

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Pleins feux sur : Favoriser la joie et le bien-être en rhumatologie

Éditorial

Concilier épuisement professionnel,
réduction de la charge de travail et pertinence

Hommage boréal

Le long chemin vers la santé et le bonheur

L'épanouissement professionnel est-il la
solution pour le bien-être et la pérennité?

Rebrancher, renouveler et réimaginer :
points de vue sur l'épuisement professionnel

Arthroscopie

Venez prendre part à l'Assemblée
scientifique annuelle de l'ORA!

La clinique du lupus de l'Université
de Toronto fête ses 50 ans

Initiative des modèles de soins de Bensen

La rhumatologie pour tous en Afrique de l'Est

Dernières nouvelles de la
Société de l'arthrite du Canada

Bilan du congrès ACR Convergence 2022

Innovations dans la collecte de
données en rhumatologie

Le point de vue d'une patiente : Natasha Trehan

Prix, nominations et distinctions

Des honneurs rendus aux D^{rs} Philip Baer,
Heather McDonald-Blumer, Jane Purvis et
Alan Rosenberg

Que fait la SCR pour vous?

Pleins feux sur le personnel de la SCR –
Faites connaissance avec les nouvelles
membres de l'équipe de la SCR!

ICORA

Réduction du stress basée sur la pleine conscience
chez les patients symptomatiques atteints
de polyarthrite rhumatoïde contrôlée

Consultation de couloir

Comment gérer la fibrose rétro-péritonéale?

In Memoriam

Hommage au D^r Denys Ford

Nouvelles régionales

Mise à jour de l'île de Vancouver

SIMPONI[®]

Plus de 10 ans d'expérience au Canada*.
Soutien pour vous et vos patients dans les années à venir.

Depuis 2009



PR

SIMPONI[®], en association avec le MTX, est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes et l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de PR modérément à sévèrement active, et pour ralentir la progression des dommages structuraux chez les patients adultes atteints de PR modérément à sévèrement active et qui n'ont pas reçu de traitement antérieur par le MTX.

Depuis 2009



RP

SIMPONI[®] est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes de la maladie, pour le ralentissement de la progression des dommages structuraux et pour l'amélioration du fonctionnement physique chez les patients adultes atteints de RP modérément à sévèrement actif. SIMPONI[®] peut être utilisé en association avec du MTX chez les patients qui ne répondent pas bien au MTX seul.

Depuis 2009



SA

SIMPONI[®] est indiqué pour la réduction des signes et des symptômes chez les patients adultes atteints de SA active dont la réponse au traitement standard n'est pas satisfaisante.

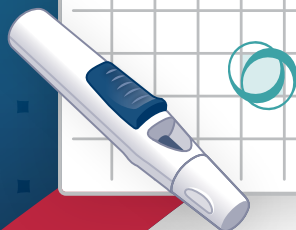
Depuis 2016



**nr-Ax
SpA**

SIMPONI[®] est indiqué pour le traitement des adultes atteints de nr-Ax SpA active grave qui présentent des signes objectifs d'inflammation, tels qu'un taux élevé de CRP et/ou des signes visibles à l'IRM et dont la réponse aux AINS est inadéquate ou qui ne tolèrent pas ces médicaments.

1 MOIS



50 mg **UNE FOIS PAR MOIS**
À LA MÊME DATE CHAQUE MOIS

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse www.janssen.com/canada/fr/products pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'usage clinique. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-387-8781 ou le 1-800-567-3331.

* Toutes indications confondues.

RP = rhumatisme psoriasique | SA = spondylarthrite ankylosante
 PR = polyarthrite rhumatoïde | nr-Ax SpA = spondylarthrite axiale non radiographique
 MTX = méthotrexate | CRP = protéine C-réactive
 IRM = imagerie par résonance magnétique | AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens

Référence : 1. Monographie de SIMPONI[®], Janssen Inc., 20 juin 2019.

© 2021 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence. | Janssen Inc.
 19 Green Belt Drive | Toronto (Ontario) M3C 1L9 | www.janssen.com/canada/fr

Concilier épuisement professionnel, réduction de la charge de travail et pertinence

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Récents scènes dans mon bureau : Une de mes patientes passe à un autre rhumatologue plus proche de chez elle. Elle me dit que je vais lui manquer, notamment parce que je l'ai aidée à avoir accès à WheelTrans (un service de mobilité pour les personnes ayant un handicap). Pourrais-je faire une dernière chose pour elle et remplir son formulaire de crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH)? Malheureusement, je dois répondre non, car les critères pour le CIPH sont plus stricts que ceux pour l'aide à la mobilité.

La patiente suivante, perchée sur le siège de son déambulateur, se présente avec une enveloppe rouge vif. Étant donné que nous nous sommes en janvier, cela pourrait être une carte pour notre bureau pour le Nouvel An ou le Nouvel An lunaire. Mais ce n'est pas le cas. Au lieu de cela, elle me présente un formulaire provenant d'un petit pays situé à des milliers de kilomètres, dans lequel on me demande de confirmer que ma patiente est toujours vivante. Un peu comme pour les anciennes demandes de passeport canadien, lorsque seuls certains professionnels pouvaient être considérés comme étant des répondants. Il y a apparemment un grand nombre de supercentenaires fraudeurs¹, mais ma patiente n'a que 70 ans. Je ris quand je vois qu'une signature et un cachet du cabinet sont requis; oui, j'en ai un qui date d'il y a 30 ans, mais la plupart des médecins n'en ont probablement plus.

La rhumatologie était autrefois appelée « la spécialité la plus heureuse »². Aujourd'hui, les études indiquent que nous avons des niveaux élevés d'épuisement professionnel, même les enquêtes menées lors de la conférence hivernale de rhumatologie à Maui³! Ma boîte de réception et mon fil de médias sociaux médicaux sont inondés de liens vers des articles sur l'épuisement professionnel, la charge de travail et les formulaires. Lire tout cela serait dangereux pour la santé mentale. Par conséquent, notre comité de rédaction a décidé que le numéro thématique du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)* sur le sujet devrait porter sur le bien-être plutôt que sur l'épuisement professionnel, afin de donner une tournure plus positive à la question.

Tout le monde semble d'accord pour dire que l'épuisement professionnel est lié à des problèmes systémiques. Ainsi, nous sommes maintenant engagés dans la réduction de la charge de travail. Le *Medical Post* a mentionné un comité de réduction de la charge de travail en Colombie-Britannique, et *Doctors Nova Scotia* a fait la une des journaux avec ses enquêtes sur le temps que les médecins consacrent aux tâches administratives. Même la Fédération canadienne de l'entreprise indépendante (FCEI) s'est ralliée à notre cause, étant donné l'importance de la santé pour les entreprises et le fait que la plupart des cabinets médi-

caux sont des petites entreprises. L'un des attraits des grandes sociétés et des cliniques médicales gérées par des investisseurs est qu'elles prétendent s'occuper de l'aspect commercial, libérant les médecins pour qu'ils se concentrent sur la pratique médicale. Bien sûr, la charge des formulaires incombe toujours aux médecins. À l'Ontario Medical Association (OMA), nous avons un comité des formulaires qui s'attaque au défi, et notre dévouée D^{re} Jane Purvis en est une membre très motivée.

Sur l'autre côté de la médaille de la charge de travail, on a la pertinence. Nous connaissons tous les cas de prescription inappropriée de tests d'AAN^a, FR^b, anti-CCP^c, ENA^d, et d'imagerie comme l'IRM^e du genou lorsque des radiographies simples ont déjà montré une arthrose. Choisir avec soin Canada travaille sur la question, mais si l'on en croit les demandes de consultation qui passent par mon bureau, il reste beaucoup de travail à faire pour atteindre ses objectifs. Notre demande provinciale normalisée d'analyses de laboratoire a adopté une approche différente; on ne commande plus certains tests en cochant une case mais en écrivant ou en tapant le nom du test de laboratoire. Cela fonctionne apparemment pour des tests comme la TSH^f et la ferritine. Pour quelques tests, à savoir l'APS^g et le taux de vitamine D, il existe des cases à cocher pour indiquer si le test est payé par le gouvernement, ou s'il est non assuré et facturé au patient.

En matière d'IRM, dans un récent billet de blogue, le D^r Sohail Gandhi, ancien président de l'OMA, mentionnait que pour commander une IRM à titre de médecin généraliste, il a dû remplir un formulaire de pertinence de l'IRM en plus de la demande d'IRM⁴. Cela n'a pas semblé le déranger, mais nous sommes tous confrontés au combat entre « charge de travail » et « pertinence ».

Autres exemples de ce combat : recevoir une note de consultation avec le seul mot « arthrite? » réduit la charge du médecin qui envoie la demande de consultation, mais augmente la charge de triage du consultant. L'envoi d'une centaine de pages de résultats de laboratoire en double avec la demande de consultation peut également réduire la charge de travail du médecin généraliste (« transmettez par télécopie le dossier complet, svp »), mais la charge de travail de notre côté n'est pas moindre. Et que dire de l'une de mes sources de demandes de consultation les plus fréquentes qui ne sait pas comment joindre des documents à sa lettre de consultation? Nous sommes ainsi devenus experts dans la fusion de diverses catégories de tests d'imagerie et de résultats de laboratoire en un seul document.

suite à la page 5

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP
Président,
Ontario Rheumatology Association,
Ancien président,
Section de rhumatologie,
Ontario Medical Association
Scarborough (Ontario)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Nigil Haroon, M.D., Ph. D., DM, FRCPC
Président,
Société canadienne de rhumatologie
Co-directeur,
Programme sur la spondylarthrite, UHN
Clinicien-chercheur, UHN
Scientifique,
Institut de recherche de Krembil,
Professeur agrégé, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Trudy Taylor, M.D., FRCPC
Vice-présidente,
Société canadienne de rhumatologie
Professeure agrégée,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP
Présidente sortante,
Société canadienne de rhumatologie
Vice-doyenne,
Enseignement médical prédoctoral
Professeure de médecine,
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

MEMBRES

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Présidente sortante,
Société canadienne
de rhumatologie
Ancienne cheffe de la direction,
Service de rhumatologie,
William Osler Health Centre
Brampton (Ontario)

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

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

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

May Y. Choi, M.D., FRCPC
Conférencière clinique
en rhumatologie,
Cumming School of Medicine
Université de Calgary et
Services de santé de l'Alberta
algary (Alberta)



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

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., M. Sc., FRCPC
Professeur de médecine,
Division de rhumatologie,
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

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

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

Mark Kislingbury
Directeur exécutif

Catherine de Grandmont
Rédactrice principale (version française)

Donna Graham
Responsable de la production

Robert E. Passaretti
Éditeur

Jyoti Patel
Responsable de la rédaction

Ahesha Bélanger
Rédactrice junior (version française)

Dan Oldfield
Directeur de la création

Le JSCR est en ligne!
Vous nous trouverez au
www.craj.ca/index_fr.php
Code d'accès : **craj**

© STA HealthCare Communications inc., 2023. 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 : mars 2023.

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, à l'adresse suivante : 6500 route Transcanadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5.

Concilier épuisement professionnel, réduction de la charge de travail et pertinence (suite de la page 3)

La dernière escarmouche au bureau dans la guerre contre la charge de travail : j'ai vu un patient il y a quelques mois pour une arthrose du genou. Des injections ont été données et j'ai dit au médecin généraliste que le patient pourrait être orienté vers une clinique d'évaluation orthopédique régionale si une chirurgie de remplacement du genou était souhaitée à l'avenir. La clinique d'évaluation régionale exige un formulaire de demande de consultation précis (charge de travail). Récemment, j'ai reçu un document du service régional de soins à domicile contenant une radiographie du genou mise à jour, ma dernière note et un formulaire vierge de demande de consultation à une clinique d'évaluation régionale. La situation était claire : le médecin généraliste avait fait une demande de consultation, mais le formulaire clé n'avait pas été rempli. Mes options : retourner le document par télécopieur au médecin généraliste ou au service de soins à domicile, en précisant que le médecin généraliste doit remplir le formulaire (réduction de la charge de travail pour moi, augmentation de la charge de travail pour le médecin généraliste). Ou, puisqu'il s'agit d'une patiente commune, que j'ai suggéré la référence orthopédique, que j'ai rempli le formulaire de la clinique d'évaluation régionale à de nombreuses reprises et que s'y remplissent automatiquement la plupart des informations requises à partir de mon dossier médical électronique (DME), m'en occuper moi-même et avoir le sentiment d'avoir fait ma bonne action de la journée. J'ai donc rempli le formulaire et l'ai envoyé au bon endroit. Toutefois, j'ai également remarqué que la patiente devait apporter un CD de la radiographie de son genou lors du rendez-vous

(charge de travail et coût pour le patient). Donc, j'ai bouclé la boucle en appelant la patiente. À ma grande surprise, elle m'a dit qu'elle avait déjà un rendez-vous à la clinique d'évaluation régionale la semaine suivante! Conclusion 1 : le médecin généraliste a certainement rempli le bon formulaire de demande de consultation. Je ne comprends pas pourquoi on m'a envoyé un formulaire de demande de consultation vierge. Conclusion 2 : il est ridicule de qualifier notre situation actuelle de « système » de soins de santé.

Glossaire :

^aAAN : anticorps antinucléaires

^bFR : facteur rhumatoïde

^canti-CCP : anti-peptide cyclique citrulliné

^dENA : antigènes nucléaires extractibles

^eIRM : imagerie par résonance magnétique

^fTSH : thyroïdostimuline

^gAPS : antigène prostatique spécifique

^hCD : disque compact

Références :

1. Newman SJ, Supercentenarian and remarkable age records exhibit patterns indicative of clerical errors and pension fraud. bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/704080>.
2. O'Dell J. The Happiest Specialty: Rheumatology Is #1! *The Rheumatologist*. Disponible à l'adresse : <https://www.the-rheumatologist.org/article/the-happiest-specialty-rheumatology-is-1>. Consulté le 1^{er} mars 2023.
3. Tiwari V, Kavanaugh A, Martin G, Bergman M. High Burden of Burnout on Rheumatology Practitioners. *J Rheumatol*. 2020; 47(12):1831-1834. doi: <https://doi.org/10.3899/jrheum.191110>
4. Gandhi S. Moving Procedures to I/HFs is a Step in the Right Direction (billet du 17 janvier 2023). Disponible à l'adresse : <https://justanoldcountrydoctor.com>. Consulté le 1^{er} mars 2023.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Rédacteur en chef, JSCR, Scarborough (Ontario)

Venez prendre part à l'Assemblée scientifique annuelle de l'ORA!

Par Sandy Kennedy, directrice générale. Ontario Rheumatology Association (ORA)

Soyez des nôtres du 26 au 28 mai 2023 au Kingbridge Conference Centre, à King City, à l'occasion de l'Assemblée scientifique annuelle de l'ORA. Le thème de l'assemblée de cette année est *Progress + Promise : Advancing Care in Rheumatology*. La rencontre permettra aux participants de prendre part à des activités cliniques et scientifiques dans le but d'améliorer la qualité des soins offerts en Ontario aux patients atteints de maladies rhumatismales.

La D^{re} Janet Pope a rassemblé une fois de plus une incroyable brochette de conférenciers, composée de personnalités internationales et locales. Venez profiter de séances d'apprentissage en compagnie de conférenciers de renommée internationale, tels que le D^r Atul Deodhar, le D^r Georg Schett, la D^{re} Cynthia Cooper et le D^r Eduardo Mysler. Au nombre de nos conférenciers locaux figurent le D^r Zain Chagla, la D^{re} Stephanie Garner, la D^{re} Amanda Steiman, le D^r Rae Yeung, et plusieurs autres!



