

CRAJ SCCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Point de mire sur : l'application de l'intelligence artificielle (IA) en rhumatologie

Éditorial

Les dangers de la publication d'articles

Hommage boréal

Explorer le potentiel de l'IA en rhumatologie :
les premiers pas vers l'innovation

L'intelligence artificielle en rhumatologie :
amie ou ennemie?

Documentation alimentée par l'IA en
rhumatologie : évaluer les avantages et les
limites des scribes ambiants

Bilan de l'année : des sciences complexes
(et pas si fondamentales)

ICORA

Améliorer l'exactitude du triage des cas
rhumatologiques dont le diagnostic est
ambigu : une amélioration de la qualité

Prix, nominations et distinctions

Le prix John M. Esdaile pour la recherche des
résidents en rhumatologie dans le cadre du
programme de rhumatologie adulte de l'UCB

Les D^{rs} Matthew Anacleto-Dabarno,
Susan Bartlett, Dafna Gladman, Nicole
Johnson Diane Lacaille, et Marie Westby
sont à l'honneur

Que fait la SCR pour vous?

Reprise de votre temps précieux : scribes d'IA
pour rhumatologues

Articulons nos pensées

Sondage sur l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI)

Arthroscopie

Perspective d'un patient : du « dunk » à l'obscurité
DPC pour des rhumatologues bien occupés – Pousser
l'apprentissage au-delà du modèle de vérification de
mini-pratique (mPAM) : que dois-je faire ensuite?

Les 10 principales percées de recherche financées
par la Société de l'arthrite du Canada

Top 10

« Hydrotomie » : l'art et la science pour soulager
la sécheresse buccale

In Memoriam

Hommage à la D^{re} Daniah Basodan

Nouvelles régionales

Des nouvelles de l'Î.-P.-É.

Quand vous avez différentes options
d'**anti-TNF** à votre disposition...

Pensez à CIMZIA®

- Un anti-TNF dont la structure moléculaire ne contient pas de région de fragment cristallisable (Fc), qui est normalement présente dans un anticorps complet^{1*}
- Plus de 14 ans d'expérience clinique combinée dans toutes les indications suivantes†:
 - **polyarthrite rhumatoïde (PR), 2009; rhumatisme psoriasique (RP), 2014; spondylarthrite ankylosante (SA), 2014; psoriasis cutané (PS), 2018; et spondylarthrite axiale non radiographique (axSpa-nr), 2019^{1,2}**

CIMZIA (certolizumab pégol) en association avec le MTX est indiqué pour :

- la réduction des signes et symptômes, notamment les réactions cliniques majeures, et la réduction de la progression de l'endommagement articulaire tel qu'évalué par radiographie, chez le patient adulte souffrant de PR active modérée à grave.

CIMZIA seul ou en association avec le MTX est indiqué pour :

- la réduction des signes et symptômes et l'inhibition de la progression des dommages structuraux tel qu'évalué par radiographie chez le patient adulte souffrant d'AP active modérée à grave qui n'a pas répondu à un ou plusieurs ARMM.

CIMZIA est indiqué pour :

- la réduction des signes et des symptômes chez le patient adulte souffrant de PR active modérée à grave qui est intolérant au MTX;
- la réduction des signes et des symptômes chez le patient adulte souffrant de SA ayant eu une réaction inadaptée à la thérapie conventionnelle;
- le traitement d'adultes atteints d'axSpa-nr active grave présentant des signes objectifs d'inflammation tels qu'indiqués par un taux élevé de CRP ou par une IRM, qui ont eu une réaction inadaptée aux AINS ou qui ne les tolèrent pas;
- le traitement de patients adultes souffrant de PsO modéré à grave qui sont candidats à la thérapie systémique.

* Importance clinique comparative inconnue.

† Importance clinique inconnue.

CRP : protéine C-réactive; ARMM : médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie; IRM : imagerie par résonance magnétique; MTX : méthotrexate; AINS : médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens; TNF : facteur de nécrose tumorale alpha.

Consultez la monographie du produit à l'adresse <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/switchlocale.do?lang=fr> pour obtenir d'importantes informations concernant :

- les contre-indications dans la tuberculose ou d'autres infections graves actives telles qu'une septicémie, des abcès et des infections opportunistes; ainsi que dans l'insuffisance cardiaque modérée à sévère (classe III/IV de la NYHA);
- les avertissements et précautions d'emploi les plus importants concernant les infections graves et les tumeurs;
- les autres avertissements et précautions d'emploi concernant les aggravations et apparitions d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC); la réactivation du virus de l'hépatite B; les réactions hématologiques; les réactions neurologiques; l'utilisation en association avec d'autres médicaments biologiques; l'observation des patients subissant une intervention chirurgicale et ceux qui sont passés à un autre ARMM; les symptômes d'hypersensibilité; la sensibilité au latex; la formation des anticorps; l'administration de vaccins vivants ou vivants atténués; l'utilisation chez les patients présentant une immunosuppression sévère; d'éventuels résultats de test du temps de céphaline activée (TCA) faussement élevés chez les patients ne présentant pas d'anomalies de la coagulation; les femmes en âge de procréer; la grossesse et l'allaitement; la prudence chez les patients gériatriques.
- les conditions d'utilisation clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les instructions de dosage.

La monographie du produit est également disponible par le biais des Services de renseignements médicaux au 1-866-709-8444.

1. Monographie de produit CIMZIA®, 13 novembre 2019. UCB Canada Inc. 2. Base de données des avis de conformité de Santé Canada. Accessible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/avis-conformite/base-donnees.html>. Consulté le 13 octobre 2022.



CIMZIA, UCB et le logo UCB sont des marques déposées du Groupe de sociétés UCB.
© 2024 UCB Canada Inc. Tous droits réservés.

CRA-24-006F



Les dangers de la publication d'articles

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

En 2013, j'ai lu un article sur les tendances en matière de traitement du psoriasis et de l'arthrite psoriasique (AP). L'auteur principale était une chercheuse américaine en dermatologie, la D^{re} April Armstrong¹. Comme je l'ai fait remarquer en 2015², dans un de mes éditoriaux publiés dans le *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)* qui portait sur le sujet du cyberharcèlement dans les instructions concernant l'auteur correspondant, je suis tombé sur un commentaire que je n'avais jamais vu auparavant dans un article scientifique. L'auteur a donné son adresse électronique suivie d'instructions indiquant que son adresse avait été donnée « uniquement pour les questions intellectuelles concernant l'article ».

En juillet 2024, j'ai été désigné comme auteur correspondant d'un manuscrit scientifique rapportant les résultats de l'étude ADAGIO, intitulé « *A Canadian Retrospective Chart Review Evaluating Concomitant Methotrexate De-escalation Patterns in Patients with Rheumatoid Arthritis Treated with Biologic or Targeted Synthetic DMARDs* » et publié dans la revue *Rheumatology and Therapy* en libre accès. Ai-je pensé à utiliser une adresse électronique temporaire? Non, j'ai indiqué mon adresse la plus couramment utilisée. Grave erreur de ma part.

