

Entrevue avec le Dr Hugh Smythe

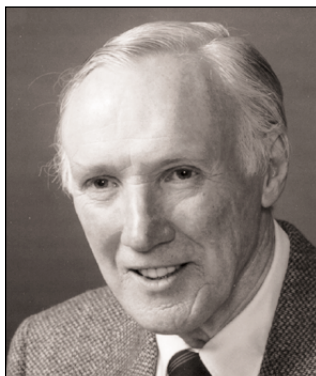
Le *Journal de la SCR* s'intéresse aujourd'hui à l'histoire de la rhumatologie au Canada en puisant dans la mémoire de ses aînés. Nous nous attarderons donc un moment sur les débuts de cette spécialité, en interrogeant les membres plus expérimentés de notre communauté.

Q *Dr Smythe, qu'est-ce qui vous a poussé à choisir une carrière en rhumatologie à une époque où l'on en savait si peu sur cette spécialité?*

En fait, cette discipline était déjà passablement avancée. En 1950, la rhumatologie était entrée dans l'une des périodes la plus cruciale de son histoire sur le plan des découvertes et des programmes. Le facteur rhumatoïde, le test d'anticorps antinucléaire avaient été mis au point et les effets thérapeutiques saisissants de la cortisone venaient d'être décrits. Le lien entre l'infection streptococcique et la fièvre rhumatismale avait été confirmé en laboratoire et l'on découvrait rapidement tous ces antibiotiques qui allaient changer pour toujours l'impact des agents infectieux.

On trouvait, aux États-Unis et au Royaume-Uni, d'importantes unités de recherche et, à ce chapitre, la communauté internationale faisait preuve d'une ouverture assez peu commune pour l'époque. Les débats, parfois houleux, étaient les bienvenus et tout était en place pour attirer et intégrer les générations montantes. Des travaux de collaboration internationale ont vu le jour durant la deuxième guerre mondiale, favorisés par le plan Marshall, et ont trouvé leur parallèle au sein de la communauté des rhumatologues. Le Congrès mondial de la Ligue internationale de lutte contre le rhumatisme a choisi Toronto comme ville hôte en 1956.

Pour nous, étudiants universitaires, rien de tout cela ne transparissait. La rhumatologie nous était présentée presque accessoirement, lors d'un cours magistral. Les quelques patients que l'on pouvait examiner dans les unités d'enseignement souffraient de difformités telles qu'il était évident qu'aucune des nouvelles thérapeutiques ne se révélerait pas vraiment utile chez eux. D'où l'intérêt mitigé que soulevait cette discipline.



Hugh Smythe, M.D., FRCPC
Le Dr Smythe est professeur à l'Université de Toronto et rhumatologue attaché au *Toronto Hospital, Western Division*.

Compte tenu de cette situation, pourquoi avoir choisi la rhumatologie? En un mot, à cause du Sunnybrook. Une brillante équipe de cliniciens, d'enseignants et de chercheurs avait créé au Sunnybrook le milieu d'enseignement post-doctoral le plus stimulant qu'il m'ait été donné de connaître. Le ton des tournées générales et des conférences de pathologie clinique était donné par ces quelques mots sur une affiche : « Si l'on pense tous de la même façon, c'est qu'on ne pense pas ».

Comparativement à la relative stagnation de la rhumatologie dans les grands hôpitaux universitaires du pays, on reconnaissait là l'absolue nécessité de mettre sur pied une unité de traitement pour les vétérans aux prises avec diverses formes d'arthrite. Au Sunnybrook, on avait ouvert une unité de 90 lits pour les patients, plus une unité de recherche clinique de 12 lits où il était possible d'étudier le métabolisme. Le modèle thérapeutique était celui d'un sanatorium. On hospitalisait les patients atteints de maladie évolutive tant que leur problème n'était pas contrôlé.

La durée moyenne des séjours dans cette unité était (le croirez-vous?) d'environ six mois. De plus, les vétérans bénéficiaires d'un régime de pension étaient suivis en clinique externe au moins une fois l'an. Dès l'inscription, toute la recherche était accessible.