Ontario
Rheumatology
Association

Pour en savoir davantage, consultez le site Web de l'ORA au www.ontariorheum.ca.

À bientôt!

Sandy Kennedy

Directrice exécutive, Ontario Rheumatology Association

Réduction du stress basée sur la pleine conscience chez les patients symptomatiques atteints de polyarthrite rhumatoïde contrôlée

Par Isabelle Gaboury, Ph. D., Patricia L. Dobkin, Ph. D., Françoise Gendron, M.D., Pasquale Roberge, Ph. D., Marie-Claude Beaulieu, M.D., Nathalie Carrier, M. Sc., Pierre Dagenais, M.D, Ph. D., Sophie Roux, M.D., Ph. D., Gilles Boire, M.D., M. Sc., FRCPC

Les traitements actuels de la polyarthrite rhumatoïde sont très efficaces pour contrôler l'inflammation et prévenir la destruction des articulations et des os. Certains patients atteints de polyarthrite rhumatoïde continuent de faire état de résultats pénibles, comme la douleur, la fatigue, la dépression ou la déficience fonctionnelle, malgré une inflammation cliniquement contrôlée (polyarthrite rhumatoïde contrôlée) selon le médecin. La meilleure approche pour améliorer les résultats rapportés par les patients est actuellement inconnue.

Dans le cadre d'une étude pilote pragmatique, nous avons offert la participation gratuite à des séances de groupe sur la réduction du stress fondée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Stress Reduction* [MBSR]) dirigées par un thérapeute agréé. Le programme MBSR est une intervention de groupe de huit semaines dont l'efficacité a été démontrée pour aider les patients souffrant d'un certain nombre de maladies¹. Nous avons invité des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde contrôlée (deux articulations gonflées ou moins; protéine C-réactive [PCR] normale) se présentant à leur visite de suivi régulière et présentant des symptômes dépressifs élevés (scores du Centre for Evaluation Studies – *Depression* [CES-D] ≥ 16) et/ou une évaluation générale de l'activité de la maladie par le patient (PGA) supérieure d'au moins 2/10 à l'évaluation générale de l'évaluateur (EGA). Les évaluations ont été réalisées avant et 6 et 12 mois après la MBSR et comprenaient le CES-D, la PGA, le questionnaire d'évaluation de la santé modifié (M-HAQ), l'indice simplifié d'activité de la maladie (SDAI) et des mesures de l'anxiété (trouble anxieux généralisé 7 [TAG-7]), des stratégies d'adaptation (*Coping with Health Injuries and Problems* [CHIP]) et des échelles visuelles analogiques 0-10 pour les troubles du sommeil et la douleur.

Sur les 306 patients sélectionnés, 65 (environ 50 % des patients potentiellement admissibles selon les données de leur visite précédente) ont été orientés par leur rhumatologue vers le personnel de recherche, 39 (60 %) ont signé le consentement, 29 (45 %) ont participé à au moins une séance et 28 (43 %) ont terminé les huit séances du programme MBSR. Le fardeau prévu, le moment et la fréquence des réunions de groupe hebdomadaires, les problèmes de transport, l'âge et les affections concomitantes étaient des obstacles à la participation.



La proportion de patients présentant un CES-D ≥ 16 a diminué de 67,9 % au départ à 36 % ($p = 0,01$) et 11,8 % ($p = 0,002$) à 6 et 12 mois, respectivement. Le M-HAQ ≥ 1 , indicatif d'un handicap au moins modéré, est passé de 57,1 % au départ à 32,1 % à 6 mois ($p = 0,007$), et à 26,1 % à 12 mois ($p = 0,008$). Douze mois après la fin du programme MBSR, l'anxiété, l'adaptation aux émotions et le sommeil s'étaient également améliorés de manière significative. Pourtant, aucun impact significatif n'a été observé sur la douleur, la PGA ou le SDAI. Les entretiens menés auprès de neuf patients six mois après la fin des séances du programme MBSR ont révélé que les avantages pour les patients, notamment l'intégration de stratégies d'adaptation efficaces dans les activités régulières, se poursuivaient.

Nous avons abordé les questions de faisabilité du programme MBSR et la sélection des résultats chez les patients dont la polyarthrite rhumatoïde est contrôlée et qui font encore état de résultats pénibles. Des bénéfices durables ont été constatés en matière d'anxiété, de dépression, de sommeil et de fonctionnement pour les patients qui ont choisi de participer au groupe du programme MBSR. Des interventions moins exigeantes, comme la tenue de séances de groupe en ligne, pourraient permettre une meilleure participation au programme MBSR. Des études de plus grande envergure seront nécessaires pour évaluer l'incidence plus faible de l'intervention sur la douleur et la PGA.

Références :

1. Gaboury I, Dobkin PL, Gendron F, Roberge P, Beaulieu MC, Carrier N, Dagenais P, Roux S, Boire G. Mindfulness-based stress reduction to improve depression, pain and high patient global assessment in controlled rheumatoid arthritis. *Rheumatol Adv Pract.* 2022 Sep 5;6(3):rkac074. doi: 10.1093/rap/rkac074.
2. The center for mindfulness in medicine, health care, and society. Mindfulness-based stress reduction (mbsr): standards of practice. Disponible à l'adresse suivante : https://mindfulness.au.dk/fileadmin/mindfulness.au.dk/Artikler/Santorelli_mbsr_standards_of_practice_2014.pdf. Consulté le 27 février 2023.

Pleins feux sur le personnel de la SCR

Faites connaissance avec les nouvelles membres de l'équipe de la SCR!



Sarah



Erin



Madalyn

Veillez décrire votre rôle au sein de la SCR en une phrase.	Je suis la coordonnatrice du conseil d'administration et des comités, et j'aide des comités de la SCR à progresser et à réaliser leurs diverses initiatives.	En tant que coordonnatrice du marketing et des communications, je tiens nos membres informés des dernières nouvelles et informations.	En tant que coordinatrice du programme et des adhésions, je supervise les adhésions, réponds à toutes les demandes de renseignements généraux et mets les résidents en contact avec les avantages liés à l'adhésion et aux bourses de voyage. Je suis également le principal contact pour les commanditaires et les exposants.
Depuis combien de temps travaillez-vous à la SCR?	Depuis le mois août 2022.	Depuis le mois d'octobre 2022.	Depuis le mois de juillet 2021.
Quel est votre meilleur souvenir de la SCR à ce jour?	Le gala de la dernière Assemblée scientifique annuelle (ASA) à Québec. J'ai été très heureuse de voir les lauréats recevoir les hommages de leurs pairs et j'ai adoré voir tout le monde sur la piste de danse!	Mon meilleur souvenir de la SCR à ce jour est sans aucun doute l'ASA à Québec. C'était merveilleux de pouvoir rencontrer les membres de la SCR en personne et de célébrer leur travail.	La soirée de gala de l'ASA de 2023 de la SCR! C'était tellement amusant de danser, et rencontrer tout le monde en personne a été le moment le plus important pour moi depuis que j'ai rejoint l'association.
Quels sont vos projets d'été cette année?	Beaucoup de jardinage, de randonnées et de planche à pagaie, des visites à la famille aux États-Unis et des séjours dans des chalets avec des amis sur la baie Georgienne.	J'espère passer le plus de temps possible à l'extérieur et je croise les doigts pour qu'un voyage en Europe soit possible.	J'ai l'intention de faire beaucoup d'aventures amusantes en plein air avec ma famille; voici certaines des activités sur ma liste de choses à faire jusqu'à présent : Visiter Tobermory, aller à Canada's Wonderland, Grand Bend, Crystal Beach, assister à un match des Blue Jays, passer une journée à High Park, visiter le plus grand nombre possible de parcs de conservation et faire une longue fin de semaine à Montréal ou à Québec.
Quelle est votre prochaine destination voyage?	Voyage au Portugal en octobre.	Mes deux prochaines destinations de voyage sont la Floride et la ville de New York, deux endroits où je ne suis jamais allée.	La Grenade en août.
Nommez deux choses que vous aimeriez avoir avec vous si vous étiez sur une île déserte (à l'exclusion des articles de base).	Mon téléphone (qui contient toute ma musique) et des livres.	Mon téléphone et ma crème solaire sont les deux premières choses qui me viennent à l'esprit.	Tout ce qui peut permettre d'écouter de la musique, et un couteau suisse.
Pouvez-vous nous dévoiler l'un de vos talents cachés ou passe-temps?	Je fais du découpage de papier (Scherenschnitt), en découpant des motifs élaborés dans une seule feuille de papier. Il faut beaucoup de patience et une main très sûre. Mes œuvres ont été exposées dans un certain nombre de galeries.	Aucun de mes talents ou passe-temps n'est caché, mais j'ai un don pour l'art des ongles et j'aime m'entraîner quotidiennement.	J'adore cuisiner et faire des gâteaux. La danse est mon talent préféré et il n'est pas caché. J'adore danser.
Qu'aimez-vous regarder à la télévision ou que lisez-vous ces temps-ci?	En général, je lis à la fois un roman et un livre documentaire. Roman actuel : <i>The Deep</i> par Alma Katsu. Livre documentaire actuel : <i>The Arbouraut: A Life Discovering the Eighth Continent in the Trees Above Us</i> par Meg Lowman.	J'ai récemment lu <i>Where the Crawdads Sing</i> de Delia Owens et j'ai regardé <i>Down to Earth</i> avec Zac Efron sur Netflix, qui met en lumière des modes de vie sains et durables très intéressants.	Je lis actuellement <i>Keep your Love On</i> de Danny Silk.
Quelle est votre musique préférée des années 80 ou 90?	Beaucoup de bonne musique est sortie des années 80 et 90 – peut-être <i>Wheat Kings</i> de the Tragically Hip, ou <i>Free Falling</i> de Tom Petty.	Je suis née dans les années 90, alors Britney Spears, NSYNC et les Backstreet Boys me rappellent de bons souvenirs!	<i>Girls Just Want To Have Fun</i> et <i>Un buen perdedor</i> .

La clinique du lupus de l'Université de Toronto fête ses 50 ans

Par Dafna D. Gladman, M.D., FRCPC

La clinique du lupus de l'Université de Toronto a été créée en juillet 1970, sous la direction du D^r Murray Urowitz. À l'époque, il s'agissait d'une nouvelle approche étudiant la corrélation entre les manifestations cliniques et de laboratoire du lupus. Le D^r Urowitz a mis au point un protocole standardisé d'extraction des données, qui était suivi à chaque visite de patient par les stagiaires passant 6 à 12 mois dans la clinique du lupus. En 1995, la clinique du lupus a quitté le Wellesley Hospital pour s'installer au Toronto Western Hospital, où elle se trouve encore aujourd'hui.

Depuis sa création, la clinique du lupus a fourni des soins exemplaires à plus de 2 100 patients atteints du lupus érythémateux systémique, tout en contribuant de façon importante à la recherche sur le lupus. Ces recherches ont donné lieu à 521 publications évaluées par des pairs. Au cours de cette période, la clinique a contribué à la formation de 241 chercheurs et cliniciens, 10 étudiants au cycle supérieur et boursiers postdoctoraux, 27 résidents en médecine et 51 étudiants d'été.

Les publications fondamentales portent notamment sur la reconnaissance des complications athérosclérotiques précoces dans le lupus, la maladie sérologiquement active et cliniquement latente, et les études sur la grossesse, la mortalité et les maladies des organes individuels dans le lupus érythémateux systémique.

En raison de la pandémie de COVID-19, la commémoration du 50^e anniversaire prévue en 2020 a été reportée au 1^{er} décembre 2022. Entretemps, le D^r Murray Urowitz, directeur de la clinique depuis sa création, avait pris sa retraite. Ainsi, la célébration du 50^e anniversaire de la clinique du lupus a également été l'occasion de souligner les réalisations de Murray à l'occasion de son départ à la retraite.

L'événement comprenait un symposium avec des présentations de plusieurs médecins qui ont été formés à la clinique du lupus, et une conférence plénière du professeur David Isenberg de Londres, en Angleterre. En raison de la pandémie, seulement 50 personnes ont pu être présentes, les autres invités ont participé virtuellement. Ce symposium fut très instructif.

La célébration s'est poursuivie par un dîner auquel ont participé de nombreux collègues, amis et membres de la famille du D^r Urowitz. La D^{re} Gillian Hawker, présidente de la faculté de médecine de l'Université de Toronto, a souligné l'apport du D^r Urowitz à la faculté de médecine et à l'Université de Toronto. Les D^{rs} Nigil Haroon et Robert Inman ont mentionné l'apport du D^r Urowitz à la division de rhumatologie et à l'Institut Schroeder d'arthrite, et un patient a fourni un témoignage au



Le symposium scientifique commémorant le 50^e anniversaire du programme de lutte contre le lupus du Toronto Western Hospital, ainsi que les contributions du D^r Murray Urowitz, à Toronto le 1^{er} décembre 2022.

nom des autres patients fréquentant la clinique. Le professeur David Isenberg de Londres, en Angleterre, qui a prononcé le discours d'ouverture du symposium, avait écrit une chanson pour célébrer la clinique et Murray, et cette chanson a été interprétée à la fin du symposium et à la clôture de la soirée de célébration.

La chaire Murray Urowitz pour la recherche sur le lupus sera créée au Toronto Western Hospital et le directeur de la clinique du lupus en sera le titulaire. Près d'un million de dollars ont été recueillis jusqu'à présent, mais le montant global nécessaire pour soutenir la chaire est bien plus élevé. Les dons destinés à la chaire peuvent être envoyés par le biais du lien disponible en balayant le code QR sur cette page ou en visitant le site uhnfoundation.ca/.

*Dafna D. Gladman, M.D., FRCPC,
Professeure de médecine, Université de Toronto
Scientifique principale,
Institut de recherche Krembil et Institut d'arthrite Schroeder
Directrice adjointe,
Centre d'études sur le pronostic des maladies rhumatismales
Directrice, Programme d'arthrite psoriasique,
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)*



Le long chemin vers la santé et le bonheur

Par Regan Arendse, FRCP, Ph. D.

Mes priorités et ma vision de la vie ont changé de façon radicale au cours des mois qui ont précédé mon 50^e anniversaire de naissance. Non seulement cette date charnière était quelque peu intimidante, mais la mort soudaine d'un ami proche à un âge similaire après une crise cardiaque m'a poussé à revoir la direction que prenait ma vie très occupée de rhumatologue en milieu communautaire. J'ai réalisé que si je ne changeais pas radicalement de mode de vie, je réduirais considérablement mes chances de passer les dernières décennies de ma vie en bonne santé.

Encouragé par ma femme Germaine, j'ai commencé à faire une activité physique que je préconisais souvent auprès de mes patients : le vélo, pour un bon cardio sans solliciter les genoux. Ainsi, après avoir acheté un vélo d'occasion au magasin près de chez moi, j'ai rejoint un club de cyclisme local qui m'a enseigné toutes les bases de la conduite sûre et responsable sur la route et dans la circulation, avec un groupe de cyclistes aux âges et objectifs similaires. Germaine a rejoint le club un an plus tard, et nous avons bien progressé tous les deux : des difficiles trajets de 30 km, nous sommes parvenus à réussir à faire confortablement 100 km en une journée.