L'article a été publié le 9 juillet 2024. Depuis, personne ne m'a parlé des mérites scientifiques de l'article que notre équipe d'auteurs(-rices) canadien(ne)s et nos analystes statistiques sont prêts à défendre. Bien sûr, comme il a été publié en libre accès, personne n'a besoin de m'écrire pour demander une réimpression.

Cependant, mon dossier de courrier indésirables est bombardé de courriels liés à la publication de l'article. Au début, je les supprimais sans lire au-delà de la ligne d'objet. Mais comme ils continuaient à arriver, j'ai commencé à les conserver comme matière première pour cet article du *JSCR*. Entre le 29 juillet et le 16 septembre 2024, j'ai reçu 56 courriels, soit plus d'un par jour.

La publication de notre article n'a pas révélé l'existence de princes étrangers ayant besoin de mon aide pour débloquer des millions de dollars sur un compte bancaire secret. Cependant, j'ai appris que mes talents étaient apparemment très recherchés dans de nombreux domaines de la science et de la médecine. Parmi les personnes qui m'ont contacté, il y a eu « George Orwell », qui est décédé de la tuberculose en 1950, et « Selena Gomez » qui souffre d'un lupus ayant donné lieu à une greffe de rein, mais qui n'a pas eu besoin de mon expertise à ce sujet.

Voici ce que George m'a écrit le 15 septembre 2024 :

« Nous espérons que vous allez bien. Nous aimerions vous inviter à soumettre vos recherches à notre

revue *Rehabilitation Medicine*. Il nous manque un article pour la dernière édition. Pourriez-vous nous aider en publiant un article dans cette édition de la revue avant le 29 septembre 2024? Vous pouvez rédiger un document de recherche, un article de synthèse, une mini-revue ou une étude de cas. Compte tenu de votre expertise, nous pensons que vous êtes en mesure de rédiger un document de deux pages, même si le délai est court. Nous ne doutons pas que vous vous rendrez disponible pour nous aider. »

George, tu as tort de me faire confiance.

Du côté de Selena, elle a dit :

« L'*Austin Journal of Orthopedics & Rheumatology*, avec un facteur d'impact de 2,4, est très heureux et honoré de vous demander de soumettre un manuscrit dans votre domaine de recherche actuel, qui s'inscrit dans le champ d'application de la revue.

Tous les manuscrits, qu'ils soient courts ou longs, sont acceptés pour publication dans la revue et chaque manuscrit publié recevra un numéro DOI après sa publication. Des frais minimaux couvrant le traitement des articles seront facturés pour les manuscrits soumis au plus tard le 15 septembre 2024.

Veuillez soumettre votre manuscrit en pièce jointe à ce courriel. »

Selena, cela fait plaisir de savoir que votre revue accepte 100 % des manuscrits soumis. D'après votre courriel, il semble que l'application des règles de grammaire soit facultative.

Voici d'autres exemples de courriel :

Rossella a écrit :

« J'espère que vous allez bien. Nous suivons vos publications et vos travaux de recherche, qui sont très intéressants. Votre travail est des plus précieux pour nous [ah oui?] et il correspond parfaitement à la ligne éditoriale de nos revues. C'est pourquoi, nous vous invitons à soumettre vos articles dignes d'intérêt à notre revue. Votre contribution est une valeur ajoutée pour faire connaître *Annals of Case Reports* et permettra également la publication du prochain numéro. »

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
Ancien président,
Ontario Rheumatology Association,
Président,
Section de rhumatologie,
Ontario Medical Association
North York (Ontario)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

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

Stéphanie Tom, M.D., FRCPC
Vice-présidente,
Société canadienne de rhumatologie
Cheffe de division en rhumatologie,
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Nigil Haroon, M.D., Ph. D., DM, FRCPC
Président sortant,
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)

MEMBRES

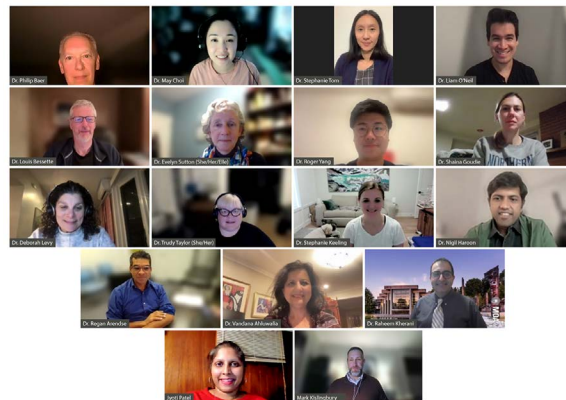
Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Présidente sortante,
Société canadienne de rhumatologie
Ancienne cheffe de la direction,
Service de rhumatologie,
William Osler Health Centre
Brampton (Ontario)

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

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

May Y. Choi, M.D., M.P.H., FRCPC
Professeure agrégée,
Cumming School of Medicine,
Université de Calgary et
Services de santé de l'Alberta
Calgary (Alberta)

Shaina Goudie, M.D., MA, FRCPC
Professeure adjointe de clinique
en médecine,
Memorial University,
Terre-Neuve-et-Labrador



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 de médecine,
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Raheem B. Kherani, M.D., FRCPC, MHPE
Directeur de programme et
professeur de clinique agrégé,
Division de rhumatologie,
Département de médecine,
Université de la Colombie-
Britannique, Clinicien-chercheur,
Arthrite-recherche Canada,
Vancouver (Colombie-
Britannique)

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)

Liam O'Neil, M.D., FRCPC, M. H. Sc.
Professeur adjoint,
Université du Manitoba,
Winnipeg (Manitoba)

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

Roger Yang, M.D., FRCPC
Professeur adjoint de clinique,
Co-directeur de la Clinique de
vasculite,
Clinicien associé avec le CR-HMR,
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Faculté de médecine,
Université de Montréal
Montréal (Québec)

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

Jyoti Patel
Responsable de la rédaction

Catherine de Grandmont
Rédactrice principale (version française)

Virginie Desautels
Rédactrice junior (version française)

Donna Graham
Responsable de la production

Dan Oldfield
Directeur de la création

Mark Kislingbury
Éditeur

Le **JSCR** est en ligne!
Vous nous trouverez au
www.craj.ca/index_fr.php

Code d'accès : **craj**

© STA HealthCare Communications inc., 2025. 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 2025.

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.

Prrière 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.