Pendant ma résidence, on m'a poussé (et je n'ai offert aucune résistance) à comparer la maladie cardiaque chez les patients atteints de spondylite et d'autres maladies. J'ai ainsi pu énoncer les caractéristiques cliniques et pathologiques uniques de la maladie cardiaque spondylitique. Nous sommes très vite passés aux mécanismes qui sous-tendent l'accroissement du risque cardiaque chez les patients souffrant de goutte à ceux qui permettent d'établir un lien possible entre la maladie vasculaire et la surproduction d'acide urique.

Si je vous fournis tous ces détails, c'est pour vous rappeler un autre trait qui distingue la rhumatologie des autres sous-spécialités. En rhumatologie, vous devez utiliser tous les acquis difficilement gagnés de la médecine générale. Impossible, en effet, d'ignorer la cardiologie, la neurologie, l'endocrinologie, la physiologie rénale, l'infectiologie ni la dermatologie.

Pendant que le Sunnybrook bourdonnait d'activité, rien de comparable ne s'observait du côté des patients « non-vétérans ». Le personnel et les résidents travaillaient aussi fort au *Toronto General*, mais dans ce grand établissement d'enseignement universitaire, l'évolution du programme pour les maladies rhumatismales avait eu tendance à régresser en faveur des unités de médecine générale à compter de 1949. On y mettait davan-

tage l'accent sur la formation universitaire en vue de la pratique communautaire. On précisait même que les activités des rhumatologues attachés au Sunnybrook débordaient de la sphère d'intérêts du directeur du département de médecine de l'université. Peu de nos collègues du département de médecine et pour ainsi dire aucun chirurgien orthopédiste du *Toronto General*, nous ont envoyés leurs patients pour consultation en rhumatologie. Néanmoins une certaine pression a commencé à se faire sentir pour que les choses changent. Le solide appui de la Société d'arthrite n'y est pas étranger.

Lorsqu'on m'a invité à me joindre au personnel du *Toronto General Hospital*, on m'a d'abord offert un poste en neurologie. Le directeur et mon épouse ont tous deux été surpris lorsque j'ai plutôt choisi la rhumatologie.

Q Où en était la rhumatologie lorsque vous avez débuté?

La rhumatologie offrait beaucoup de possibilités, mais éprouvait quelques difficultés, surtout sur le plan économique. J'avais reçu l'appui de la Société d'arthrite pendant ma formation, mais rien d'équivalent n'était offert aux jeunes chercheurs. Il n'existait pas de régime d'assurance-santé nationale et je voyais la plupart de mes patients gratuitement à la clinique d'arthrite et dans les unités d'enseignement.

On m'a tout de même permis d'utiliser le bureau du directeur du département, une demi-journée par semaine, parce que le nombre de demandes de consultations augmentait sans cesse. On m'a aussi offert un poste au *Sunnybrook Hospital* en médecine générale et au service de rhumatologie. J'ai reçu des fonds, j'ai eu accès à des locaux pour étudier le métabolisme de l'acide urique, études qui ont mené à une collaboration fructueuse avec Fraser Mustard pour un projet sur le remplacement des plaquettes et les effets de l'alimentation, du tabagisme, de la sulfapyrazone et, plus tard, de l'acétylsalicylate, sur l'économie des plaquettes.

J'ai ensuite été flatté d'être invité à me joindre au comité des communications de l'*American Rheumatism Association*. C'est à cette époque stimulante que je me suis joint au conseil d'administration de la division de l'Ontario d'abord, et ensuite, au conseil national de la Société d'arthrite.

En plus de tout cela, je jouais avec grand plaisir mon rôle de médecin de l'équipe des *Maple Leafs* de Toronto. J'ai commencé par être l'assistant du chirurgien de l'équipe, ce qui m'a permis d'établir avec mes collègues chirurgiens des liens d'amitié qui n'auraient peut-être pas pu éclore dans un hôpital universitaire. Les défis diagnostiques auxquels nous avons été confrontés ont influé sur ma perception et mes choix de carrière ultérieurs. J'étais alors loin de me douter où tout cela allait m'amener. Avant de retourner à Toronto, j'avais passé une

année en Angleterre, principalement auprès de Bywaters et Ansell, mais également avec le professeur Kellgren dont les travaux sur la douleur irradiante continuaient de progresser.