Un an plus tard, notre club de cyclisme nous a fait découvrir une discipline unique appelée le « randonneuring », qui consiste à augmenter progressivement la distance parcourue lors d'un événement, en commençant à 200 km jusqu'à atteindre la distance incroyable de 1 200 km. Au cours des trois années de la pandémie de COVID-19, nous avons allongé nos parcours et, en 2022, nous avons effectué une série de randonnées sur des distances de 200 km, 300 km, 400 km, 600 km, 1 000 km et finalement 1 200 km, réalisées à chaque fois dans les temps. Chaque distance parcourue était un défi, pendant lequel nous avons appris à utiliser notre équipement cycliste sur de longues distances, à surmonter mentalement nos craintes et nos insécurités à l'idée de rouler pendant de si longues périodes ou, enfin, à entraîner notre corps, en particulier les points de contact les plus sensibles, pour résister aux exigences de l'effort physique requis.

Notre objectif en 2023 est de participer à la plus prestigieuse des épreuves de randonnée, le Paris-Brest-Paris (PBP). Cette épreuve couvre une distance de 1 200 km de la ville de Paris à la côte ouest de la France, avec un dénivelé de 11 000 m à



Les D^{rs} Regan et Germaine Arendse

travers les collines de la Bretagne. Accompagnés qu'un groupe de 8 000 cyclistes du monde entier, nous tenterons de relever ce défi de randonnée dans le délai imparti de 90 heures.

Nous avons l'intention de documenter notre préparation et notre participation au PBP, en produisant des vidéos sur YouTube afin d'aider et d'inspirer d'autres personnes ayant l'intention d'opérer un changement significatif dans leur vie. Nous pensons que si nous avons réussi à passer du statut « d'accros du canapé » à celui d'athlètes d'endurance en seulement cinq ans, tout le monde peut le faire. Jetez un coup d'œil aux vidéos les plus populaires que nous avons publiées sur YouTube et qui fournissent des conseils, étape par étape, sur comment commencer et réussir le randonneuring. Notre chaîne YouTube est disponible à l'adresse suivante : www.youtube.com/@reganarendse6157

Croisons-nous les doigts pour que tous les cyclistes de longue distance participant aux différentes épreuves de randonnées dans le monde soient en sécurité et connaissent le succès cette année.

*Regan Arendse, FRCP, Ph. D.
Professeur adjoint de clinique
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)*

L'épanouissement professionnel est-il la solution pour le bien-être et la pérennité?

Exploration de la relation entre l'épanouissement professionnel, l'épuisement professionnel et le maintien en poste chez les médecins canadiens

Par Taylor McFadden, Ph. D., Caroline Gérin-Lajoie, M.D., et Christopher Simon, Ph. D.
(Équipe du bien-être des médecins et de la culture médicale de l'Association médicale canadienne)

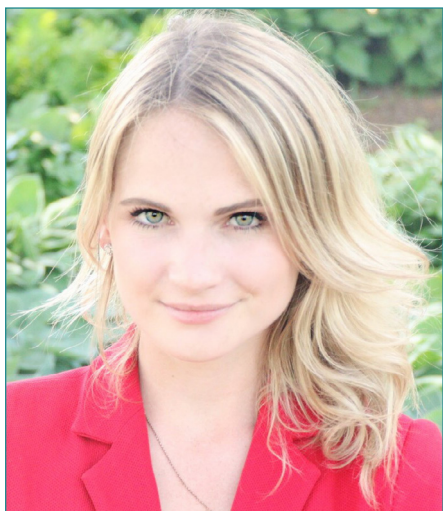
Déclaration : Les opinions et les conclusions exprimées sont celles des auteurs et ne sont pas celles de l'Association médicale canadienne.

Qu'est-ce qui permet aux médecins de continuer, pendant la pandémie et au-delà de celle-ci, malgré les longues heures et les environnements de travail difficiles? L'épanouissement professionnel – qui englobe le bonheur, le sens, l'apport, l'estime de soi, la satisfaction et la joie en médecine – procure-t-il la stimulation nécessaire? L'épanouissement professionnel peut-il atténuer l'épuisement professionnel ou la tentation de réduire les heures de clinique ou de quitter complètement la profession? Le modèle Stanford d'épanouissement professionnel, l'un des plus connus dans le domaine du bien-être des médecins, reconnaît l'importance de l'épanouissement professionnel en le plaçant au centre du modèle et en l'entourant de trois grands piliers : la résilience personnelle, une culture du bien-être et l'efficacité de la pratique. Cependant, pendant la pandémie de COVID-19 au Canada, quels étaient les liens entre l'épanouissement professionnel, l'épuisement professionnel et l'intention de quitter la profession? Le Sondage national sur la santé des médecins (SNSM) de 2021, mené par l'AMC, fournit des réponses à ces questions.

Pourquoi l'épanouissement professionnel est-il si important en médecine?

L'épanouissement professionnel est la récompense positive intrinsèque que nous tirons de notre travail. Bien que la recherche sur l'épanouissement professionnel en médecine soit quelque peu limitée, le concept de motivation intrinsèque a été largement étudié et son lien positif avec le bien-être, le fonctionnement optimal, la productivité et le changement ou le maintien du comportement a été démontré. Lorsque nous éprouvons une satisfaction et un plaisir intrinsèques à faire quelque chose, nous nous sentons bien et sommes motivés pour continuer à le faire. Compte tenu de cela, nous avons émis l'hypothèse que l'épanouissement professionnel pourrait atténuer l'épuisement professionnel et influencer positivement le maintien en poste en médecine.

Le SNSM de l'AMC, qui est mené selon un cycle de trois à quatre ans, mesure et suit les indicateurs de bien-être des médecins au fil du temps, ainsi que les facteurs comportementaux et professionnels liés au bien-être. L'édition de 2021 du SNSM comprend les premières données nationales sur l'épa-



Taylor McFadden, Ph. D.



Caroline Gérin-Lajoie, M.D.



Christopher Simon, Ph. D.

nouissement professionnel des médecins canadiens. Pour obtenir tous les détails sur la méthodologie, les caractéristiques des participants, les données de prévalence et le questionnaire, consultez le *Sondage national sur la santé des médecins de 2021 – Rapport fondamental* disponible au www.cma.ca/sites/default/files/2022-08/NPHS_final_report_FR.pdf.

Les résultats du SNSM de 2021 révèlent que 79 % des médecins ont un score d'indice d'épanouissement professionnel faible, et que seulement 21 % obtiennent un score élevé (n = 3 864). Conformément à notre hypothèse, des analyses plus poussées ont montré que le faible niveau d'épanouissement professionnel est un facteur important d'épuisement professionnel et augmente la probabilité qu'un médecin réduise ses heures de travail ($p < 0,05$). En effet, les analyses de régression logistique binomiale du SNSM de 2021 ont établi l'épuisement professionnel comme l'un des plus importants facteurs d'épuisement professionnel, ce qui correspond à une recherche antérieure. En d'autres termes, les personnes qui obtiennent un score d'épanouissement professionnel faible sont 2,5 fois plus susceptibles de souffrir d'épuisement professionnel. De plus, les médecins qui obtiennent un score d'épanouissement professionnel faible sont 1,5 fois plus susceptibles de mentionner qu'ils ont l'intention de réduire leurs heures de travail dans les 24 prochains mois. Cette constatation a également été faite précédemment et est assez préoccupante compte tenu de la crise des soins de santé au Canada et des problèmes de pénurie de médecins et d'accès aux soins, qui sont de plus en plus rapportés dans les médias. Voir *Passer des données à l'action : comprendre les facteurs de bien-être des médecins* (disponible au www.cma.ca/sites/default/files/2022-11/NPHS-regression-analysis-FR.pdf) pour obtenir tous les détails sur les analyses de régression.

Comment améliorer l'épanouissement professionnel pour promouvoir le maintien en poste?

Les résultats du SNSM de 2021 offrent également un aperçu des moyens d'améliorer l'épanouissement professionnel, par exemple accroître les possibilités d'accomplir des tâches utiles, veiller à ce que les médecins aient le sentiment d'influencer positivement la vie des autres, optimiser le temps passé à travailler en étroite collaboration avec les patients (et réduire le temps consacré aux tâches administratives), s'assurer que les valeurs professionnelles sont alignées sur celles du service, accroître le contrôle de la charge de travail, favoriser la collégialité au travail, augmenter la satisfaction professionnelle et réduire les niveaux de fatigue, de stress et d'épuisement professionnel. Le fait de cibler les facteurs organisationnels (p. ex. la réduction de la charge administrative) et la culture du milieu de travail (p. ex. l'amélioration de la collégialité) pour promouvoir l'épanouissement professionnel et réduire l'épuisement professionnel est conforme aux recommandations formulées par d'autres.

Où aller maintenant?

Si les changements fondamentaux à apporter à la structure du système pour améliorer le bien-être des médecins, leur épanouissement professionnel et la pérennité des soins de santé peuvent prendre du temps à être concrétisés, bon nombre des suggestions ci-dessus peuvent être facilement mises en œuvre à l'échelle locale. Les conclusions du SNSM de 2021 selon lesquelles un score d'épanouissement professionnel faible est un facteur d'épuisement professionnel et augmente la probabili-

té qu'un médecin réduise ses heures de travail ne sont qu'un point de départ et des recherches futures dans ce domaine sont recommandées. Voici d'autres questions qui justifient une enquête plus approfondie :

- Quels facteurs favorisent et entravent l'épanouissement professionnel en médecine (p. ex. la charge administrative, la qualité du leadership, une reconnaissance significative, une rémunération équitable, etc.)? Parmi eux, lequel a le plus d'incidence?
- L'augmentation de l'épanouissement professionnel réduit-elle l'épuisement professionnel et augmente-t-elle le maintien en poste?
- Quel est le lien entre un score d'épanouissement professionnel faible et d'autres résultats comme la qualité des soins, l'expérience des patients, la productivité des médecins, le recrutement et le maintien en poste?

En conclusion, l'épanouissement professionnel est un facteur sur lequel les chercheurs, les organismes de soins de santé et les intervenants devraient se concentrer à l'avenir à titre de solution potentielle aux problèmes de mal-être vécus par les médecins canadiens et à la crise du personnel de santé à laquelle nous sommes confrontés aujourd'hui.

Taylor McFadden, Ph. D.

*Conseillère principale en recherche,
Bien-être des médecins et culture médicale,
Association médicale canadienne
Ottawa (Ontario)*

Caroline Gérin-Lajoie, M.D.

*Vice-présidente exécutive, Bien-être des médecins et culture
médicale, Association médicale canadienne
Ottawa (Ontario)*

Christopher Simon, Ph. D.

*Directeur, Bien-être des médecins et culture médicale,
Association médicale canadienne
Ottawa (Ontario)*

Références :

- Angus Reid Institute. (2022). Doc Deficits: Half of Canadians either can't find a doctor or can't get a timely appointment with the one they have. Disponible à l'adresse : <https://angusreid.org/canada-health-care-family-doctors-shortage/>. Consulté le 27 février 2023.
- Burns KE, Pattani R, Lorens E, et coll. (2021). The impact of organizational culture on professional fulfillment and burnout in an academic department of medicine. *Plos one*, 16(6). Disponible à l'adresse : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0252778>. Consulté le 27 février 2023.
- Canadian Medical Association. (2022a). CMA 2021 National Physician Health Survey. Disponible à l'adresse : https://www.cma.ca/sites/default/files/2022-08/NPHS_final_report_EN.pdf. Consulté le 27 février 2023.
- Canadian Medical Association. (2022b). From data to action: Understanding the drivers of physician wellness. Retrieved from <https://www.cma.ca/sites/default/files/2022-11/NPHS-Regression-Analysis-EN.pdf>. Consulté le 27 février 2023.
- Olson K, Marchalik D, Farley H, et coll. (2019). Organizational strategies to reduce physician burnout and improve professional fulfillment. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 49(12), 100664. Consulté le 27 février 2023. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1538544219301051>
- Ryan RM & Deci EL (2017). *Self-Determination Theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Publications.
- Stanford Medicine. (2023). Self-Assessment: Evaluating your well-being. Disponible à l'adresse : <https://wellmd.stanford.edu/self-assessment.html>. Consulté le 27 février 2023.
- Stanford Medicine. (2016). The Stanford Model of Professional Fulfillment. Disponible à l'adresse : <https://wellmd.stanford.edu/about/model-external.html>. Consulté le 27 février 2023.

Rebrancher, renouveler et réimaginer : points de vue sur l'épuisement professionnel

Stephanie Garner, M.D., M. Sc., FRCPC

En entrant dans les magasins, j'ai toujours la réaction instinctive de chercher mon masque. Si la phase aiguë de la pandémie est peut-être terminée, son incidence sur les médecins et le système de santé ne l'est pas.

Avant la pandémie, la prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins était estimée à 51 %¹. Après deux ans de vie et de travail dans un environnement volatile, complexe et incertain, ce chiffre a grimpé jusqu'à 79,5 % dans certains groupes². L'épuisement professionnel des médecins trouve en grande partie son origine dans des facteurs liés à l'organisation et au système de soins de santé, notamment une charge de travail excessive, des ressources inadéquates, la perte de soutien de la part des collègues et la perte de contrôle et d'autonomie au sein du système³. Les femmes médecins, les médecins parents d'enfants de moins de 21 ans et les médecins en début de carrière sont particulièrement exposés⁴. Le terme d'« équilibre entre vie professionnelle et vie privée » apparaît souvent comme un facteur de protection, mais il reste insaisissable pour la plupart des médecins. Nous savons que les conséquences de l'épuisement professionnel comprennent une augmentation des erreurs médicales et une diminution de la capacité du système de santé (augmentation du taux de roulement, augmentation des départs à la retraite et diminution de la productivité^{5,6}). La rhumatologie au Canada était déjà confrontée à une crise de personnel avant la pandémie⁷.

En tant que femme, membre du corps professoral en début de carrière avec trois jeunes enfants, l'ironie ne m'a pas échappé alors que je prenais connaissance de la littérature pour un manuscrit sur l'épuisement après minuit le soir d'une journée de travail. Cependant, j'y ai vu des raisons de me réjouir : j'ai réalisé que nous parlions ouvertement de l'épuisement professionnel et de la façon d'y remédier. La conversation a cessé de rejeter la responsabilité du « déséquilibre » entre vie professionnelle et vie privée sur le médecin lui-même.

En 2021, l'Ontario Medical Association a publié cinq recommandations pour lutter contre l'épuisement professionnel au niveau du système. Les recommandations étaient les suivantes : 1) rationaliser et réduire la documentation et le travail administratif requis; 2) garantir une rémunération juste et équitable pour tout le travail effectué; 3) améliorer l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée en apportant des changements aux politiques organisationnelles; 4) promouvoir l'intégration transparente des outils de santé numériques dans les flux de travail des médecins; et 5) fournir du soutien institutionnel pour le bien-être des médecins⁸. Il s'agit d'objectifs ambitieux qui nécessiteront une pression et une dé-



Les D^{res} Faiza Khokhar, Saara Rawn, Maggie Larché et Stephanie Garner au dîner de gala de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR, qui a eu lieu en février 2023.

fense constantes de la part de nos organisations provinciales et nationales de médecins pour être mis en œuvre.