Une autre nouvelle copine, Angela, a aussi mis son grain de sel :

« Cher Docteur, *Journal of Clinical Case Reports Medical Images and Health Sciences* (JCRMHS), est une revue en ligne et imprimée, en libre accès, évaluée par des pairs, destinée aux universitaires et chercheurs, ISSN : 2832-1286 Facteur d'impact : 1,6. Compte tenu de votre renommée et de votre contribution en faveur de la recherche, nous vous invitons à publier vos travaux dans notre revue. Vous êtes invité à soumettre votre article pour le numéro actuel de notre revue. Numéro actuel : numéro 2 (2024). Les frais de publication seront annulés si vous soumettez votre manuscrit au plus tard le 15 octobre 2024 (frais DOI applicables). »

Rita m'a confondu avec mon fils, qui est actuaire :

« Nous vous avons contacté le 7 août, au sujet d'un numéro spécial intitulé « *Statistical Research on Missing Data and Applications* », à paraître dans la revue *Mathematics* (ISSN 2227-7390, IF 2,3). La D^{re} Soeun Kim agit à titre de rédactrice invitée pour ce numéro. D'après votre expertise dans ce domaine, nous pensons que vous pourriez apporter une précieuse contribution. Ce numéro spécial est axé sur la recherche statistique sur les données et les applications manquantes. Les articles liés aux aspects théoriques ou méthodologiques des méthodes statistiques pour traiter les données manquantes, ainsi que les articles axés sur l'application de l'analyse des données avec des valeurs manquantes, sont les bienvenus pour être intégrés à ce numéro spécial. »

À part George, je remarque que mes nouveaux correspondants sont tous des femmes. Je ne peux m'empêcher de me demander si des hommes m'écriraient si je m'appelais Phyllis au lieu de Philip. Elles sont également très insistantes, me reprochant souvent d'ignorer leurs premiers courriels. J'ai également été invité à présenter nos recherches lors de conférences internationales. Exemples :

« 21^e congrès annuel de l'International Drug Discovery Science & Technology (IDDST-2025)

Lettre d'invitation :

Cher ami, s

Salutations et vœux chaleureux du comité de l'IDDST. Nous souhaitons vous donner quelques informations concernant le congrès annuel 2025. Le comité de l'IDDST est ravi de vous inviter à Kobe, au Japon, pour le 21^e IDDST-2025 qui se tiendra du 12 au 14 mai 2025 (l'année prochaine) et d'y présenter une conférence sur votre étude rétrospective des dossiers canadiens évaluant les schémas de réduction de la dose de méthotrexate concomitante chez les patients atteints de cancer du poumon. Si vous prévoyez de changer de sujet, veuillez

répondre à ce courriel et envoyer le titre de votre intervention à M^{me} Irene dès que possible. Dès que nous recevrons ces informations, nous pourrons finaliser les détails de votre présentation. »

Alma m'a d'abord écrit ceci :

« Nous sommes honorés de vous inviter à la 13^e édition du *World Gene Congress*, qui se tiendra au Crowne Plaza Blanchardstown à Dublin, en Irlande, du 16 au 18 octobre 2024. Compte tenu de votre expérience dans le domaine, c'est un honneur de vous accueillir pour animer une conférence sur votre article "A Canadian Retrospective Chart Review Evaluating Concomitant Methotrexate De-escalation Patterns in Patients with Rheumatoid Arthritis Treated with Biologic or Targeted Synthetic DMARDs" à l'occasion de cet événement. Qu'en pensez-vous? »

Je n'y ai pas beaucoup pensé et je n'ai pas répondu, mais Alma est du genre à insister. Voici son second courriel :

« J'espère que vous allez bien. Je vous écris de la part du comité organisateur de la conférence. Désolée de vous déranger. Je souhaite simplement m'assurer que vous avez bien l'intention de participer à notre prochaine rencontre « La 14^e World Gene Convention 2025 », qui aura lieu du 23 au 25 avril 2025 à Nara, au Japon, et de prononcer une allocution sur votre article "A Canadian Retrospective Chart Review Evaluating Concomitant Methotrexate De-escalation Patterns in Patients with Rheumatoid Arthritis Treated with Biologic or Targeted Synthetic DMARDs." »

D'autres conférences dont je n'avais jamais entendu parler m'ont invité à présenter les résultats de nos recherches, notamment la Conférence mondiale sur les maladies rhumatismales et auto-immunes (RhAD-2025) et j'ai également été invité à devenir réviseur pour de nombreuses revues obscures.

Ce que j'ai appris : ne jamais soumettre quoi que ce soit à aucune de ces revues, ne pas prévoir d'assister à ces conférences et configurer un filtre de courriel axé sur le mot « salutations », qui semble être un mot récurrent dans ces invitations.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP

Rédacteur en chef, JSCR

Scarborough, Ontario

Références :

1. Armstrong AW, Robertson AD, Wu J, et coll. Undertreatment, treatment trends, and treatment dissatisfaction among patients with psoriasis and psoriatic arthritis in the United States: Findings from the National Psoriasis Foundation surveys, 2003–2011. *JAMA Dermatol* 2013; 149(10):1180–5.
2. Baer, P. Cyberbullying: Online Anxieties. Disponible au <http://craj.ca/archives/2015/English/Spring/Editorial.html>. Accessed March 30, 2025.

📄 La version intégrale de cet article est disponible en ligne au www.craj.ca.

Reprise de votre temps précieux...

Scribes d'IA pour rhumatologues



La Société canadienne de rhumatologie a négocié une offre exclusive aux membres, alliant des **tarifs préférentiels** et **une période d'essai gratuite d'un mois**.



Scribeberry et Heidi Health ont mis au point des **scribes d'IA, axés sur les besoins des rhumatologues**, afin de les aider à établir des dossiers cliniques de haute qualité et à bénéficier, sur leur plateforme, d'une prise en charge sans encombre.



LA RECONNAISSANCE VOCALE AVANCÉE AU SERVICE DES SCRIBES IA

Laissez donc saisir les échanges entre vous et votre patient! Votre scribe d'IA établit des notes cliniques détaillées – renseignements médicaux pertinents, diagnostics et plans de traitement – automatiquement. Résultat : gain du temps sur la tenue des dossiers, fardeau administratif allégé et plus de temps à consacrer aux soins de vos patients.



SCRIBES IA, PROJET PILOTE

En novembre et décembre 2024, les volontaires membres de la SCR ont mis à l'essai Scribeberry et Heidi Health, deux scribes d'IA très appréciés, dans le cadre d'un projet pilote de quatre semaines.



RÉSULTATS DU PROJET PILOTE

La majorité des participants se disent satisfaits de leur expérience dans l'ensemble. Au nombre des avantages déclarés figurent **le gain de temps, une charge cognitive moindre et une meilleure expérience patient**, le médecin passant plus de temps à s'occuper de ses patients qu'à regarder son écran d'ordinateur. Plusieurs **défis** ont également été relevés, à savoir la non-intégration des DME, les restrictions de formatage et de style des notes et l'apprentissage des modèles, question de les optimiser et de les intégrer dans le flux de travail. Les fournisseurs en ont été informés et s'emploient à y remédier.