Le principal défi qui s'offrait à notre groupe de rhumatologues était de créer, pour l'ensemble de la population, des services comparables à ceux qui s'étaient révélés si utiles dans les hôpitaux pour anciens combattants. Plusieurs tentatives pour mettre au point de telles installations au *Toronto General* se sont soldées par des échecs. Néanmoins, une unité de traitement a finalement pu être inaugurée au *Queen Elizabeth Hospital* (alors appelé *Home for Incurables*), mais elle était éloignée de l'université. Cette expérience nous a, à tout le moins, appris que pour exercer un impact mesurable, il est préférable qu'un service clinique doublé d'une unité d'enseignement se trouve à proximité d'un grand centre hospitalier universitaire.

Q Comment la rhumatologie a-t-elle évolué (dans le contexte universitaire ou communautaire) depuis vos débuts?

En 1961, la Société d'arthrite (à l'époque, Société canadienne d'arthrite et de rhumatisme) avait préparé une soumission à l'intention de la Commission royale des services de santé. Les visées, bien sûr, étaient larges, mais c'est à Edward Dunlop et à moi-même qu'est revenu la tâche de préparer la demande. À partir des modèles anglais, américains et canadiens (Sunnybrook), il nous a semblé important d'insister sur la formation et la recherche autant que sur la thérapeutique. Or, pour mettre sur pied un plan national, il fallait trouver une formule qui puisse séduire les donateurs et les patients des quatre coins du Canada. Les tours d'ivoire n'allaient pas suffire. Il fallait être en mesure d'établir un lien clair et perceptible entre les unités de rhumatologie universitaire proposées et les programmes de diagnostic et de traitement à l'intention de tous les Canadiens. Edward Dunlop a eu le talent de traduire nos objectifs et nos stratégies en tactiques spécifiques dans lesquelles entraient en ligne de compte les lieux physiques, les échéanciers et les budgets. Il a très bien utilisé l'effet de levier : pour chaque dollar recueilli et dépensé par le conseil de la Société d'arthrite, environ vingt nouveaux dollars étaient injectés dans les système de soins à l'intention de patients arthritiques. En raison du volet universitaire, la qualité exceptionnelle des soins prodigués aux patients des unités de rhumatologie a pour toujours modifié la façon de traiter cette population, entre autres, par l'arrivée en nombre croissant de rhumatologues, de chirurgiens orthopédistes et autres professionnels de la santé et chercheurs attirés par ce domaine.

Simultanément, le *Wellesley Hospital* a été reconverti en établissement d'enseignement universitaire. Les directeurs de la

Société d'arthrite ont réussi à générer environ 20 % des fonds requis pour sa reconstruction et ont fait en sorte qu'une importante unité de rhumatologie y soit établie à l'intention de la population. On a dressé les plans du nouvel établissement en 1961. Avec la création d'une unité de 40 lits jointe à une unité métabolique et à des laboratoires de recherche, et avec notre programme de bourses d'étude et l'importance consacrée à la formation des étudiants, des diplômés en médecine et autres professionnels de la santé, nous formions les bases de ce que Met Ogrzyzlo allait qualifier de « meilleur programme de rhumatologie au monde ». À la vue des budgets nécessaires, le distingué trésorier de la Société d'arthrite a jugé bon de demander : « Combien en coûterait-il pour être au deuxième rang? »

L'unité du Wellesley a tout d'abord ouvert ses portes dans des locaux loués au *Sunnybrook Hospital* (1964), avant d'aménager ses nouveaux locaux en novembre 1996. Nous n'avons pas mis de côté notre mission communautaire. Nos collègues de Colombie-Britannique nous avaient devancés, mais j'ai eu l'occasion de me joindre à Phil Gofton à l'occasion d'une étude sur la prévalence de la spondylite ankylosante chez les peuples autochtones de Bella Coola. Cela a conduit à d'autres échanges fructueux, notamment l'organisation d'une relecture à l'aveugle de clichés pour une étude de population avec John Decker et d'autres médecins américains, de même qu'avec John Lawrence, d'Angleterre.