Cependant, nous pouvons, en tant que personnes, travailler à résoudre ces problèmes dans notre propre environnement. Les étapes peuvent être modestes, comme parler de l'épuisement professionnel avec nos collègues et apprenants pour normaliser la conversation. En tant que rhumatologues, nous avons la possibilité unique de décider comment et où nous exerçons. Modifier notre environnement de travail pour réduire la charge administrative et transférer des tâches à des professionnels paramédicaux peut constituer un énorme pas vers une charge de travail gérable. Le recours à d'autres modèles de soins et à des préposés à la transcription et l'optimisation des dossiers médicaux électroniques pour la facturation et la documentation sont d'autres stratégies qui peuvent également entraîner des changements.

J'ai récemment eu l'occasion d'assister à l'Assemblée scientifique annuelle de la Société canadienne de rhumatologie à Québec. Cela n'a pas été facile, car il a fallu prévoir des vols avec escales, faire en sorte que mes beaux-parents gardent mes trois enfants « animés » et laisser derrière moi la charge mentale de la famille. Le thème de la réunion était « Reconnecter, renouveler et réimaginer », et c'est ce qui a été fait. Il a fait renaître le sentiment d'appartenance qui avait été perdu pendant l'isolement de la pandémie. Je ne suis pas objective, mais quatre nuits sans enfant, le retour à la norme sociale consistant à établir des liens avec des collègues et à partager les défis, les possibilités et les intérêts ont été incroyablement satisfaisants.

Les changements nécessaires au niveau du système pour lutter contre l'épuisement professionnel vont demander du temps et de la persévérance. Néanmoins, nous devrions nous réjouir d'avoir entamé le processus en déterminant qu'il s'agit d'un problème lié au système plutôt qu'au prestataire et qu'il existe désormais un mouvement national pour s'y attaquer.

Initiative des modèles de soins de Bensen

Par Sandy Kennedy, directrice générale, Ontario Rheumatology Association (ORA)

L'initiative des modèles de soins de Bensen a été créée en 2018 par les membres de l'équipe dirigeante de l'Ontario Rheumatology Association à l'époque : D^r Arthur Karasik, D^r Thanu Ruban, D^r Henry Avers et D^r Rick Adachi. Ensemble, ils ont formé un comité directeur chargé de superviser les aspects essentiels du programme, comme la gouvernance, le parrainage, le mandat et la correspondance régulière avec les dirigeants et le conseil d'administration de l'ORA. Aujourd'hui, l'initiative des modèles de soins de Bensen est dirigée par le D^r Amit Ghelani. Nous remercions toutes les personnes ayant participé à ce projet pour leur apport.

L'initiative des modèles de soins de Bensen a été conçue pour honorer la mémoire de feu le D^r William Bensen, un rhumatologue exceptionnel qui a été un ardent partisan des modèles de soins en équipe. Son cabinet communautaire à Hamilton, en Ontario, comprenait une équipe interprofessionnelle de professionnels paramédicaux qui travaillaient ensemble pour améliorer l'expérience des patients. Son travail de défense d'intérêts, ses stratégies précurseuses et son héritage global sont reflétés par cette initiative.

Chaque année, les membres admissibles de l'ORA sont invités à postuler pour une subvention pour les modèles de soins de Bensen (*Bensen Models of Care Grant*). Les candidats sont encouragés à proposer une initiative qui 1) favorise l'amélioration des soins aux patients grâce à des modèles de soins en équipe dirigés par des rhumatologues; 2) encourage des solutions novatrices pour améliorer l'accès aux soins rhumatologiques; et 3) aide à orienter les politiques de santé vers le financement de modèles de soins en équipe.

Un comité de sélection est créé chaque année et comprend un membre du conseil exécutif de l'ORA, un membre du conseil d'administration, un membre régulier de l'ORA, un professionnel paramédical et un membre de la famille Bensen. Un ou deux candidats retenus peuvent être sélectionnés chaque année pour recevoir un maximum de 40 000 \$. Une demande pour une deuxième année de financement, jusqu'à un maximum de 20 000 \$, sera prise en considération, en fonction du mérite et de la qualité du rapport d'avancement final.

Au fil des ans, le programme a reçu 15 excellentes candidatures et a accordé un total de quatre subventions. Deux projets ont été mis en œuvre avec succès. Le programme a été mis sur pause en 2021 en raison de la pandémie. Le comité directeur était enthousiaste à l'idée de le ressusciter en 2022, tout comme les membres de l'ORA, au vu de la qualité des candidatures reçues! Les récipiendaires de 2022 sont la D^{re} Stephanie Gotthiel et le D^r Derek Haaland. Nous sommes impatients de partager les résultats de leurs projets à venir.

L'ORA est fière de l'initiative des modèles de soins de Bensen et est heureuse d'avoir trouvé un moyen de rendre hommage au regretté D^r William Bensen. Nous sommes particulièrement reconnaissants aux commanditaires qui ont permis la réalisation du projet grâce à leur généreux financement.

Pour de plus amples renseignements sur l'initiative des modèles de soins de Bensen, veuillez communiquer avec Sandy Kennedy à l'adresse skennedy@ontariorheum.ca.

Sandy Kennedy
Directrice générale, Ontario Rheumatology Association

Rebrancher, renouveler et réimaginer : points de vue sur l'épuisement professionnel

(suite de la page 12)

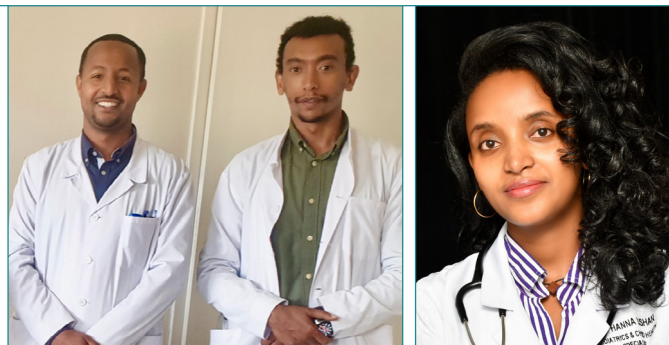
Stephanie Garner, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeure adjointe de clinique, Division de rhumatologie
Rhumatologue, Campus South Health
Présidente, programme Competency by Design
Division de rhumatologie – Éducation
Université de Calgary, Calgary (Alberta)

Références :

- Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et coll. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc.* 2015; 90(12):1600-13.
- Garner S, Anand S, Campbell N, et coll. Impact of the COVID-19 Pandemic on Clinical Practice and Work-Life Integration Experienced by Academic Medical Faculty. *Canadian Journal of General Internal Medicine.* 2022; 17(2):22-32.
- Khan N, Palepu A, Dodek P, et coll. Cross-sectional survey on physician burnout during the COVID-19 pandemic in Vancouver, Canada: the role of gender, ethnicity and sexual orientation. *BMJ Open.* 2021; 11(5):e050380.
- West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018; 283(6):516-529.
- Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, et coll. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14:254.
- Shanafelt T, Goh J, Sinsky C. The Business Case for Investing in Physician Well-being. *JAMA Intern Med.* 2017; 177(12):1826-1832.
- Barber CE, Jewett L, Badley EM, et coll. Stand Up and Be Counted: Measuring and Mapping the Rheumatology Workforce in Canada. *J Rheumatol.* 2017; 44(2):248-257.
- Gajjar J, Pullen N, Laxer D, et coll. Healing the Healers: System-Level Solutions to Physician Burnout Recommendations of the Ontario Medical Association Burnout Task Force. Ontario Medical Association. 2018. Disponible à l'adresse : <https://www.oma.org/uploadedfiles/oma/media/pagetrete/advocacy/health-policy-recommendations/burnout-paper.pdf>. Consulté le 3 mars 2023.

La rhumatologie pour tous en Afrique de l'Est

Par Carol A. Hitchon, M.D., FRCPC, et Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC



Les D^{rs} Birhanu Demelash Desyibelew et Becky Abera Adugna

La D^{re} Hanna Lishan

L'accès aux soins rhumatologiques varie à l'échelle mondiale, mais il est particulièrement limité dans les pays pauvres en ressources, comme ceux d'Afrique de l'Est. Dans ces régions, il y a peu de rhumatologues pour fournir des soins spécialisés en rhumatologie, ou il n'y en a pas. L'enseignement de la rhumatologie aux stagiaires en médecine est souvent limité, l'infrastructure rhumatologique est restreinte et l'accès aux tests de diagnostic et aux médicaments pose problème.

En 2016, à la suite d'une visite à la clinique de rhumatologie de l'hôpital Tikur Anbessa à Addis-Abeba, en Éthiopie, notre groupe a créé « *Rheumatology for All* » (RFA) (rheumatologyforall.org), un organisme de bienfaisance enregistré basé aux États-Unis dont la mission est d'accroître l'accès aux soins rhumatologiques dans les régions disposant de peu de ressources. Nous avons adopté une approche de « formation des formateurs » afin de créer des unités de rhumatologie autonomes. Pour ce faire, 1) nous avons financé la formation de médecins locaux pour qu'ils deviennent rhumatologues; et 2) nous avons proposé des programmes éducatifs aux résidents locaux jusqu'à ce que le rhumatologue de retour au pays puisse les dispenser. Tous les programmes sont menés avec le soutien total et la collaboration des facultés de médecine locales.

Soutien aux bourses d'études : Nos initiatives ont débuté en Éthiopie, un pays de près de 115 millions d'habitants qui n'avait jusqu'alors aucun rhumatologue en exercice. Le RFA a financé une bourse de deux ans en rhumatologie pour deux internistes ayant suivi cette formation à l'Université de Kwazulu-Natal, à Durban, en Afrique du Sud, en 2021. Les D^{rs} Birhanu Demelash Desyibelew et Becky Abera Adugna sont désormais affiliés à l'université d'Addis-Abeba et ont établi des cabinets de rhumatologie très actifs, accueillant plus de 150 patients par semaine. Ils contribuent à la formation clinique en rhumatologie des stagiaires en médecine à Addis-Abeba et supervisent plusieurs projets de recherche pour les stagiaires. Leur succès a été récemment souligné par leur faculté de médecine interne, l'unité de rhumatologie ayant été reconnue pour son excellence dans les services cliniques et la formation des résidents. Il s'agit d'un résultat remarquable si l'on considère qu'il n'existait aucun service de rhumatologie à l'hôpital Tikur Anbessa avant 2021. Grâce aux dons de bienfaisance, le RFA est désormais en mesure de financer une bourse de rhumatologie pédiatrique pour la D^{re} Hanna Lishan, qui commencera sa formation au Cap, en Afrique du Sud, en 2023. La D^{re} Hanna Lishan rejoindra les D^{rs} Desyibelew et Adugna dans la prestation de soins cliniques en rhumatologie et la défense des ressources en rhumatologie pour les Éthiopiens de tous âges.

Le Rwanda, l'un des pays les plus densément peuplés avec une population supérieure à 13 millions d'habitants, ne compte actuellement aucun rhumatologue en exercice. L'enseignement de la rhumatologie et les soins cliniques en rhumatologie sont assurés par des internistes et des spécialistes non rhumatologues. Avec le plein appui de la faculté de médecine de Kigali, nous avons récemment obtenu du financement du Collège royal des médecins et chirurgiens (CRMCC) au moyen du Programme d'aide au développement international et de collaboration, pour offrir une formation sous-spécialisée en rhumatologie au D^r Jean Paul Basbose, qui débutera ses recherches en rhumatologie pour adultes en 2023. Notre groupe continuera à soutenir et à encadrer ces nouveaux rhumatologues à mesure qu'ils avanceront dans leur carrière clinique et universitaire.

En plus de financer la formation des boursiers, nous avons développé un programme d'études en rhumatologie qui peut être dispensé en personne ou virtuellement aux stagiaires dans les régions à ressources limitées. En 2018, des professeurs invités du Canada et des États-Unis ont offert un programme intensif de rhumatologie aux résidents principaux en médecine interne à Addis-Abeba. Les rhumatologues invités ont donné des conférences et une formation en matière de compétences cliniques. Les résidents participants ont également fait des présentations, développant ainsi leurs compétences pour enseigner à leurs plus jeunes collègues. Une adaptation virtuelle du programme de professeurs invités (en raison de la COVID-19) s'est poursuivie jusqu'au retour des D^{rs} Desyibelew et Adugna.

En 2021, à la demande de l'école de médecine de l'Université de Kigali au Rwanda, nous avons développé un programme élargi de rhumatologie virtuelle de 16 semaines pour les résidents de deuxième année de médecine interne. Les conférences et les tutoriels interactifs ont été dispensés virtuellement, en anglais, par un corps professoral international composé de représentants de l'Afrique, du Royaume-Uni, des États-Unis et du Canada, garantissant ainsi un contenu culturellement et régionalement pertinent. Les cours magistraux et les tutoriels étaient complétés par des vidéos de compétences cliniques. Le cours a été répété en 2022 et 2023. Les réactions des résidents ont été positives, bien que la plupart des participants aient demandé un enseignement en personne, en particulier pour les compétences cliniques. Ainsi, en 2023, pour compléter l'enseignement virtuel, les D^{rs} Hitchon, Scuccimarri, Colmegna et Meltzer ont prévu une visite en personne afin de dispenser un enseignement et des tutoriels sur les compétences cliniques aux résidents en médecine interne et en pédiatrie.

L'approche combinée consistant à soutenir le financement de la formation des boursiers et à offrir des programmes éduca-

Dernières nouvelles de la Société de l'arthrite du Canada : nouveau portail de ressources sur la goutte et campagne de sensibilisation au diagnostic précoce

Par Trish Barbato, présidente et chef de la direction de la Société de l'arthrite du Canada

La Société de l'arthrite du Canada met constamment ses ressources à jour avec les données probantes les plus récentes et elle s'efforce d'éduquer le public au sujet de la maladie chronique la plus courante au Canada.

Consultez notre dernière ressource et parlez-en : un nouveau portail qui présente les symptômes, les causes et les traitements de la goutte à arthrite.ca/goutte. Nous y expliquons que la goutte est la forme d'arthrite inflammatoire la plus courante, qu'elle affecte jusqu'à un million de Canadiens et nous aidons les gens à la prendre en charge grâce à de l'information à jour sur les facteurs de risques de la goutte, des conseils d'autogestion de la goutte et des modules d'apprentissage en ligne sur tous les sujets, de l'activité physique à l'alimentation.

Il y a aussi notre toute nouvelle campagne, conçue pour aider les personnes ayant des symptômes articulaires courants qui pourraient se demander : pourrait-il s'agir d'arthrite? Ce printemps, avec nos publicités numériques diffusées à la grandeur du Canada, nous encourageons les gens à vérifier leurs symptômes en ligne afin d'en savoir davantage.

Notre message pour les personnes à risque est qu'il vaut mieux savoir, parce que le diagnostic précoce de l'arthrite et les traitements sont essentiels pour minimiser les dommages aux articulations et l'incapacité.

Si les gens éprouvent de la douleur articulaire, ils ne devraient pas l'ignorer. Des millions de personnes vivent avec l'arthrite et des millions d'autres en sont atteintes, mais ne le savent toujours pas. Comprendre ses symptômes est le premier pas vers un soulagement.



Vos articulations douloureuses vous parlent.

Est-ce de l'arthrite?

Il vaut mieux savoir.

Vérifiez vos symptômes

N'importe qui au Canada peut utiliser l'outil de vérification des symptômes de l'arthrite à www.arthrite.ca/vautmieuxsavoir.