AVANCÉES TECHNOLOGIQUES

La SCR collabore avec Heidi Health et Scribeberry, en leur transmettant les commentaires reçus des membres. Le résultat en est qu'ils ont apporté des mises au point spécifiques à la profession, les perfectionnements ultérieurs, au service des membres de la SCR, devant encore faire progresser la technologie des scribes d'IA.

RECOMMANDATION

Bien que les deux plateformes – scribes d'IA – ne soient pas parfaites, les utilisateurs qui en ont tiré avantage sont suffisamment nombreux pour que la SCR ne recommande à tous les membres l'essai GRATUIT exclusif de 4 semaines. Cette offre s'applique aux deux scribes d'IA. Faites-en l'essai vous-même!

VOS COLLÈGUES EN PARLENT...

« J'adore ce système, ma vie s'en est trouvée changée. Le programme est facile à utiliser. Je trouve que ce programme fascine les patients et qu'ils le trouvent utile. Je me passe de regarder l'écran de mon ordinateur lors des consultations. »

Dr Wayne Potashner,
membre de la SCR, participant au projet pilote

« L'emploi de scribes d'IA a transformé ma pratique. Je peux alors me consacrer à l'état clinique du patient, sans penser à la prise de notes sur l'ordinateur. Le fardeau qu'est la documentation a été allégé, parce que les notes sont établies à la fin de la consultation, et je peux ainsi terminer la journée avec le sourire! »

Dre Vandana Ahluwalia,
membre de la SCR, coprésidente du Groupe de travail sur l'informatique



Ne tardez donc pas à entamer **l'essai GRATUIT de 4 semaines!**
Information et abonnement : rheum.ca/resources/ai-scribes/



Améliorer l'exactitude du triage des cas rhumatologiques dont le diagnostic est ambigu : une amélioration de la qualité

Par Stephanie Gottheil, M.D., FRCPC; Chiara Gottheil, M. Sc.; et Joe Carson, M. Sc. (QIPS).



Les patients atteints d'arthrite inflammatoire précoce (AIP) doivent être vus de toute urgence pour commencer leur traitement. Notre clinique de rhumatologie communautaire de London, en Ontario, était préoccupée par le fait que l'évaluation des cas d'AIP était inutilement retardée lorsque ceux-ci n'étaient pas suffisamment détaillés pour être triés avec précision. Dans le cadre d'un projet antérieur d'amélioration de la qualité, nous avons repensé notre processus de triage et y avons inclus un sondage précédemment validé (l'outil d'AIP) que les patients devaient remplir afin de pouvoir déterminer lesquels d'entre eux souffraient d'AIP. Lors de cette étude, nous avons cherché à évaluer la précision et la spécificité du nouveau processus de triage pour les cas dont l'urgence était ambiguë après 12 mois d'utilisation.

Tous les cas acceptés par un rhumatologue entre avril 2020 et juillet 2022 ont été inclus. Pendant la période d'intervention, nous avons mis en œuvre le nouveau processus de triage. Le rhumatologue a trié tous les cas soumis comme étant urgents, non urgents ou a indiqué si la situation était ambiguë. Les patients dont on n'a pu établir l'urgence du cas ont été invités à remplir l'outil d'AIP avant qu'on leur fixe un rendez-vous. Les résultats du sondage ont permis d'obtenir un score de triage définissant un cas urgent ou non urgent, et les consultations ont ensuite été planifiées en conséquence. Après la consultation, le rhumatologue a déterminé le « véritable » score d'urgence, tout en ignorant le score préalable à la consultation. Les données ont été recueillies prospectivement pour tous les cas entrants. Nous avons analysé les données à l'aide de statistiques descriptives, et calculé tant la précision et la spécificité des processus de triage de référence que celles des nouveaux processus de triage.

La période de référence de 16 mois (avril 2020 à juillet 2021) comprenait 1 296 cas; 647 (50 %) ont été triés comme étant urgents. La période d'intervention de 12 mois (août 2021 à juillet 2022) comprenait 888 cas; 508 (57 %)

ont été triés comme des cas urgents et 97 (11 %) ont été triés comme des cas ambigus. L'outil AIP a été utilisé dans tous les cas ambigus; 93 patients ont soumis le sondage en ligne, et 4 patients qui n'avaient pas accès à un courriel ont répondu au sondage par téléphone. La plupart des patients (86 %) ont répondu au sondage dans la journée suivant sa réception. Un cycle de cinq jours était nécessaire entre l'aiguillage du patient et l'établissement du rendez-vous pour les cas ambigus, tandis qu'un cycle de trois jours était nécessaire pour ceux qui n'avaient pas reçu l'outil d'AIP. La précision de la détermination des cas urgents était de 97 % pendant l'intervention, comparativement à 85 % au départ. La spécificité pendant l'intervention était de 59 % par rapport à 70 % au départ.

L'outil AIP nous a aidés à détecter 97 % des cas vraiment urgents, ce qui nous a permis de réduire le risque de retard de traitement causé par une erreur de triage. Depuis, ce processus a été adopté par trois autres rhumatologues de notre clinique. Notre prochaine étape consistera à analyser les volumes d'aiguillages de patients urgents, puis à modifier notre algorithme de planification en conséquence pour nous assurer que tous les cas urgents deviennent prioritaires.

*Stephanie Gottheil, M.D., FRCPC
Rhumatologue, London Rheumatology
Professeure adjointe de médecine, Western University
London (Ontario)*

*Chiara Gottheil, M. Sc.
Chercheuse associée, London Rheumatology
London (Ontario)*

*Joe Carson, M. Sc. (QIPS)
Directeur général, London Rheumatology
London (Ontario)*

Explorer le potentiel de l'IA en rhumatologie : les premiers pas vers l'innovation

Par Carrie Ye, M.D., FRCPC, MPH; et Claude 3.5 Sonnet (assistant IA)

Lorsque j'imagine une clinique de rhumatologie très fréquentée, je vois la pratique traditionnelle de la rhumatologie : des antécédents détaillés des patients, des examens physiques minutieux, une interprétation réfléchie, des résultats de laboratoire et des conseils axés sur le patient. Bien que l'intelligence artificielle (IA) n'ait pas encore transformé notre pratique quotidienne, des chercheurs explorent comment elle pourrait un jour améliorer les soins que nous fournissons aux patients atteints de maladies rhumatologiques. En tant que rhumatologue praticienne et chercheuse en IA, je suis prudemment optimiste quant à l'intégration potentielle de cette technologie à notre spécialité.

La rhumatologie fait face à plusieurs défis qui en font un terrain d'essai intéressant pour les applications de l'IA. Notre spécialité continue de connaître une pénurie de main-d'œuvre, les patients attendant souvent des mois pour leurs rendez-vous. Les maladies que nous traitons sont complexes, nécessitant une surveillance attentive et des ajustements fréquents à des médicaments puissants. Bon nombre de nos outils diagnostiques, tels que des examens articulaires à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), reposent largement sur la reconnaissance des formes, un domaine où l'IA s'est révélée prometteuse dans d'autres contextes.