Wallace Graham, le directeur du programme des maladies rhumatismales de Toronto nous a subitement quittés en 1962. À ce moment, il avait terminé trois chapitres de l'ouvrage de Hollander sur l'arthrite. Met Ogrzyzlo a, quant à lui, rédigé le chapitre sur la spondylite ankylosante et l'on m'a chargé de m'occuper de la section concernant la fibrosite.

Ce sujet ne m'avait jusqu'alors jamais particulièrement intéressé. D'autant que je me sentais encore plus confus après avoir parcouru la littérature à ce sujet. En 1966, j'ai tenté une fusion entre le concept américain de rhumatisme de tension et les études de Kellgren sur la douleur irradiante, reconnaissant que ces deux concepts étaient, à première vue, incompatibles. Ma propre expérience en médecine musculosquelettique, mes connaissances sur les travaux approfondis de la pathologie de la moelle épinière, préparés par mon ami Ian McNabb, les études épidémiologiques de Kellgren et Lawrence donnaient à penser que le cou et la section lombaire étaient la source de la douleur irradiante.

Peu après, Harvey Moldofsky a commencé à travailler avec nous. Lui (et d'autres) ont démontré que les muscles et les régions endolories étaient « silencieuses » sur le plan électrique. Des termes comme « rhumatisme de tension » ou « céphalée tensionnelle » sont des fautes d'appellation, du moins sur le plan de l'électrophysiologie. Comment tout cela a évolué? Voilà une autre histoire, mais ce dossier témoigne éloquentement des collaborations qui peuvent naître dans un cadre où les patients observables sont nombreux et dans un contexte

où les hypothèses sont présentées de façon à pouvoir être soumises à la critique.

Cela nous amène au début des années 1970. Notons qu'à cette époque, la rhumatologie n'était toujours pas une sous-spécialité reconnue au Canada. Malgré ce fait, nous faisons beaucoup de recherches et avons créé la *Journal of Rheumatology Publishing Company* à l'automne de 1973. À compter de 1976, les unités de rhumatologie existaient dans toutes les facultés de médecine du Canada. L'expansion rapide de la rhumatologie communautaire était bien entamée.

Q *Comment envisagez-vous l'avenir de la rhumatologie au Canada?*

Sur le plan politique, le synchronisme a changé. Il est évident que les Canadiens souhaitent que l'on cesse de saigner à blanc le système de soins de santé. Les rhumatologues ont, sans contredit, montré leur dévouement et leur désir de collaborer avec leurs collègues pour résoudre les problèmes d'ordre géographique et interdisciplinaire. Ce qui est très inquiétant, c'est l'accessibilité moindre pour les étudiants de médecine.

Q *Quels conseils donneriez-vous à ceux qui s'apprêtent à suivre vos traces?*

Je peux peut-être résumer le tout en trois phrases :

- Donnez-vous le temps de devenir de très bons médecins.
- Osez être différents.
- Assurez-vous d'aimer ce que vous faites.

Le premier et le dernier énoncés vont de pair. Si vous êtes un bon médecin, vous aurez suffisamment de souplesse pour changer d'orientation, si cela vous permet de profiter des occasions qui se présentent à vous, ou de surmonter des obstacles. Si vous aimez ce que vous faites, vous y consacrerez de bon gré le temps voulu, même si les gratifications ne sont pas tout de suite évidentes.

Q *Choisiriez-vous encore la rhumatologie en 1999?*

Premièrement, je ne crois pas être assez brillant, peut-être que je ne serais même pas admis. Ensuite, si j'étais assez brillant, beaucoup d'autres spécialités m'intéresseraient aussi. J'aime les défis, mais de nos jours, les possibilités ne sont peut-être pas celles qui s'offraient à nous il y a vingt, trente ou quarante ans. Prouvez-moi que j'ai tort, gestionnaires, directeurs d'hôpitaux, politiciens et ministres!

Au moment de rejeter (encore une fois) l'une de mes demandes de subvention de recherche, les examinateurs du comité consultatif médical de la Société d'arthrite (dont j'étais alors président) ont justifié leur décision en disant : « Il est difficile de distinguer les contributions du Dr Smythe de celles de ses collègues ». Quelle jolie épithète!