La rhumatologie pour tous en Afrique de l'Est (suite de la page 14)

tifs en rhumatologie aux résidents en médecine et en pédiatrie dans les régions défavorisées vise à développer des capacités rhumatologiques durables pour les soins cliniques et l'éducation, et ainsi améliorer les résultats pour les personnes atteintes de maladies rhumatismales dans ces régions. Ce travail ne serait pas possible sans le soutien généreux de nos donateurs, le financement de projets précis par des organisations telles que le CRMCC, et la mobilisation de nos bénévoles, tous des éléments importants pour aider à réaliser la mission de RFA.

*Carol A. Hitchon, M.D., FRCPC, M. Sc.
Professeure agrégée de médecine,
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)*

*Rosie Scuccimarri, M.D., FRCPC
Professeure agrégée, Département de pédiatrie, Université McGill
Rhumatologue pédiatrique, Hôpital de Montréal pour enfants
Montréal (Québec)*

Programme de soutien aux patients

PfizerFlex

Une équipe expérimentée et dévouée

Inscrivez vos patients en composant le
1-855-935-3539, ou invitez-les à visiter le site
PfizerFlex.ca/fr pour obtenir des renseignements
sur les services offerts par le programme.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

^{Pr}XELJANZ^{MD}/^{Pr}XELJANZ^{MD} 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 et à un traitement par au moins un antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM). En cas d'intolérance au MTX ou à d'autres ARMM, les médecins peuvent envisager l'utilisation de XELJANZ/XELJANZ XR (tofacitinib) en monothérapie.

Il n'est pas recommandé d'utiliser XELJANZ/XELJANZ XR en association avec des ARMM biologiques ou des immunosuppresseurs puissants comme l'azathioprine et la cyclosporine.



XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
PFIZERFLEX, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié
© 2022 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5





LE PROGRAMME PFIZERFLEX ACCOMPAGNE VOS PATIENTS

atteints de polyarthrite rhumatoïde
utilisant **XELJANZ/XELJANZ XR**

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie au <http://pfizer.ca/pm/fr/XELJANZ.pdf> ainsi qu'un avis comportant des renseignements importants en matière d'innocuité accessible à l'adresse <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/xeljanzxeljanz-xr-tofacitinib-risque-evenements-cardiovasculaires-majeurs-cancer> 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. Vous pouvez également vous procurer la monographie en composant le 1-800-463-6001.

Pr **XELJANZ**^{MD} 
[citrate de tofacitinib]

Pr **XELJANZ XR**^{MD} 
[citrate de tofacitinib]

Bilan du congrès ACR Convergence 2022

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Ce texte vous provient du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)*; il n'est pas commandité par l'*American College of Rheumatology (ACR)* et n'en fait pas partie.

L'expression « J'aimerais mieux être à Philadelphie » est dérivée d'une épitaphe fictive que l'artiste W.C. Fields (1880-1946), né dans les environs, a proposée pour lui-même en 1925 : « Ici repose W.C. Fields. J'aimerais mieux vivre à Philadelphie. » Contrairement à la croyance populaire, cette blague ne figure pas sur sa pierre tombale.

Bien que j'aurais préféré être à Philadelphie pour le congrès ACR Convergence 2022, j'ai fini par y assister virtuellement à nouveau. À l'exception de quelques-unes, comme la réunion d'affaires de l'ACR et le « *Rheumatology Knowledge Bowl* », toutes les séances se sont tenues simultanément en ligne et sur place. La qualité audio et vidéo de la plateforme était excellente dans l'ensemble, et les sondages pendant les séances se sont déroulés sans problème. Les PDF des diapositives des présentateurs n'étaient malheureusement pas disponibles au moment où les séances avaient lieu, mais ils nous ont été promis pour plus tard, le cas échéant. Les séances d'affiches préenregistrées étaient de haute qualité, et les PDF correspondants étaient tous disponibles dès le début de la réunion. La plateforme reste ouverte aux fins de consultation jusqu'au 31 octobre 2023, ce qui est un délai très généreux.

Nous vivons dans une « économie de l'attention » où les principales plateformes de médias sociaux cherchent à attirer et à monétiser notre attention. Certains pensent que nos capacités d'attention diminuent en conséquence. La société s'est adaptée, les films et les publicités étant de plus en plus courts ces dernières années. Les parties de baseball professionnel restent un travail en cours. Les réunions médicales ont également dû changer. J'ai noté que la conférence de Dubois sur le LED durait 30 minutes cette année, contre une heure par le passé. L'ACR a également introduit les « *Ignite Talks* », soit des séances totalisant 213 affiches clés, chacune présentée oralement en cinq minutes, une après l'autre, sans période de questions-réponses. L'autre format de séance très important était le « carrefour communautaire », où plusieurs séances couvraient la gamme des aspects cliniques, commerciaux et de recherche de la rhumatologie. Ces séances se déroulaient généralement sur Zoom plutôt que sur la plateforme de réunion principale.

J'ai apprécié la séance d'ouverture, à laquelle ont participé le Dr Ken Saag, président de l'ACR, et Barbara Slusher, présidente de l'ARP. La fiabilité et la réactivité des deux organisations ont été mises de l'avant. La conférence plénière était remarquable; Dr Abraham Verghese, célèbre pour son livre *Cutting for Stone*, a fait une conférence mémorable. Cet auteur reconnu et professeur de la théorie et de la pratique de la médecine à la faculté de médecine de l'Université Stanford a toujours insisté sur la valeur de l'examen physique, une compétence très appréciée en rhumatologie.



Comme d'habitude, de nombreux Canadiens se sont distingués en tant que présentateurs et présidents de séance. Nous étions également bien représentés parmi les lauréats des prix de l'ACR/de l'ARP, et tous les lauréats seront présentés dans les prochains numéros de JSCR. L'une de mes séances préférées a été « *The Great Debate* ». La question était de savoir si les anti-rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) devraient être utilisés pour traiter la polyarthrite rhumatoïde (PR) subclinique afin de prévenir la PR plus grave. Le camp du « non » était constitué d'un duo de choc entièrement canadien : Janet Pope et Hani el-Gabalawy. Le dialogue « patient-médecin » qu'ils ont présenté (y compris ce qui a été dit et ce qui n'a pas été dit par les deux parties), a été formidable pour mettre en évidence les difficultés à faire accepter un tel traitement à un patient, même si nous avions de bonnes données probantes indiquant qu'il pourrait être utile. À la fin du débat, le sondage en ligne a donné un résultat de plus de 90 % en faveur du « non ».

Les études scientifiques sur la COVID-19 ont bien sûr occupé une place importante, notamment l'étude clé intitulée « *Abstract 950: Obstetric Outcomes in Women with Rheumatic Disease and COVID-19 in the Context of Vaccination Status: Data from the COVID-19 Global Rheumatology Alliance Registry* ». Un plus grand nombre de naissances prématurées a été noté chez les femmes non vaccinées par rapport aux femmes entièrement vaccinées (29,5 % contre 18,2 %). L'étude a été présentée dans le cadre d'une séance d'affiches, lors d'une séance *Ignite* et lors d'une conférence de presse de l'ACR par Dr^e Sinead Maguire, qui travaillait auparavant en Irlande et est actuellement boursière en clinique à l'Université de Toronto. Davantage de contenu canadien!

Les séances d'affiches n'étaient présentées que virtuellement, il n'y avait donc pas de salle pour se mêler aux autres et réseauter. Les résumés acceptés s'élèvent à 2 240, dont 17 ont été présentés lors de séances plénières et 282 sous forme de présentations orales.

Parmi les autres séances que j'ai appréciées, citons le bilan de l'année, dans ses versions adulte et pédiatrique, et la séance de synthèse, ainsi que les séances « *FDA Update* », « *Thieves Market* » et « *Curbside Consult* », et plusieurs des conférences



SOCIÉTÉ POUR L'ULTRASONOGRAPHIE
EN RHUMATOLOGIE AU CANADA

5^{ème} formation sur les procédures guidées par ultrasons

SPÉCIMENS CADAVÉRIQUES

Ciblée sur les épaules, coudes, poignets,
mains, hanches, genoux, chevilles et pieds.

22-23 septembre 2023

Centre de compétences et de simulation d'Ottawa

- Interdisciplinaire
- Sessions en petits groupes
- Professeurs internationaux
- Quantité importante d'exercices pratiques



Directeurs de formation



Dr. Abraham Chaiton
MD MSc FRCPC RhMSUS

Université de Toronto



Dr. Johannes Roth
MD PhD FRCPC RhMSUS

Université d'Ottawa

Corps enseignant



Dr. Mohammad Bardi
MD FRCPC

Université de la Colombie-Britannique



Dr. Valérie Belanger
MD MPR PhD

Université de Québec - ULaval



Dr. Alessandra Bruns
MD MSc

Université de Sherbrooke



Dr. Gurjit Kaeley
MRCP RhMSUS

Université de Floride à Jacksonville

déjà mentionnées, notamment les conférences Hench, Gluck, Daltroy et Klemperer. La conférence Hench du Dr Wigley sur la sclérodémie était exhaustive et citait William Osler parmi d'autres cliniciens. J'ai appris que l'hypertension pulmonaire a été redéfinie pour commencer à une pression moyenne de l'artère pulmonaire de 20 au lieu des 25 mm Hg précédents. De même, son conseil de conclusion était mémorable : « Bien que vous ayez des objectifs de traitement (amélioration de la peau, des poumons, de l'appareil digestif et des reins)... n'oubliez pas ceux du patient (douleur, prurit, adaptation) ». D'un point de vue canadien, nous pouvons être fiers du travail effectué par notre propre Groupe de recherche canadien sur la sclérodémie (GRCS) sur ce sujet.

De multiples lignes directrices et critères de classification, nouveaux, mis à jour et provisoires, ont été présentés lors du congrès ACR Convergence. Parmi les sujets abordés, citons la chondrocalcinoïse articulaire (CCA), l'ostéoporose induite par les stéroïdes, le syndrome des antiphospholipides (SAPL) et les vaccinations dans le contexte des maladies rhumatismales. Une nouvelle ligne directrice de l'ACR concernant l'exercice, la réadaptation, le régime alimentaire et d'autres interventions intégratives pour la PR a également été présentée. Un exercice physique régulier était fortement recommandé, tandis que les suppléments alimentaires, la chiropractie et l'électrothérapie étaient déconseillés sous condition.

Je note que l'équipe IgGenerals du Massachusetts General Hospital a remporté l'« ACR Knowledge Bowl », le pendant du jeu *Rhumato-Jeopardy* de la SCR. Un nom d'équipe très approprié.

Comme d'habitude, le congrès ACR Convergence 2022 a été remplie de séances intéressantes, de science de pointe et de présentations innovantes. Les statistiques de participation indiquent que le nombre total de participants était de plus de 13 000; il y avait plus de 11 000 participants scientifiques, soit un peu moins de 7 000 en personne et plus de 4 300 en ligne. La participation internationale a été répartie presque à parts égales; les deux tiers des participants américains étaient présents en personne. L'édition 2023 du congrès ACR Convergence sera à nouveau présentée de manière hybride au début du mois de novembre 2023, et les séances en personne se dérouleront à nouveau à San Diego, où se tiennent fréquemment les réunions de l'ACR. Je vous verrai là-bas, d'une manière ou d'une autre.

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

Réservez votre
place aujourd'hui !

Inscription anticipée recommandée.

Inscrivez-vous sur :
crus-surc.ca/en/courses

CDN
\$1895*

Membres CRA

\$1650*

*Supports de cours,
spécimens anatomiques
et crédits de formation
inclus

Pour plus d'informations, contactez info@ecrus.ca

Innovations dans la collecte de données en rhumatologie

Par Denis Choquette, M.D., FRCPC

Rhumadata^{MC} fête ses 25 ans d'existence en 2023. À ses débuts, on n'y recueillait que des données sur la polyarthrite rhumatoïde (PR). Au fil du temps et des améliorations technologiques ultérieures, le registre recueille désormais des informations sur les spondylarthrites axiale et périphérique, y compris les arthrites associées aux maladies inflammatoires de l'intestin. Toutes les visites chez les rhumatologues (15 au total) font partie de la base de données. Les données recueillies comprennent les données démographiques, l'historique de la maladie, les affections concomitantes et les scores d'activité de la maladie (*disease activity score* [DAS]), l'indice clinique d'activité de la maladie (*clinical disease activity index* [CDAI]), l'indice simplifié d'activité de la maladie (*simplified disease activity index* [SDAI]), le score d'activité de la spondylarthrite ankylosante (*ankylosing spondylitis disease activity score* [ASDAS]), l'activité de l'arthrite psoriasique [AD], etc.) Les résultats rapportés par les patients sont recueillis par différents moyens, comme avec l'aide d'une infirmière lors des visites en clinique ou directement par le patient sur un écran tactile ou une tablette. Les patients peuvent également accéder à leurs questionnaires en ligne, après une invitation leur rappelant de répondre avant leur visite à la clinique. Tous les médicaments et comédicaments sont également recueillis avec les dates de début et de fin, et avec les raisons de l'arrêt, le cas échéant. Tous les tests de laboratoire pertinents sont également accessibles et directement saisis dans la base de données si les patients résident dans la région montréalaise desservie par Optilab. Rhumadata peut également être utilisé comme un dossier médical électronique (DME), il peut générer des formulaires de laboratoire, d'imagerie et de consultation, et il peut conserver des données historiques. C'est aussi un outil d'autoévaluation et de réflexion sur la pratique, qui permet de comparer sa pratique à celle des autres membres du registre.

Rhumadata est également connecté à un autre DME depuis cinq ans, à partir duquel nous pouvons également extraire les données des visites des patients. Les autres rhumatologues souhaitant participer n'ont qu'à signer l'autorisation d'accès au dossier. Ainsi, nos gestionnaires de bases de données pourront récupérer les données si, et seulement si, le patient a signé un formulaire de consentement éclairé.

Un outil comme Rhumadata comporte de multiples facettes. Bien entendu, il s'agit d'un moyen de recherche important permettant d'explorer les questions d'efficacité, de sécurité et de pharmacoeconomie. Mais c'est aussi un instrument pour optimiser la pratique de la rhumatologie et suivre l'évolution du modèle de pratique au fil du temps.

Par exemple, en partenariat avec l'*International Psoriasis and Arthritis Research Team* (IPART), un consortium de registres sur la spondylarthrite au Canada, nous examinons le fardeau résiduel des maladies dans la PR, l'arthrite psoriasique (AP) et la spondylarthrite ankylosante (SA). Plus d'un millier de patients ont fait partie de l'analyse, et nous avons découvert que de nombreux patients présentent une activité résiduelle significative de la maladie à 6 et 12 mois. Cette information devrait être d'un grand intérêt pour la communauté rhumatologique, car elle illustre une lacune importante dans l'optimisation du traitement. On soupçonne de nombreuses raisons, mais les contraintes de temps sont certainement un élément à évaluer. Les payeurs exigent de plus en plus de travail administratif pour accéder aux traitements biologiques, ce qui augmente la charge de travail des rhumatologues. Un autre exemple a été publié par l'équipe de Rhumadata : Quel traitement ultérieur offre la meilleure durabilité après un premier échec de l'inhibiteur du TNF? Certains choix thérapeutiques montrent une plus grande probabilité de rétention, et démontrent également des avantages pharmacoeconomiques. Les données probantes montrent donc qu'un médicament ayant un mécanisme d'action différent devrait être utilisé dans cette situation. Enfin, un projet soutenu par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) a été accepté à titre de séance d'affiches à la convention de l'American College of Rheumatology (ACR) de 2022 à Philadelphie, comparant les produits biologiques originaux et biosimilaires. Les profils d'efficacité et de sécurité étaient semblables. Ceci est rassurant pour les praticiens et les patients.