Dans notre laboratoire de recherche, Joint AI, nous en sommes aux premières étapes de l'étude de plusieurs applications potentielles de l'IA. Un projet explore la possibilité d'utiliser l'IA pour faciliter le triage des patients dirigés. L'objectif est de développer un système qui pourrait aider à classer par priorité les personnes dirigées. Bien qu'elle soit encore en cours d'élaboration, cela pourrait aider à garantir que les patients atteints de maladies où le facteur temps importe reçoivent des soins plus rapidement.

Un autre projet préliminaire aborde le défi de l'éducation des patients. Nous cherchons à savoir si un chatbot (ChatRheum) spécialisé dans les grands modèles linguistiques, s'appuyant exclusivement sur la littérature de rhumatologie évaluée par les pairs et sur les supports éducatifs validés pour les patients, pourrait fournir des informations fiables aux patients entre les visites. Contrairement aux chatbots génériques d'IA, le système que nous proposons utiliserait la génération améliorée par récupération d'information (GARI) pour s'assurer que les réponses sont fondées sur des sources médicales vérifiées. Cependant, des essais importants et leur validation seront nécessaires avant qu'un tel système puisse être envisagé pour une utilisation clinique.

Nous explorons également les applications IA de la vision par ordinateur en rhumatologie. Nos premières recherches portent sur l'entraînement de modèles d'IA pour détecter les épanchements articulaires (gonflement) sur des photographies



et des vidéos de mains. Bien que les premiers résultats soient prometteurs, une validation approfondie sera nécessaire pour déterminer si une telle technologie pourrait aider de manière fiable au diagnostic et à la surveillance des maladies, en particulier pour les patients des régions isolées du Canada.

L'un de nos projets de recherche qui a déjà été utilisé pour répondre à des questions cliniques consiste à déterminer si l'IA pouvait extraire des mesures de densité osseuse à partir de tomодensitométrie (TDM) de routine, une technique appelée

« TDM-DEXA opportuniste ». L'objectif est maintenant d'étendre ce projet à de

grandes populations à risque, comme les hommes atteints d'un cancer de la prostate sous traitement antiandrogénique, afin d'identifier l'ostéoporose chez ces hommes qui subissent une TDM pour la stadification et le suivi du cancer.

Dans le cadre de ces recherches, nous gardons à l'esprit le potentiel et les limites de l'IA en médecine. Tout système d'IA aurait besoin d'une validation rigoureuse dans diverses populations de patients pour s'assurer qu'il fonctionne aussi bien pour tous les groupes démographiques. Les questions de confidentialité des données, d'intégration des flux de travail cliniques, de détection et d'atténuation des biais et du rôle approprié de l'IA dans la prise de décisions cliniques doivent être examinées attentivement.

Pour l'avenir, je vois l'IA comme un outil potentiel pour compléter, et non remplacer, l'expertise clinique en rhumatologie. Bien que la technologie soit prometteuse, nous devons nous rappeler que le cœur de la pratique de la rhumatologie demeure l'application réfléchie du jugement clinique et l'essentielle relation médecin-patient. Notre recherche vise à explorer comment l'IA pourrait un jour soutenir ces aspects fondamentaux des soins. Ces technologies représentent des possibilités passionnantes pour l'avenir des soins rhumatologiques, mais leur développement doit être guidé par des données probantes, des considérations éthiques et, surtout, des bénéfices pour les patients.

Carrie Ye, M.D., FRCPC, MPH

Professeure adjointe

Université de l'Alberta

Département de médecine

Faculté de médecine et de dentisterie

Edmonton (Alberta)

L'intelligence artificielle en rhumatologie : amie ou ennemie?

Par Carol Hitchon, M.D., FRCP(C), M. Sc.; Liam O'Neil, M.D., FRCPC, M. Sc. S.; et Pingzhao Hu, Ph. D.

L'intégration de l'intelligence artificielle (IA) dans la vie quotidienne et les sciences médicales est un domaine en pleine émergence. La surveillance des recherches sur Internet est désormais une pratique répandue pour cibler les informations présentées lors de recherches personnelles en ligne et sur les fils de médias sociaux. Par ailleurs, la SCR soutient l'utilisation d'outils de rédaction tels que ChatGPT (un transformeur génératif pré-entraîné) et d'outils de dictée tels que les scribes IA. Dans les centres de recherche, de grands ensembles de données contenant une vaste quantité de données cliniques, biologiques et d'imagerie sont analysés afin d'explorer des schémas de données et de prédire une variété d'états et de résultats cliniques. L'IA a clairement le potentiel pour être un puissant outil clinique et de recherche, mais il convient de faire preuve de prudence lors de l'interprétation des études basées sur l'IA et de l'utilisation des outils d'IA.

Plusieurs lignes directrices publiées aident à l'interprétation des études cliniques utilisant des modèles d'intelligence artificielle, y compris la dernière version de la liste de vérification, appelée « *Minimum Information about Clinical Artificial Intelligence Modelling* » (MI-CLAIM)¹, et des directives sur l'intégration éthique des outils d'IA dans la pratique clinique². Concernant les études cliniques, ces lignes directrices soulignent l'importance de choisir des ensembles de données cliniques représentatifs de la population à l'étude et décrits en détail avec une terminologie claire et sans ambiguïté. La précision et la reproductibilité des modèles générés doivent dans l'idéal être comparées à celles des modèles basés sur les cliniciens (qui constituent toujours la « référence ») ainsi qu'à celles d'autres modèles d'apprentissage automatique. En effet, les modèles basés à la fois sur l'IA et sur les cliniciens surpassent souvent les modèles basés uniquement sur les cliniciens. Ces étapes d'assurance de la qualité sont essentielles, car comme le dit l'expression suivante : « erreurs en entrée, erreurs en sortie ».

En rhumatologie, de nombreux groupes au Canada et à l'étranger explorent de vastes ensembles de données cliniques et biologiques pour élaborer des modèles de prédiction permettant de catégoriser les phénotypes cliniques, de prédire les résultats cliniques et de comprendre les mécanismes biologiques. L'application des méthodes d'IA à l'interprétation d'images radiographiques est moins étudiée (en rhumatologie). Ces études ont été utilisées pour évaluer les examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM), de tomodensitométrie (TDM), de mammographie et d'échographie dans d'autres spécialités. En rhumatologie, les radiographies ordinaires demeurent l'outil d'imagerie le plus utilisé pour

évaluer les lésions articulaires dans l'arthrite inflammatoire, et les scores de lésions articulaires sont considérés comme la « référence » pour évaluer la progression des lésions dans les études cliniques. Cependant, l'évaluation manuelle des radiographies prend du temps, nécessite l'expertise de professionnels qui ne sont pas toujours disponibles et n'est donc pas pratique pour des rhumatologues bien occupés. Quelques groupes ont utilisé l'apprentissage automatique, un type d'IA pour évaluer et quantifier les lésions articulaires à la radiographie dans l'arthrite inflammatoire.

