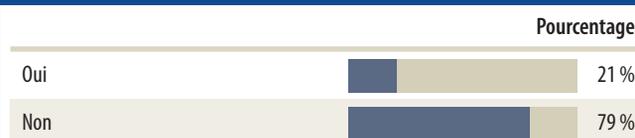
Graphique 2.

Combien de fois avez-vous mentionné les recommandations de la campagne *Choisir avec soin* à un stagiaire ou à un patient au cours de la dernière semaine?



Graphique 3.

C connaissez-vous le matériel informatif destiné aux patients offert par la campagne *Choisir avec soin*?



Des nouvelles du Manitoba

Bulletin d'information du D^r Cory Baillie

Les D^s Tim McCarthy et Cory Baillie sont heureux de souhaiter la bienvenue aux D^s Ada Man (juillet 2018), Ceri Richards et Mai Nguyen (novembre 2018) ainsi qu'à Amber Cogar (janvier 2019) à leurs nouveaux postes au sein de la Manitoba Clinic.

Bulletin d'information du D^r David Robinson

Après huit ans chef de section, le D^r David Robinson quitte son poste afin d'assumer d'autres fonctions administratives au sein du département de médecine. Tout le monde était si heureux de le voir partir qu'on lui offert des cadeaux, dont bon nombre de gadgets de survie très utiles. « La bouteille de scotch étant à présent vide, je suppose que je ne peux pas changer d'avis ». La D^{re} Christine Peschken prend maintenant la relève et met ses excellentes compétences de leadership au service de la section.

Après quatre années à titre de directeur scientifique de l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IALA), le D^r Hani El-Gabalawy est revenu à temps plein à la section. Alors que le travail des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) était prétendument à mi-temps, il voyageait plus qu'il n'était en ville. La section, sa charmante épouse Alda et ses deux nouveaux petits-enfants sont heureux qu'il soit de retour. Enfin, la section est heureuse d'accueillir le D^r Konstantin Jilkine dans ses rangs cliniques.

Bulletin d'information de la D^{re} Kerstin Gerhold

La grande nouvelle par ici, c'est notre initiative révolutionnaire sur la douleur, intitulé *Every Child Every Time*, qui vise à prévenir et à soulager la douleur de tous les enfants, et ce, dans toute la région sanitaire. Cela comprend une clinique de collaboration pour traiter la douleur chronique des enfants et des adolescents. Nous disposons d'une nouvelle clinique pour les patients atteints de maladies autoimmunes systémiques et auto-inflammatoires, qui roule maintenant en quatrième vitesse. Dans l'ensemble, nos chiffres concernant les patients ont presque doublé depuis 2014, et la croissance n'est pas terminée. Heureusement, notre clinique compte sur une excellente nouvelle équipe d'infirmiers et d'infirmières, de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes.



Jeter des ponts : de la rhumatologie au Canada jusqu'en Jamaïque (suite de la page 18)

on estime que seulement 20 % de la population a une assurance privée. Le ministère de la Santé travaille actuellement à la mise en place du régime national d'assurance maladie de la Jamaïque. Cela augmenterait grandement le caractère abordable des consultations de spécialistes, l'accès à l'imagerie et à la médication, un peu comme le fait l'Assurance-santé de l'Ontario.

Mon mandat au Canada a fait ressortir cela, malgré les nombreuses réalisations de mon pays, la Jamaïque fait face à d'importants besoins insatisfaits dans son secteur de soins de santé, la spécialité de la rhumatologie ne faisant pas exception. Malgré ces difficultés, et malgré les problèmes de qualité de l'air et d'infrastructure dont on a beaucoup parlé au CRH, la clinique de rhumatologie est sur pied et fonctionne dans un environnement sécuritaire et fonctionnel. Au moment où nous envisageons un meilleur avenir en soins de santé avec de nombreuses nouvelles initiatives gouvernementales à l'horizon,

la Jamaïque est en position de profiter de collaborations avec le Canada pour la formation de rhumatologues, l'orientation des modèles de soins de santé, y compris la télémédecine, les collaborations en recherche et les chargés de cours invités. Cela permet d'espérer que les ponts construits prendront de l'expansion et résisteront à l'épreuve du temps.

*Taneisha K. McGhie, B. Sc. (spécialisé), MBBS, D.M.
Médecin-conseil, médecine interne et rhumatologie,
Cornwall Regional Hospital,
Montego Bay, Jamaïque
Chargée de cours adjointe,
Département de médecine,
University of the West Indies, Mona
Chercheuse invitée, St Michael's Hospital, Toronto
(facilitatrice : D^{re} Dharini Mahendira)*

Notre gamme de produits biologiques originaux en dit long sur notre engagement continu...

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

BIO ADVANCE® JANSSEN

*Soins axés sur les patients,
simplicité pour vous.*

REMICADE®
SIMPONI®
SIMPONI® IV.
STELARA®

Remicade®
INFLIXIMAB

Simponi® IV
golimumab for infusion,
pour perfusion

Simponi® IV
golimumab pour perfusion

Stelara®
ustekinumab



Le programme BioAdvance® de Janssen offre à l'heure actuelle un soutien spécialisé et personnalisé à plus de **50 000** patients au Canada...

La promesse du programme BioAdvance® de Janssen :

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

XELJANZ XR

NOUVELLE FORMULATION **UNE FOIS PAR JOUR**^{1,2}

XELJANZ XR | 11 mg 1 f.p.j.

XELJANZ XR (tofacitinib), pris en association avec du méthotrexate (MTX), est indiqué pour atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde évolutive modérée ou sévère qui ont eu une réponse insatisfaisante au MTX. En cas d'intolérance au MTX, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ XR (tofacitinib) en monothérapie¹.

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie du produit au <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> pour obtenir des renseignements importants sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions relatives à l'usage clinique qui n'ont pas été abordés dans le présent document. Vous pouvez également obtenir la monographie en composant le 1-800-463-6001.

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



XELJANZ, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada inc., licencié
© 2018 Pfizer Canada inc., Kirkland (Québec) H9J 2M5



f.p.j. = fois par jour

Références :

1. Pfizer Canada inc. Monographie de XELJANZ XR. 11 décembre 2017.
2. Santé Canada. Renseignements sur l'avis de conformité relatif à XELJANZ XR.

PP-XEL-CAN-0193-FR