Rhumadata participe également à une initiative pancanadienne comparant les différents registres au Canada. Il y a une certaine hétérogénéité entre eux, ce qui entraîne des difficultés d'interprétation.

Comme de plus en plus de rhumatologues utilisent les DME, la participation de tous devrait bientôt être possible. Ils devraient faire partie de la pratique habituelle, et ils vont en faire partie, car ils permettent à chacun d'entre nous de réfléchir à la qualité de sa pratique, et ils seront utilisés dans le futur à des fins de maintien des compétences, comme le suggère le Collège des médecins du Québec.

Denis Choquette, M.D., FRCPC
Directeur scientifique,
Rhumadata
Université de Montréal
Montréal (Québec)

Le point de vue d'une patiente : Natasha Trehan

L'école primaire est déjà assez difficile à gérer sans devoir composer avec une maladie chronique. À l'été 2016, j'ai remarqué que mon poignet et mes doigts gauches étaient enflammés. Je jouais activement au tennis et j'ai supposé que j'avais subi une entorse. Une radiographie et une échographie ont prouvé qu'il y avait quelque chose de plus. Mon médecin de famille a alors demandé des analyses de sang et m'a immédiatement adressé à un rhumatologue de l'Hospital for Sick Children, qui a diagnostiqué une arthrite chronique juvénile (ACJ). Je n'avais que 13 ans. Ma famille et moi n'avions jamais entendu parler de cette maladie auparavant, et le diagnostic a changé ma vie.

J'avais du mal à répondre aux commentaires et aux questions de mes camarades lorsque je ne participais pas au cours d'éducation physique en raison de la douleur intense dans mes pieds. Ma capacité limitée à rédiger et à terminer des travaux a amené beaucoup de personnes à me décourager de poursuivre les études scientifiques que j'avais choisies. J'ai été obligée de défendre mes intérêts pendant mes dernières années du secondaire. Outre les difficultés que je rencontrais à l'école, ma maladie n'était pas entièrement prise en charge, car mon corps ne réagissait pas à plusieurs médicaments qui m'étaient prescrits. Les rapports d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont révélé que j'avais des lésions aux pieds, aux doigts et aux poignets. Finalement, après avoir essayé les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les produits biologiques, dix injections de corticostéroïdes dans mes petites articulations et une trithérapie ont permis de faire baisser les marqueurs des tests sanguins ainsi que l'inflammation.

Bien que ma famille et mes amis m'aient soutenue à chaque étape, je me sentais seule. Je voulais savoir ce qu'avaient vécu d'autres personnes ayant reçu un diagnostic à mon âge. Lorsque j'ai essayé de trouver des groupes de soutien, j'ai constaté qu'aucun d'entre eux n'était dirigé par des jeunes. J'ai vu là un grand besoin, et j'étais déterminée à combler cette lacune. Pendant le confinement pandémique, j'ai appris à connaître ma maladie et la façon dont elle nuit à mes articulations. J'ai contacté des organismes de recherche, des médecins et des hôpitaux pour participer à la recherche. Je suis devenue une patiente partenaire du Choice Research Lab, une citoyenne partenaire de l'équipe COVID-END et une membre du Comité consultatif national de Douleur Canada. J'ai effectué un stage d'été au département *eHealth Innovation* de l'University Health Network et, l'année suivante, j'ai été étudiante en recherche dans le programme de biologie cellulaire de l'Hospital for Sick Children.

En mars 2021, j'ai lancé un balado intitulé « *Take a Pain Check* ». Dans chaque épisode, j'accueille et j'interroge des invités directement ou indirectement concernés ou des personnes touchées par les maladies auto-immunes. Il peut s'agir de jeunes



Natasha Trehan, à l'origine de la *Take a Pain Check Foundation* et animatrice du balado « *Take a Pain Check* » (disponible à l'adresse www.takeapaincheck.com).

vivant avec la maladie, de soignants, de chercheurs ou de professionnels de la santé. Chaque personne a la possibilité de parler de son expérience et de son histoire dans le but d'autonomiser les auditeurs. À ce jour, on a eu plus de 50 invités qui ont parlé de leur parcours de santé, de leur vie avec une maladie chronique, de la défense de leurs intérêts, de l'école, des relations, des succès et des défis. Le balado est largement disponible sur un certain nombre de plateformes, notamment YouTube, Spotify, Apple, Google Podcasts et iHeartRadio. En octobre 2021, j'ai créé la *Take a Pain Check Foundation*, un organisme à but non lucratif dont la mission est de former une communauté sûre et inclusive, et de sensibiliser et de soutenir les autres à l'aide de la connexion et de la création de contenu sur les médias sociaux. Pour accroître encore plus la sensibilisation, j'ai participé à l'émission radiophonique *Ottawa Morning* de la CBC. J'ai également lancé un documentaire sur le soutien communautaire et l'amitié en relation avec la maladie chronique. J'ai aussi présenté mon histoire dans le bulletin de la York Region.

Le balado réunit maintenant une communauté de plus de 2 000 invités, ambassadeurs, professionnels de la santé, bénévoles, auditeurs et abonnés. La plateforme *Take a Pain Check* s'est étendue à Instagram, Twitter, TikTok et Facebook. Nous organisons des balados bihebdomadaires, des programmes d'ambassadeurs pour les professionnels de la santé et les jeunes, des événements liés aux maladies rhumatismales, des articles sur notre plateforme de blogue et des rencontres mensuelles appelées « *Joint Chat Rheum* ». J'ai comme grand objectif d'être une voix et de donner la parole, et de continuer à soutenir et à relier les personnes vivant avec des maladies chroniques, pour les années à venir.

Natasha Trehan

Fondatrice, *Take a Pain Check Foundation*

Fondatrice et animatrice du balado « *Take a Pain Check* »

Étudiante de premier cycle, Sciences biomédicales,

Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)



D^r Philip Baer

Prix « Maître » de la Société canadienne de rhumatologie

Le D^r Philip Baer a reçu un prix « Maître » lors de l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de 2023 de la Société canadienne de rhumatologie (SCR). Il s'agit d'une récompense pour l'ensemble de la carrière décernée aux membres âgés de 65 ans et plus qui ont apporté une contribution exceptionnelle au domaine de la rhumatologie. Le D^r Baer est rédacteur en chef du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie*, vice-président du conseil d'administration du *Journal of Rheumatology*, ancien président de l'Ontario Rheumatology Association et ancien président de la section de rhumatologie de l'Ontario Medical Association. Il est auteur-producteur de l'événement *RheumJeopardy* à l'ASA de la SCR depuis 2016. Pendant plus de 35 ans, le D^r Baer a exercé en tant que rhumatologue communautaire à Scarborough, une communauté multiculturelle diversifiée où les maladies rhumatismales sont très répandues.



D^{re} Heather McDonald-Blumer

Prix Lindy Fraser

Avec le prix Lindy Fraser, Ostéoporose Canada souligne chaque année l'apport exceptionnel d'une personne au domaine de la recherche ou de l'éducation sur l'ostéoporose au Canada. La lauréate de 2022 est la D^{re} Heather McDonald Blumer. Heather est reconnue pour son expertise clinique et ses qualités d'enseignante et de formatrice dans le domaine de l'ostéoporose. Elle fait partie du conseil exécutif d'Ostéoporose Canada et elle préside le comité des lignes directrices depuis six ans, en plus d'être présidente du comité de surveillance des conflits d'intérêts dans le cadre du processus actuel d'élaboration des lignes directrices. L'apport de Heather a eu une incidence significative et importante à l'échelle nationale pour Ostéoporose Canada et la communauté de l'ostéoporose au Canada.



D^{re} Jane Purvis

Nommée coprésidente du comité des services aux médecins de l'Ontario Medical Association

La D^{re} Jane Purvis a été nommée coprésidente comité des services aux médecins (CSM) de l'Ontario Medical Association en décembre 2022. Le comité des services aux médecins offre un processus large et structuré pour des communications et un lien réguliers entre l'Association et le ministère provincial de la Santé, autant pour la mise en œuvre de l'entente sur les services aux médecins de 2021 que la consultation sur les initiatives générales de transformation et de politiques du système de santé qui touchent les médecins de l'Ontario.

La D^{re} Purvis est une ancienne présidente de l'Ontario Rheumatology Association (ORA) et elle dirige le comité des affaires gouvernementales de l'ORA.



D^r Alan Rosenberg

Distinguished Professor Award (Prix du professeur émérite)

Le D^r Alan Rosenberg a été désigné professeur émérite de l'Université de la Saskatchewan. Ce titre honorifique est une récompense qui souligne les réalisations exceptionnelles des professeurs de l'Université de la Saskatchewan dans le domaine de la recherche, de l'érudition ou des arts. Cette distinction prestigieuse lui est décernée en reconnaissance de son dévouement et de ses nombreuses réalisations en matière de santé des enfants, et en particulier de son apport à l'avancement des soins et des connaissances sur les enfants atteints de maladies rhumatismales. Cette distinction reflète également l'engagement du D^r Rosenberg à promouvoir et à faciliter les collaborations transdisciplinaires ainsi que son dévouement en matière d'encadrement des prochaines générations de soignants et de chercheurs.

PRIX, NOMINATIONS ET DISTINCTIONS

Le *JSCR* souhaite reconnaître les contributions de ses lecteurs au domaine médical et à leurs communautés locales. Pour que de telles récompenses, nominations ou distinctions puissent être mentionnées dans un prochain numéro, veuillez faire parvenir les noms des récipiendaires, les détails pertinents et un bref compte rendu de ces honneurs à l'adresse jyotip@sta.ca. Les soumissions de photos sont vivement encouragées.

Comment gérer la fibrose rétropéritonéale?

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC, Luke Y. Chen, M.D., FRCPC, M.M. Éd., et Mollie Carruthers, M.D., FRCPC

Le patient :

Un homme de 42 ans d'origine iranienne s'est présenté initialement parce qu'il éprouvait une gêne dans la région périombilicale. En Iran, une tomodensitométrie a montré une atténuation des tissus mous entourant l'aorte depuis les vaisseaux infra-rénaux jusqu'à la bifurcation iliaque commune. La masse mesurait 5,7 cm x 3,0 cm x 5,9 cm. Il a reçu un traitement empirique à la prednisone mais, après un sevrage complet des stéroïdes, la masse est réapparue. Le patient a subi une biopsie guidée par tomodensitométrie qui a montré une inflammation chronique accompagnée de lymphocytes, de plasmocytes et d'éosinophiles et compatible avec une fibrose rétropéritonéale. On a recommencé le traitement à la prednisone, à laquelle s'est ajouté le mycophénolate, médicament qu'il prenait toujours lorsqu'il nous a été présenté.

Les analyses faites au Canada ont montré une fonction rénale normale, comprenant un relevé de créatinine de 81 µmol/L (la normale étant de 60-155 µmol/L) et un débit de filtration glomérulaire estimé à 103 mL/min (la normale étant > 59 mL/min). L'hémogramme, les électrolytes, les enzymes hépatiques et l'analyse d'urine étaient normaux. La protéine C-réactive (CRP) était élevée, soit à 19,1 mg/L (la normale étant < 3,1 mg/L). La protéine totale était élevée, soit à 84 g/L (la normale se situant entre 62 et 80 g/L). Le taux d'IgG4 était normal à 0,719 g/L (la normale se situant entre 0,052 et 1,25 g/L).

Le patient a ensuite rencontré des spécialistes aptes à formuler des recommandations pour le diagnostic et la gestion de la fibrose rétropéritonéale.

Introduction

La fibrose rétropéritonéale (FPR) a été décrite pour la première fois en 1948¹ par John Ormond, un urologue américain. Selon lui, elle prend la forme d'un tissu scléreux dans le rétropéritoine, situé généralement à proximité de l'aorte ou de l'os iliaque et enveloppant des structures adjacentes. Les symptômes les plus courants, à la présentation, sont des douleurs à l'abdomen, au dos ou au flanc accompagnées de symptômes constitutionnels². Les patients peuvent également présenter une insuffisance rénale aiguë attribuable à une obstruction urétérale, avec une fibrose rétropéritonéale mise en évidence lors de la tomodensitométrie de l'abdomen ou du bassin. Un œdème périphérique peut également être présent en raison de la compression des veines iliaques dans le bassin³.

La fibrose rétropéritonéale est une maladie rare; une étude néerlandaise a notamment rapporté une incidence de 1,3 patient atteint par tranche de 100 000 personnes². Il y a une prédominance masculine et l'âge médian d'apparition est de 64 ans². Historiquement, les patients étaient pris en charge par un urologue avec une surveillance en série de l'hydronephrose et la pose en série d'une endoprothèse urétérale³.

Scheel et coll. ont proposé une définition de la fibrose rétropéritonéale qui ne repose pas sur la pathologie. Elle comprend : 1) l'identification par tomodensitométrie (CT) ou imagerie par résonance magnétique (IRM) d'une densité de tissus mous entourant les vaisseaux infra-rénaux ou iliaques; 2) l'absence de dilatation anévrysmale de l'aorte infra-rénale; 3) l'absence de masse intra-abdominale ou pelvienne; 4) l'absence de malignité soupçonnée d'après l'histoire et l'examen physique;

et 5) un dépistage négatif du cancer adapté à l'âge⁴. Une définition axée sur la radiographie est importante, mais ne tient pas compte précisément de l'étiologie de la fibrose rétropéritonéale, car la prise en charge diffère selon la cause sous-jacente. Le profil réunissant l'atteinte aortique, l'atteinte urétérale, la présence de ganglions lymphatiques ou l'extension à la paroi pelvienne n'est pas prédictif, du point de vue radiographique, de la maladie sous-jacente⁵.

Quelles sont les causes de la fibrose rétropéritonéale?

La pathogenèse de la fibrose rétropéritonéale n'est pas connue⁶. Cependant, lorsque la maladie est repérée à partir de biopsies chirurgicales ou guidées par CT, certains profils se dessinent. Malheureusement, il n'y a pas eu d'analyse prospective des résultats de biopsies dans le cas de la fibrose rétropéritonéale. Les cas de fibrose rétropéritonéale rapportés révèlent une prévalence élevée de fibrose idiopathique et liée aux IgG4⁵. Dans l'étude de Khosroshahi, tous les patients porteurs d'un diagnostic antérieur de tumeur maligne ont été exclus. Cela est conforme aux travaux antérieurs publiés, selon lesquels l'association ou la relation de cause à effet entre la fibrose rétropéritonéale et la malignité est difficile à quantifier⁶. On peut affirmer sans crainte qu'une maladie liée aux IgG4 est la cause de la fibrose rétropéritonéale dans 30 à 57 % des cas⁶. La détermination de la présence d'une telle maladie peut représenter l'une des considérations les plus importantes, car cette affection systémique risque d'évoluer au fil du temps.