Notre équipe de recherche utilise des méthodes d'IA pour développer un outil permettant aux clinicien(ne)s et aux chercheurs(euses) d'évaluer les radiographies standard de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde³. Notre premier défi a été de faire en sorte que l'ordinateur détecte avec précision les articulations cibles dans l'image radiographique. Nous avons développé un algorithme utilisant un outil de pointe de détection d'objets, appelée « *You Only Look Once* » (YOLO), pour détecter des objets spécifiques à travers des images couramment vues dans la vie quotidienne. Nous avons ensuite peaufiné ce programme à partir d'un ensemble de données public de radiographies articulaires pédiatriques et validé l'outil de détection à l'aide de radiographies d'adultes obtenues auprès de patients suivis pendant jusqu'à 10 ans dans le cadre de la cohorte Manitoba Early Arthritis. L'outil de détection des articulations est capable de déterminer et d'étiqueter les articulations cibles avec une excellente précision dans des radiographies pédiatriques et adultes représentant une ou les deux mains. Notre deuxième défi consiste à faire en sorte que l'ordinateur « évalue » la présence d'un pincement de l'interligne articulaire et d'érosions dans les articulations cibles afin de calculer le score lésionnel de Sharp van der Heijde. Pour cela, nous avons utilisé des radiographies en série obtenues auprès de patients suivis dans le cadre de la cohorte CATCH (Canadian Early Arthritis Cohort) qui avaient été évaluées par la D^{re} Van der Heijde et son équipe. Ces radiographies sont considérées comme la « référence » pour l'attribution de scores de lésions articulaires.

À l'aide des radiographies CATCH, nous avons développé un algorithme utilisant des méthodes d'apprentissage automatique pour évaluer les articulations et l'avons combiné avec l'outil de détection des articulations. Nous avons comparé la précision de notre algorithme aux résultats obtenus avec différentes méthodes d'apprentissage automatique couramment utilisées. L'algorithme montre des résultats très encourageants et une bonne précision qui, dans certains

L'intelligence artificielle en rhumatologie : amie ou ennemie?

Suite de la page 9

cas, dépasse celle d'autres méthodes d'apprentissage automatique. Nous travaillons sur l'optimisation de l'algorithme pour renforcer l'apprentissage continu et ainsi améliorer les performances du modèle au fil du temps. Notre modèle devra être reproduit dans d'autres grands ensembles de données d'imagerie qui comprennent des radiographies de PR avec un large éventail de scores lésionnels. Notre algorithme a été conçu pour les radiographies de PR, et des études similaires dans d'autres arthropathies pouvant avoir des apparences radiographiques distinctes sont également nécessaires.

Le troisième défi consiste à développer une plateforme conviviale permettant aux clinicien(ne)s d'entrer une image radiographique et de recevoir des scores précis de lésions articulaires. Ces scores peuvent ensuite être utilisés pour surveiller les lésions articulaires des patients. Ce travail en cours est un exemple concret de la façon dont la technologie de l'IA peut soutenir la pratique clinique quotidienne en rhumatologie, en particulier dans les établissements où les ressources de radiologie sont limitées ou dans les centres de recherche où un score radiographique à haut volume est nécessaire.

L'IA a clairement le potentiel pour être un puissant outil clinique et de recherche qui, avec le temps, peut être intégré à la pratique clinique quotidienne pour améliorer le traitement ciblé des maladies rhumatismales. Cependant, il faut faire preuve de beaucoup de prudence et examiner attentivement les principes éthiques avant d'en généraliser l'usage². Il est important de noter que l'IA ne remplacera jamais l'acuité clinique des rhumatologues.

Glossaire⁴:

Intelligence artificielle : toute intelligence basée sur le raisonnement capable d'analyser des données et qui provient des systèmes informatiques.

Apprentissage automatique : sous-ensemble de l'IA où un ordinateur devient « plus intelligent » en « apprenant » de ses erreurs.

Réseaux neuronaux : style d'apprentissage automatique qui tente d'imiter la façon dont le cerveau humain fonctionne avec un vaste éventail de « neurones » qui s'activent ou non en fonction des données saisies.

1. Miao BY, Chen IY, Williams CYK, et coll. The MI-CLAIM-GEN checklist for generative artificial intelligence in health. Nat Med 2025 doi: 10.1038/s41591-024-03470-0 [Première publication en ligne : 06/02/2025]
2. Ning Y, Teixayavong S, Shang Y, et coll. Generative artificial intelligence and ethical considerations in health care: a scoping review and ethics checklist. Lancet Digit Health 2024;6(11):e848-e56. doi: 10.1016/s2589-7500(24)00143-2 [Première publication en ligne : 17/09/2024]
3. Hitchon CAIS, Fung D, Liu Q, Lac L, Bartlett S, Bessette L, Boire G, Bykerk V, Hazlewood G, Keystone E, Pope J, Schieir O, Thorne C, Tin D, Valois M, van der Heijde D, (CATCH) Investigators C, O'Neil L, Hu P. Artificial Intelligence Models for Computer-Assisted Joint Detection and Sharp-van Der Heijde Score Prediction in Hand Radiographs from Patients with Rheumatoid Arthritis [abstract]. Arthritis Rheumatol 2023;75 (suppl 9).
4. Blanchard KJ. Artificial Intelligence: How we got here Artificial Intelligence - Everything you need to know A360 Media LLC 2024.

Carol Hitchon, M.D., FRCPC

Professeure de médecine, Département de médecine interne, Université du Manitoba,, Winnipeg (Manitoba)

Liam O'Neil, M.D., FRCPC

Professeur adjoint, Département de médecine interne, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba)

Pingzhao Hu, Ph. D.

Professeur associé,

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada, Approches computationnelles de la recherche en santé (niveau 2), Western University, London (Ontario)

Documentation alimentée par l'IA en rhumatologie : évaluer les avantages et les limites des scribes ambiants

Par Ramandip Singh, M.D., FRCPC

DÉFIS EN MATIÈRE DE DOCUMENTATION CLINIQUE

La documentation clinique à l'ère des dossiers de santé électroniques (DSE) présente des défis considérables, ayant une incidence sur l'efficacité des soins de santé et la qualité des soins prodigués aux patients. Le passage des dossiers papier aux systèmes numériques a augmenté le fardeau administratif, détournant l'attention des cliniciens des interactions avec les patients. Les scribes ambiants, des outils alimentés par l'IA qui écoutent passivement les conversations clinicien-patient et génèrent des notes cliniques en temps réel, offrent une solution prometteuse à ces défis. Au cours de l'année passée, j'ai mis en œuvre et évalué les scribes ambiants dans ma pratique de la rhumatologie, en examinant leur impact dans de multiples domaines. Les études évaluant leur efficacité se sont concentrées sur des paramètres clés, notamment la précision, la satisfaction des patients, la satisfaction des cliniciens, le temps nécessaire à la documentation et la conformité en matière de protection de la vie privée. Bien que ces outils soient très prometteurs, leurs performances varient selon ces paramètres.