On a proposé diverses associations entre la fibrose rétropéritonéale et d'autres pathologies telles que l'athérosclé-

Tableau 1

Causes de la fibrose rétropéritonéale

Affections à médiation immunologique

- Amyloïdose
- Maladie d'Erdheim Chester
- Artérite à cellules géantes
- Granulomatose avec polyangéite
- Fibrose rétropéritonéale idiopathique
- Fibrose rétropéritonéale liée aux IgG4
- Sarcoïdose

Infection

- Actinomycès
- Mycobactérie

Tumeurs malignes

- Tumeur myofibroblastique inflammatoire
- Lymphome
- Carcinome métastatique
- Plasmocytome
- Sarcome

Les médecins experts suivants ont contribué à l'établissement de cette liste : Luke Chen, Emmanuel Della Torre, Arezou Khosroshahi, John H. Stone et Zachary Wallace

rose, la prise de certains médicaments et les maladies du tissu conjonctif³. Dans les cas où le tissu présente clairement l'une de ces affections, il est possible d'établir un lien de causalité. Ce serait le cas avec le lymphome, par exemple, lorsque l'infiltration des tissus mous rétropéritonéaux montre une prolifération clonale de lymphocytes B⁷. De même, lorsque l'adventice de l'aorte présente une infiltration granulomateuse et que les anticorps anti-cytoplasme des neutrophiles sont positifs, on est en présence d'une granulomatose avec polyangéite⁸. La liste figurant au tableau 1 montre un diagnostic différentiel convenant mieux à la fibrose rétropéritonéale, étant basé sur des preuves histopathologiques et des avis d'experts.

Quelle est la méthode d'investigation appropriée pour la fibrose rétropéritonéale?

En raison de la prévalence élevée d'une maladie liée aux IgG4 dans la fibrose rétropéritonéale, il est logique d'effectuer un bilan clinique complet pour dépister une maladie systémique

liée aux IgG4 (se reporter au tableau 2). La nature systémique des maladies liées aux IgG4 rend difficile la reconnaissance des manifestations lors du diagnostic clinique. Par ailleurs, les sous-classes d'IgG sont des biomarqueurs peu fiables aux fins de diagnostic, avec une spécificité de 90 % et une sensibilité de 60 % selon une étude menée dans un seul centre⁹. Un profil typique de maladie liée aux IgG4 est conforme aux critères de classification récemment établis par l'American College of Rheumatology (ACR) et la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR)¹⁰. Ces critères de classification restent toutefois fortement dépendants de l'histopathologie; par conséquent, la plupart des cas de maladie liée aux IgG4 nécessitent une confirmation par biopsie¹¹. La fibrose rétropéritonéale liée aux IgG4 se présente comme une fibrose storiforme accompagnée d'un enrichissement en IgG4 et cellules plasmiques dans un rapport IgG4/IgG supérieur à 40 %. La fibrose rétropéritonéale idiopathique présente au contraire des follicules lymphoïdes, une fibrose non storiforme étendue et un faible rapport IgG4/IgG. Les patients ne présentent pas non plus d'atteinte extra-abdominale.

Pour la fibrose rétropéritonéale comme pour les maladies liées aux IgG4, une biopsie chirurgicale ou guidée par tomodensitométrie est souvent nécessaire. Si un autre organe risque d'être atteint d'une maladie liée aux IgG4, comme une glande submandibulaire, l'organe le plus facilement accessible fera de préférence l'objet de la biopsie. Compte tenu des différentes causes de la fibrose rétropéritonéale énumérées au tableau 1, la prise en charge sera très différente selon qu'il s'agit d'une affection à médiation immunitaire, d'une tumeur maligne ou d'une infection.

Le patient index a été évalué en clinique et l'on soupçonnait une maladie liée aux IgG4. Il était asymptomatique à ce moment-là. À l'examen physique, on a découvert un gonflement submandibulaire bilatéral. La tomodensitométrie du cou, de la poitrine, de l'abdomen et du bassin a révélé une hypertrophie bilatérale de la glande submandibulaire et une lymphadénopathie médiastinale et hilare bilatérale. La masse attribuable à la fibrose rétropéritonéale avait diminué de taille et mesurait maintenant 5,1 cm x 2,7 cm x 5,2 cm. La figure 1 montre la vue axiale caractéristique de la fibrose, illustrant l'encastrement de l'aorte abdominale dans les tissus mous au niveau des vaisseaux rénaux. Les lames d'histopathologie de la masse rétropéritonéale, rapportées d'Iran par le patient, ont été examinées à la British Columbia Cancer Agency. La pathologie a permis de diagnostiquer une maladie liée aux IgG4, notamment sur la base d'une infiltration lymphoplasmocytaire, d'une fibrose storiforme et d'une phlébite oblitérante avec un rapport IgG4/IgG supérieur à 40 %. Ce patient a reçu un diagnostic de maladie liée aux IgG4 après cet examen de la biopsie.

Tableau 2

Manifestations de maladies liées aux IgG4

Manifestation dans les organes	Symptômes	Conclusions de l'examen physique	Imagerie
Pachyméningite	Céphalées ou déficit neurologique en foyer	Examen neurologique anormal	Dure-mère – amélioration par IRM
Pseudo-tumeur de l'orbite	Changements de la vision Gonflement des paupières Nouvelle saillie de l'œil	Paralysies des muscles de l'orbite Hypertrophie des glandes lacrymales Exophtalmie	Myosite des muscles de l'orbite Dacryoadénite Pseudo-tumeur
Sialoadénite	Symptômes du syndrome de Sjögren Tuméfaction des joues	Hypertrophie submandibulaire Hypertrophie de la parotide	Hypertrophie glandulaire Hypertrophie glandulaire
Thyroïdite de Riedel	Gonflement du cou	Goitre	Hypertrophie diffuse de la glande thyroïde
Pseudo-tumeur pulmonaire inflammatoire	Toux Essoufflement	Examen pulmonaire normal Diminution des bruits respiratoires au niveau de la masse	Nodules pulmonaires diffus Masse pulmonaire
Péricardite	Sans symptôme Douleur thoracique	Pouls paradoxal (rare) Frottement	Épanchement péricardique Épaississement péricardique
Pancréatite auto-immune	Nausées et vomissements Douleur abdominale dans le quadrant supérieur droit Insuffisance pancréatique	Sensibilité épigastrique Sensibilité du quadrant supérieur droit Ictère	Masse pancréatique, surtout à la tête du pancréas Gonflement pancréatique diffus « pancréas en forme de saucisse » La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique montre un ou des rétrécissements du canal pancréatique Atrophie du pancréas
Cholangite	Prurit Ictère	Hépatomégalie	La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique montre un « bourrelet » des canaux intrahépatiques et extrahépatiques. Dilatation des canaux intrahépatiques et extrahépatiques
Néphrite tubulo-interstitielle	Symptômes constitutionnels Oligurie	Œdème périphérique	Opacités rénales multiples
Fibrose rétropéritonéale	Nausées et vomissements Symptômes constitutionnels Douleur au flanc, au dos ou à l'abdomen	Masse abdominale Bruits au niveau de l'abdomen ou du fémur Œdème périphérique	Infiltration des tissus mous péri-aortiques
Mésentérite sclérosante	Nausées et vomissements Douleur abdominale	Sensibilité abdominale diffuse ou en foyer Une ou des masses abdominales palpables	Masse ou masses péritonéales Épaississement péritonéal diffus
Lymphadénopathie	Souvent associée à des symptômes constitutionnels Douleur due au gonflement des ganglions lymphatiques	Lymphadénopathie allant de légère à massive dans n'importe quelle chaîne de ganglions lymphatiques, généralement cervicaux, axillaires et inguinaux	Lymphadénopathie couramment observée dans les chaînes suivantes : cervicale, médiastinale, hilare, axillaire, abdominale, rétropéritonéale, pelvienne et inguinale
Éruption cutanée	Sans symptôme	Papules de couleur chair sur le visage et la partie supérieure de la poitrine	Aucune

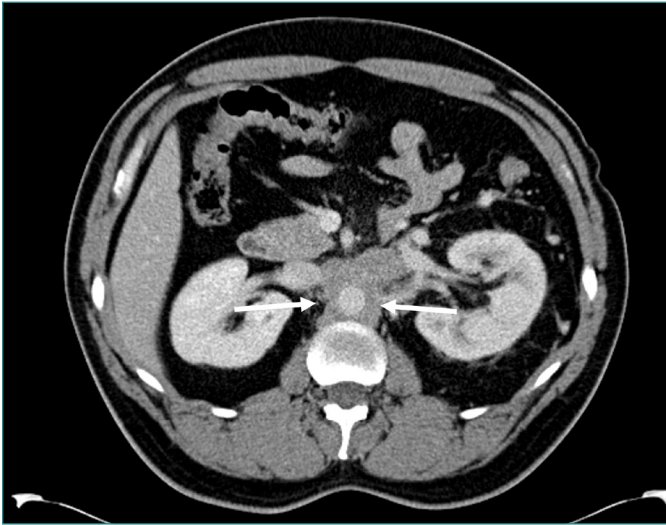


Figure 1. Tomodensitométrie axiale avec contraste montrant un épaississement maximal de 2,5 cm des tissus mous entourant l'aorte, indiqué entre deux flèches blanches

Quel est le mode de prise en charge approprié pour une fibrose rétropéritonéale liée aux IgG4?

Un traitement adéquat des maladies liées aux IgG4 est en cours d'élaboration. Le traitement est en grande partie fondé sur la prednisone¹². Les autres options, pour une maladie liée aux IgG4, comprennent notamment les antirhumatismes à action lente, dont le plus populaire est le mycophénolate^{13,14}. Le rituximab s'est révélé efficace pour la maladie liée aux IgG4 comme pour la fibrose rétropéritonéale idiopathique^{15,16,17}. Des études en cours portent sur de nouveaux agents destinés particulièrement à la maladie liée aux IgG4.

Le patient index était réfractaire autant à la prednisone qu'au mycophénolate. On a commencé un traitement par rituximab, mais le suivi du patient a été interrompu après une seule série.

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Rhumatologue
Système de santé William Osler
Brampton (Ontario)

Luke Chen, M.D., FRCPC, M.M. Éd.
Professeur agrégé de clinique en hématologie,
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Mollie Carruthers, M.D., FRCPC
Rhumatologue et chercheuse clinique
Arthritis Research Canada
Vancouver (Colombie-Britannique)

Références :

- Ormond, JK. Bilateral ureteral obstruction due to envelopment and compression by an inflammatory retroperitoneal process. *The Journal of Urology*. 1948; 59(6):1072-9.
- Van Bommel EF, Jansen I, Hendriksz TR, et coll. Idiopathic retroperitoneal fibrosis: prospective evaluation of incidence and clinicoradiologic presentation. *Medicine*. 2009; 88(4):193-201.
- Vaglio A, Salvarani C, Buzio C. Retroperitoneal fibrosis. *Lancet*. 2006; 367(9506):241-51.
- Scheel PJ Jr, Feeley N. Retroperitoneal fibrosis: the clinical, laboratory, and radiographic presentation. *Medicine*. 2009; 88(4):202-7.
- Khosroshahi A, Carruthers MN, Stone JH, et coll. Rethinking Ormond's disease: "idiopathic" retroperitoneal fibrosis in the era of IgG4-related disease. *Medicine (Baltimore)*. 2013; 92(2):82-91.
- Rossi GM, Rocco R, Accorsi Buttini E, et coll. Idiopathic retroperitoneal fibrosis and its overlap with IgG4-related disease. *Intern Emerg Med*. 2017; 12(3):287-99.
- Wan N, Jiao Y. Non-Hodgkin lymphoma mimics retroperitoneal fibrosis. *BMJ Case Rep*. 2013.
- Izzedine H, Servais A, Launay-Vacher V et al Retroperitoneal fibrosis due to Wegener's granulomatosis: a misdiagnosis as tuberculosis. *Am J Med*. 2020; 113(2):164-6.
- Carruthers MN, Khosroshahi A, Augustin T, et coll. The diagnostic utility of serum IgG4 concentrations in IgG4-related disease. *Ann Rheum Dis*. 2015; 74(1):14-8.
- Wallace ZS, Naden RP, Chari S, et coll. Members of the ACR/EULAR IgG4-RD Classification Criteria Working Group. The 2019 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for IgG4-related disease. *Ann Rheum Dis*. 2020; 79(1):77-87.
- Chen LYC, Mattman A, Seidman MA, et coll. IgG4-related disease: what a hematologist needs to know. *Haematologica*. 2019; 104(3):444-455.
- Masaki Y, Matsui S, Saeki T, et coll. A multicenter phase II prospective clinical trial of glucocorticoid for patients with untreated IgG4-related disease. *Mod Rheumatol*. 2017; 27(5):849-854.
- Khosroshahi A, Wallace ZS, Crowe JL, et coll. Second International Symposium on IgG4-Related Disease. International Consensus Guidance Statement on the Management and Treatment of IgG4-Related Disease. *Arthritis Rheumatol*. 2015; 67(7):1688-99.
- Yunyun F, Yu P, Panpan Z, et coll. Efficacy and safety of low dose mycophenolate mofetil treatment for immunoglobulin G4-related disease: a randomized clinical trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2019; 58(1):52-60.
- Carruthers MN, Topazian MD, Khosroshahi A, et coll. Rituximab for IgG4-related disease: a prospective, open-label trial. *Ann Rheum Dis*. 2015; 74(6):1171-7.
- Boyeva V, Alabisi H, Seidman MA, et coll. Use of rituximab in idiopathic retroperitoneal fibrosis. *BMC Rheumatol*. 2020; 4:40.
- Wallwork R, Wallace Z, Perugino C, et coll. Rituximab for idiopathic and IgG4-related retroperitoneal fibrosis. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(42):e12631.

Hommage au D^r Denys Ford

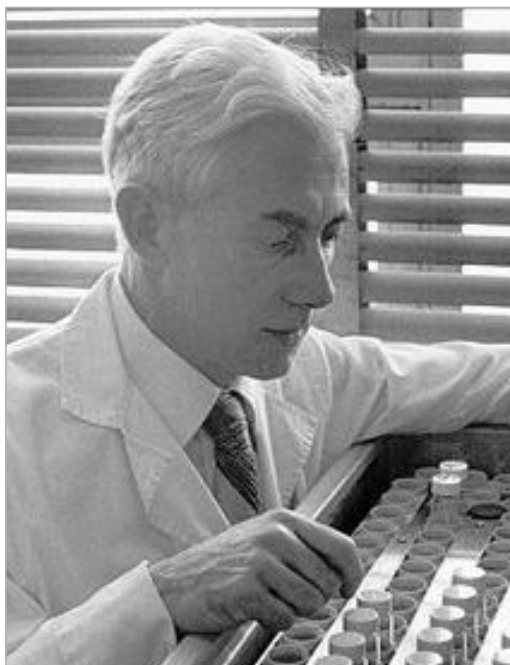
Par Barry Koehler, M.D., FRCPC, et Graham Reid, M.B., Ch. B., FRCPC

Denys Ford a eu une vie longue et bien remplie. Son engagement et sa détermination relativement à la recherche en rhumatologie s'est étendu sur plus de 50 ans à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) à Vancouver. Avec le D^r Harold Robinson et Mary Pack, il a été un pionnier de la rhumatologie en Colombie-Britannique.