ÉVALUATION DES SCRIBES AMBIANTS : DOMAINES CLÉS DE PERFORMANCE

Précision

Les scribes ambiants que j'ai testés ont généré des notes plutôt fiables, en particulier pour les visites de suivi structurées dans le cadre de pathologies comme l'arthrite inflammatoire et la polymyalgie rhumatismale. Même dans les cas de maladies bien définies mais systémiques comme la vascularite, l'IA a produit des notes de grande qualité.

Cependant, lorsqu'une symptomatologie étendue était présente et que le diagnostic n'était pas clair, le scribe ambiant incluait souvent des informations inutiles (*note bloat*) ou omettait des détails cruciaux. Ces notes ont dû être examinées attentivement et affinées manuellement pour garantir leur exactitude et leur pertinence clinique.

Certains défis identifiés dans les premières mises en œuvre de scribes numériques (tels que le manque de normalisation et la difficulté à s'adapter à un langage clinique nuancé) ont été partiellement résolus dans les systèmes plus récents grâce à des modèles de notes personnalisables et à des modèles de langage naturel améliorés.

Délai de documentation

Les scribes ambiants réduisent généralement le temps de documentation en minimisant le besoin de prise de notes manuelle et en rationalisant les flux de travail cliniques.

Dans une étude à grande échelle, les médecins utilisant des scribes ambiants ont économisé environ une heure par jour, sur la base de plus de 300 000 rencontres avec des patients pendant une période de 10 semaines (Trivedi et coll., 2024). Celi et coll. ont d'ailleurs noté une réduction de 20,4 % du temps consacré aux notes par rendez-vous et une diminution de 30 % du travail en dehors des heures de travail par jour.

Toutefois, les gains d'efficacité peuvent être limités dans les rencontres plus complexes, où les notes générées par l'IA nécessitent souvent une révision, une édition et une correction approfondies pour garantir l'exactitude et la pertinence cliniques. Cela souligne la nécessité d'une amélioration continue de la précision contextuelle et de l'adaptabilité.

Satisfaction des cliniciens

La réduction de la nécessité de taper ou de prendre des notes en permanence a permis des conversations plus naturelles et plus engageantes avec mes patients. Plusieurs études ont démontré les avantages non liés au temps des scribes ambiants, notamment une réduction significative de l'épuisement professionnel des cliniciens. (Misurac et coll., 2024). Kane et coll. (2024) Il a également observé une réduction de la charge de travail et de la charge cognitive chez les cliniciens, ce qui suggère que les scribes ambiants peuvent alléger les exigences mentales de la documentation.

Ces améliorations suggèrent que la satisfaction des cliniciens n'est pas seulement due au gain de temps, mais aussi à la capacité des scribes à réduire le stress lié à la documentation et à améliorer l'expérience de travail au quotidien.

Satisfaction des patients

Bien que je n'aie pas formellement évalué la satisfaction des patients dans mon propre cabinet, mes impressions cliniques concordent avec ces résultats : les patients semblent plus engagés, et les interactions sont moins perturbées par les tâches de documentation. Une étude évaluant l'expérience des patients avec les scribes ambiants a révélé que 71 % de ces derniers ont déclaré avoir passé plus de temps à parler avec leur médecin, et 81 % ont observé que leur médecin passait moins de temps à regarder l'écran de l'ordinateur par rapport aux visites précédentes (Tierney et coll., 2024).

Notamment, tous les patients ont déclaré que le scribe ambiant n'avait eu aucun effet ou avait amélioré leur visite, et tous ont déclaré se sentir neutres ou très à l'aise avec l'utilisation d'un outil d'IA au cours de leur visite.

Respect de la confidentialité

Les fournisseurs de scribes ambiants opérant au Canada, tels que Scribeberry et Heidi, se conforment aux réglementations fé-

Documentation alimentée par l'IA en rhumatologie : évaluer les avantages et les limites des scribes ambiants

Suite de la page 11

dérales et provinciales en matière de protection de la vie privée, et leurs serveurs sont physiquement situés au Canada, ce qui garantit la résidence des données. Cependant, la résidence des données n'est pas la même chose que la souveraineté des données. Si un fournisseur utilise une infrastructure basée aux États-Unis ou appartient à une société dont le siège social se trouve aux États-Unis, les données canadiennes peuvent toujours être soumises à la loi américaine *CLOUD Act*, qui permet aux autorités américaines d'accéder aux données détenues par des sociétés américaines même si elles sont conservées à l'étranger.

Bien que cette préoccupation dépasse largement le cadre des scribes ambiants, elle met en évidence la nécessité d'un cadre national clair pour traiter de la souveraineté des données et de la portée juridique des juridictions étrangères. La surveillance de l'infrastructure « cloud » et de la propriété des fournisseurs sera essentielle à la protection de la confidentialité des informations de santé canadiennes.

REGARDS VERS L'AVENIR : OPTIMISATION DES SCRIBES AMBIANTS DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

Établir un cadre d'évaluation solide

Bien que les indicateurs de rendement clés tels que la précision, le temps nécessaire à la documentation et la satisfaction des utilisateurs fournissent des informations précieuses, des mesures supplémentaires telles que l'organisation, la cohérence interne, l'exhaustivité, la cohérence, la pertinence, l'efficacité et le taux d'erreurs pourraient améliorer le processus d'évaluation de la documentation clinique générée par l'IA.

Plusieurs outils permettent d'effectuer une évaluation structurée, notamment PDQI-9 (*Physician Documentation Quality Instrument*) et DeepScore (une mesure de qualité exclusive développée par DeepScribe, un fournisseur de scribes ambiants pour l'analyse interne de la qualité).

Bien que PDQI-9 évalue efficacement la qualité de la documentation à travers des attributs tels que la clarté, l'exhaustivité et l'organisation, il n'évalue pas la satisfaction des médecins dans le monde réel ni les problèmes d'utilisation liés aux systèmes de documentation électronique (Stetson et coll., 2008).

Actuellement, il n'existe pas de norme universelle pour évaluer les scribes ambiants, et certaines mesures développées par les fournisseurs demeurent leur propriété exclusive. L'établissement d'un cadre plus transparent et normalisé sera essentiel pour s'assurer que ces outils améliorent véritablement les flux de travail cliniques.

Améliorer l'intégration aux DSE

Bien que les scribes ambiants actuels fonctionnent principalement comme des outils de documentation passifs, leur utilité pourrait être considérablement élargie grâce à une intégration plus poussée du DSE et à des améliorations contextuelles.