Denys est né à près de Stoke-on-Trent, en Angleterre. Il a passé ses deux premières années d'études de médecine à Cambridge, où il a obtenu une licence en sciences médicales et un diplôme de première classe. En 1944, sur la recommandation de son superviseur, il s'inscrit à l'Université Columbia grâce à une bourse d'études Rockefeller; il y effectue ses troisième et quatrième années cliniques. (Son passage transatlantique s'est fait sur le Queen Mary, dont on connaît la capacité à éviter les sous-marins). Il a ensuite passé quatre mois à l'Université McGill en tant que stagiaire, puis il est retourné en Angleterre pour passer trois ans en tant que médecin à domicile, sa dernière rotation étant en réadaptation à l'hôpital de Londres. En 1949, son chef de service, le D^r W.S. Tegner, s'est arrangé pour qu'il étudie la cortisone à l'Université de New York avec Currier McEwen, Morris Ziff et Joseph Bunim, futurs grands rhumatologues. Il est ensuite retourné à l'hôpital de Londres en tant qu'interne, où il a continué à s'intéresser au lien entre l'infection et l'arthrite. Sa thèse de médecine était une étude sur les patients souffrant d'arthrite et d'urétrite, alors appelée « arthrite vénérienne ».

En 1953, il accepte une bourse de recherche en investigation clinique à l'hôpital général de Vancouver et poursuit ses études sur l'arthrite d'origine vénérienne, y compris l'association entre l'urétrite non gonococcique et l'arthrite, et sur l'arthrite consécutive à une infection entérique. (Son premier laboratoire était situé dans le sous-sol de sa maison de chambres).

En 1960, Denys devient le premier chef du service de rhumatologie de l'université de Colombie-Britannique, poste qu'il occupera jusqu'en 1983. Il continuera de s'intéresser au rôle possible d'une origine microbienne sous-jacente pour les mécanismes auto-immuns sous-jacents dans la plupart des cas de polyarthrite rhumatoïde. Il publiera notamment un certain nombre de publications sur l'arthrite associée à la rubéole. Son laboratoire a été en activité jusqu'en 1991. Il a rédigé 81 publications scientifiques, ainsi que huit chapitres de livres. Son dernier article a été publié en 2003. Sa dernière présentation à la division de rhumatologie



1923-2022

de l'Université de la Colombie-Britannique remonte à 2016, lorsqu'il a résumé ses recherches au fil des ans.

Il était frustré que d'autres centres ne parviennent pas à reproduire ses résultats concernant la réactivité des lymphocytes du liquide synovial à la stimulation antigénique microbienne. Cependant, Denys traitait toujours le liquide synovial à la réception dans son laboratoire, peu importe l'heure. Les chercheurs d'autres centres ont choisi de congeler les échantillons pour faciliter le traitement, sans se rendre compte que la congélation des échantillons modifiait la réactivité des lymphocytes.

Certaines de ses autres publications traitent de ses préoccupations concernant le financement par le gouvernement et, par conséquent, le contrôle de la prestation et des coûts des soins de santé. Bien au-delà de ses 80 ans, il entretenait une correspondance continue avec des politiciens,

des membres d'organisations médicales et les médias. Il a vécu pour voir à quel point ses préoccupations étaient judicieuses.

En 1993, il a été nommé « Maître » de l'American College of Rheumatology et, en 2000, membre émérite de l'Association médicale canadienne.

Denys laisse derrière lui son épouse, Marguerite, avec qui il était marié depuis 68 ans, ainsi que quatre enfants, sept petits-enfants et cinq arrière-petits-enfants.

À la retraite, il a passé de nombreuses heures de bénévolat communautaire en tant que chauffeur pour l'organisation Meals on Wheels et auprès de la Disabled Sailing Association. Son énergie et son enthousiasme se voyaient dans tous les aspects de ses activités quotidiennes. Il a continué à jouer régulièrement au tennis jusqu'à ses quatre-vingts ans et était une légende locale.

Son amabilité, sa générosité et sa gentillesse n'ont pas manqué d'être soulignées par ses stagiaires (du premier, Manfred Harth, au dernier, Graham Reid), par ses collègues professionnels et par sa collectivité.

*Barry Koehler, M.D., FRCPC
Professeur clinicien émérite, Division de rhumatologie,
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)*

*Graham Reid, M.B., Ch. B., FRCPC
Rhumatologue (retraité)
Vancouver (Colombie-Britannique)*

C.-B.

Mise à jour de l'île de Vancouver

Par Kimberly Northcott, B. Sc. (avec distinction), M.D., FRCPC

La communauté rhumatologique de l'île de Vancouver continue d'évoluer avec des reconnaissances et des annonces bien méritées. Je voudrais rendre hommage au D^r Milton Baker qui, après 40 ans de pratique de la rhumatologie, a pris sa retraite pour se consacrer à son jardin, à son chat et à des voyages. Cependant, nous sommes loin d'être laissés à nous-mêmes. J'ai le privilège d'annoncer l'arrivée des D^{rs} Leah Ellingwood, Julia Tan et Drew Bowie, tous des récipiendaires exceptionnels du programme de bourses de l'Université de la Colombie-Britannique, qui ont rejoint notre équipe de l'île du Sud.

En outre, la D^{re} Xenia Gukova, formée à l'Université de Calgary, rejoindra notre groupe de Victoria au printemps 2023. La région de Nanaimo se réjouit de l'arrivée de la D^{re} Ashley Yip, qui a terminé sa formation à l'Université de l'Alberta. L'île de Vancouver comptera donc un total de dix rhumatologues pour adultes et un rhumatologue pédiatrique dans « The Garden City », et quatre rhumatologues adultes dans « The Harbour City ». Nous continuons de collaborer étroitement en tant que groupe insulaire par l'intermédiaire de la Vancouver Island Rheumatology Association, et de célébrer l'acquisition de connaissances, les anniversaires et l'arthroplastie du genou du D^r Paul Davis!

Kimberly Northcott, B. Sc. (avec distinction), M.D., FRCPC
 Cheffe de division,
 Rhumatologie,
 Vancouver Island Health Authority
 Professeure adjointe de clinique,
 Université de la Colombie-Britannique
 Présidente et organisatrice,
 Vancouver Island Rheumatology Association (VIHA)
 Rhumatologue communautaire,
 ArtusWest,
 Victoria (Colombie-Britannique)



La Vancouver Island Rheumatology Association lors de sa réunion du 14 octobre 2022.

Lorsque votre patient présente un rhumatisme psoriasique actif,

DITES TREMFYA®¹

TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® (injection de guselkumab) est indiqué pour le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez les adultes. TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® peut être utilisé seul ou en association avec un antirhumatismal modificateur de la maladie conventionnel (ARMMc) (p. ex. du méthotrexate)¹.



L'image n'illustre pas la taille réelle du dispositif d'injection.

ACR 20

LES PATIENTS ATTEINTS DE RP ACTIF N'AYANT JAMAIS ÉTÉ TRAITÉS PAR DES AGENTS BIOLOGIQUES ET AYANT REÇU UNE DOSE DE 100 mg DE TREMFYA® TOUTES LES 8 SEMAINES ont obtenu une amélioration significative de la réponse ACR20 à la semaine 24 par rapport au placebo dans l'étude DISCOVER-2^{1,3}**

- **ACR20** (critère d'évaluation principal) : **64 %** (159/248) (IC à 95 % : 58; 70) **vs 33 %** (81/246) (IC à 95 % : 27; 39) (**différence de 31,2 % par rapport au placebo** [IC à 95 % : 22,9; 39,5] $p < 0,0001^{§§}$)

ACR 50

ÉTUDE DISCOVER-2 : DONNÉES CLINIQUES À LONG TERME SUR L'EFFICACITÉ SUR UNE PÉRIODE DE DEUX ANS^{4}**

La réponse ACR50 observée à la semaine 100 dans le groupe recevant une dose de 100 mg de TREMFYA® toutes les 8 semaines était de 61 % (n = 224)⁴

Il convient de noter que la durée des données présentées ici est supérieure à celle des données de la monographie de produit. Il s'agissait d'une phase de prolongation non contrôlée (sans placebo) au cours de laquelle les patients recevaient un traitement actif au TREMFYA®, et dans laquelle l'insu du schéma thérapeutique avait été maintenu pour les investigateurs et les patients (double insu). Taux de réponse dérivés à l'aide des données observées^{4**}.

Indication qui n'a pas été abordée auparavant :

TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® est aussi indiqué pour le traitement du psoriasis en plaques modéré à grave chez les adultes qui sont candidats à un traitement systémique ou à une photothérapie.

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Il ne faut pas instaurer de traitement chez les patients ayant une infection active cliniquement importante tant que l'infection n'est pas guérie ou adéquatement traitée.
- Il faut arrêter le traitement si un patient contracte une infection grave ou ne répond pas au traitement classique contre l'infection.
- Les patients doivent faire l'objet d'un dépistage de la tuberculose avant l'instauration du traitement et d'une surveillance visant à détecter une tuberculose active pendant et après le traitement.
- Il faut envisager l'administration de tous les vaccins avant l'instauration du traitement.
- L'administration concomitante de vaccins vivants n'est pas recommandée.
- En cas de réaction grave d'hypersensibilité, dont anaphylaxie, urticaire et dyspnée, un traitement approprié doit être instauré et l'administration de TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® doit être arrêtée.
- Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une méthode de contraception adéquate.
- Ne doit être utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité évidente.
- Les bienfaits de l'allaitement doivent être pris en considération, ainsi que les besoins cliniques de la mère.

- L'effet sur la fertilité humaine n'a pas été évalué.
- L'innocuité et l'efficacité n'ont pas été évaluées chez les enfants.
- Les données chez les patients de ≥ 65 ans sont limitées.

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse www.janssen.com/canada/fr/our-medicines pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et l'administration qui n'ont pas été abordés dans ce document.

Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-567-3331.

RP = rhumatisme psoriasique; ACR20 = amélioration de 20 % du score de l'American College of Rheumatology par rapport au départ; IC = intervalle de confiance; ACR50 = amélioration de 50 % du score de l'American College of Rheumatology par rapport au départ.

* DISCOVER-2 : étude de phase III multicentrique, randomisée, à double insu et contrôlée par placebo, menée auprès d'adultes atteints de rhumatisme psoriasique (RP) actif (≥ 5 articulations enflées, ≥ 5 articulations sensibles et un taux de protéine C-réactive [CRP] $\geq 0,6$ mg/dL), qui n'ont jamais été traités par des agents biologiques, qui avaient présenté une réponse inadéquate aux traitements standard (p. ex. antirhumatismal modificateur de la maladie conventionnel [ARMMc], apremilast ou anti-inflammatoire non stéroïdien [AINS]) et qui avaient reçu depuis au moins 6 mois un diagnostic de RP. La durée médiane de RP chez ces patients était de 4 ans au début de l'étude. Les patients ont été randomisés pour recevoir soit des injections sous-cutanées de 100 mg de TREMFYA® aux semaines 0 et 4, puis toutes les 8 semaines, soit un placebo. Le paramètre principal était le pourcentage de patients ayant obtenu une réponse ACR20 à la semaine 24.

- † Les patients présentant une amélioration $< 5\%$ par rapport au début de l'étude pour le nombre d'articulations sensibles et enflées à la semaine 16 étaient admissibles à un retrait anticipé et étaient autorisés à instaurer ou à augmenter la dose de médicaments concomitants, y compris les AINS, les corticostéroïdes oraux et les ARMMc, et ils ont continué le traitement randomisé à l'étude. À la semaine 16, 15,4 % et 5,2 % des patients des groupes placebo et TREMFYA® à 100 mg toutes les 8 semaines, respectivement, répondaient aux critères de retrait anticipé.
- ‡ Les patients qui avaient des données manquantes à la semaine 24 ont été imputés comme non-répondeurs. Les patients qui ont commencé un ARMMc ou augmenté leur dose d'ARMMc ou de corticostéroïdes oraux par rapport au début de l'étude, qui se sont retirés de l'étude, qui ont arrêté le médicament à l'étude ou qui ont commencé à prendre des médicaments ou des traitements pour le RP interdits par le protocole avant la semaine 24 étaient considérés comme des échecs de traitement et des non-répondeurs. À la semaine 24, 6,9 % et 4,8 % des patients des groupes placebo et TREMFYA® à 100 mg toutes les 8 semaines répondaient aux critères d'échec du traitement.
- § Les différences entre les traitements, les IC à 95 % et les valeurs p étaient basées sur le test de Cochran-Mantel-Haenszel stratifié selon le traitement initial par un ARMMc non biologique et le taux de CRP antérieur ($< 2,0$, $\geq 2,0$ mg/dL).
- ¶ Valeur p ajustée; taux d'erreur de type I contrôlé.
- ** L'étude comprenait une phase de traitement de 100 semaines (semaines 0 à 24 contrôlées par placebo, semaines 24 à 100 de traitement actif) et un suivi de l'innocuité de 12 semaines (semaines 100 à 112). L'insu du schéma posologique a été maintenu après la semaine 24 pour les patients et les investigateurs. L'efficacité a été évaluée jusqu'à la semaine 100, et les évaluations de l'innocuité se sont poursuivies jusqu'à la semaine 112.

Références : 1. Monographie de TREMFYA®/TREMFYA ONE-PRESS® (injection de guselkumab), Janssen Inc., 8 novembre 2022. 2. Données internes, Janssen Inc., 13 septembre 2022. 3. Mease PJ, Rahman R, Gottlieb AB, et al. Guselkumab in biologic-naïve patients with active psoriatic arthritis (DISCOVER-2): a double-blind, randomized, placebo-controlled phase 3 trial. Publié en ligne le 13 mars 2020 à l'adresse : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30263-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30263-4). 4. McInnes IB, Rahman P, Gottlieb AB, et al. Long-term efficacy and safety of guselkumab, a monoclonal antibody specific to the p19 subunit of interleukin-23, through two years: results from a phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled study conducted in biologic-naïve patients with active psoriatic arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2022;74(3):475-485.



Toutes les marques de commerce de tierces parties appartiennent à leurs propriétaires respectifs. L'image présente des modèles et sert de fins d'illustration seulement.

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

© 2023 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence. | CP-349792F



UN SEUL POINT DE CONTACT.

UN SOUTIEN SUR LEQUEL VOUS POUVEZ COMPTER.

UN SEUL coordonnateur BioAdvance[®] attiré vous soutient, vous et vos patients, pour :

- Vous aider à obtenir un remboursement et une aide financière;
- Vous aider à accéder aux médicaments le plus rapidement possible;
- Un processus d'inscription simple, initié par un seul appel ou courriel de votre part.

Communiquez avec votre représentant Janssen pour en savoir plus.



L'image présente des modèles et sert à des fins d'illustration seulement.

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

© 2022 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence. | CP-354301F

PLUS DE
46 000

PATIENTS INSCRITS
AU PROGRAMME
PFIZERFLEX



Programme de soutien aux patients

PfizerFlex

Une équipe expérimentée et dévouée

Comptez sur l'engagement de Pfizer à l'égard
des patients grâce au programme PfizerFlex

PfizerFlex est le programme de soutien destiné à vos patients traités par :

XELJANZ
[citrates de tofacitinib]

XELJANZ XR
[citrates de tofacitinib]

Abrilada
adalimumab

Inflectra
infliximab

Ruxience
rituximab



Pour en savoir plus,
visitez le [PfizerFlex.ca/fr](https://pfizerflex.ca/fr)



ABRILADA, M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence | INFLECTRA, M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence
RUXIENCE, M.D. de Pfizer Inc., utilisée sous licence | XELJANZ/XELJANZ XR, M.D. de PF Prism C.V., Pfizer Canada SRI, licencié
PFIZERFLEX, M.C. de Pfizer Inc., Pfizer Canada SRI, licencié | © 2023 Pfizer Canada SRI, Kirkland (Québec) H9J 2M5



PP-XEL-CAN-0993-FR