Idéalement, ces systèmes permettraient d'accéder en temps réel aux résultats de laboratoire, à l'historique des médicaments et aux résumés des visites précédentes, ce qui réduirait la recherche manuelle de données et faciliterait la prise de décisions cliniques. Bien que certains scribes ambiants offrent une intégration limitée des DSE, une solution entièrement interopérable capable d'extraire et d'interroger les données des patients maximiserait l'efficacité.

En plus d'accéder aux données antérieures, l'optimisation des notes en fonction du contexte pourrait permettre à l'IA d'organiser les informations de manière plus cohérente, ce qui se traduirait par des notes reflétant mieux le raisonnement clinique et le flux narratif.

Nécessité d'un leadership adaptatif dans le domaine de la santé

Les organisations de soins de santé doivent jouer un rôle actif dans la mise en œuvre et l'évaluation des scribes ambiants. Leur succès dépendra de l'évaluation continue de l'efficacité, de la sécurité et de la facilité d'utilisation, ainsi que de l'étroite collaboration entre les cliniciens, les organismes de réglementation et les fournisseurs de technologie pour répondre aux besoins spécifiques de chaque spécialité médicale.

Le projet Athena, une initiative axée sur la définition des caractéristiques de la plateforme informatique canadienne en rhumatologie de nouvelle génération, met l'accent sur l'importance du leadership institutionnel. Un cadre structuré soutenant l'évaluation et l'engagement continu sera essentiel pour s'assurer que ces technologies s'intègrent parfaitement à la pratique clinique.

Conclusion

Les scribes ambiants représentent une avancée significative dans la documentation médicale, contribuant à réduire le fardeau administratif et à améliorer les interactions avec les patients. Mon expérience correspond aux travaux de recherche publiés : ces outils améliorent l'efficacité du flux de travail et réduisent la charge cognitive.

Toutefois, leur impact dépend de l'amélioration continue de la précision, de la connaissance du contexte et de l'intégration transparente avec les systèmes cliniques. La réalisation de leur plein potentiel nécessitera une collaboration continue entre les cliniciens, les développeurs et les responsables des systèmes de santé, soutenue par des cadres d'évaluation transparents et normalisés.

Ramandip Singh, M.D., FRCPC
Winnipeg (Manitoba)

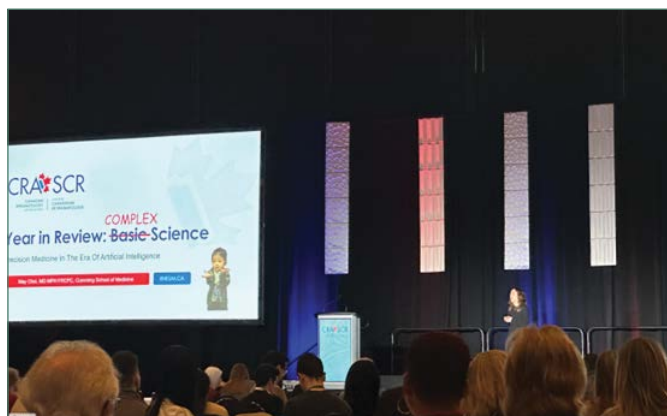
Les références et les lectures suggérées sont disponibles en ligne au www.craj.ca.

Bilan de l'année : des sciences complexes (et pas si fondamentales)

Par May Y. Choi, MPH, FRCPC

Dans le domaine des sciences fondamentales et translationnelles en rhumatologie, les articles de recherche deviennent de plus en plus complexes. Des voies immunitaires complexes aux technologies de pointe utilisées pour étudier nos maladies, comprendre ces découvertes représente un défi, même pour les immunologistes chevronnés. C'est pourquoi, dans ma présentation « Bilan de l'année : sciences fondamentales » lors de l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de 2025 de la Société canadienne de rhumatologie (Calgary, Alberta), j'ai adopté une approche différente. Plutôt que d'expliquer quelles ont été les découvertes les plus marquantes en sciences fondamentales liées à la rhumatologie en 2024, j'ai mis l'accent sur la façon dont ces percées ont été réalisées, en tenant compte de trois grandes tendances récentes : l'intelligence artificielle (IA), le profilage immunitaire et la multiomique.

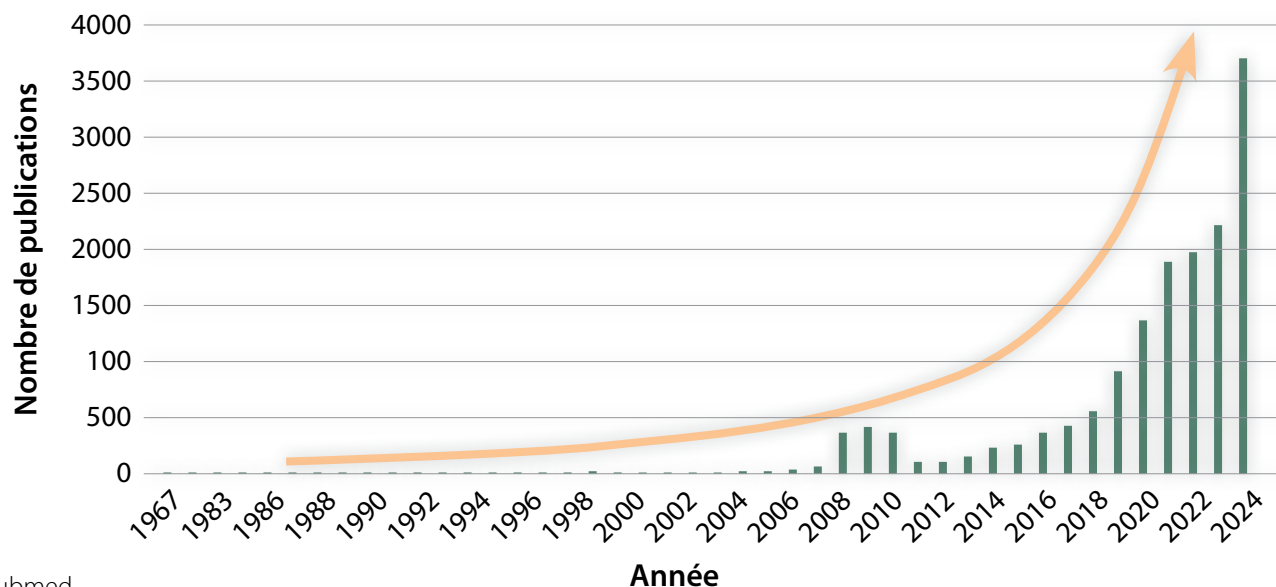
La première technologie clé que j'ai abordée est l'importance croissante de l'intelligence artificielle (IA) en médecine. Bien que le terme intelligence artificielle ait été inventé dans les années 1950, ce n'est que récemment qu'elle a eu un impact majeur sur la recherche en santé, grâce aux progrès du supercalcul et à une meilleure collecte des données



La D^{re} Choi durant sa présentation à l'ASA de la SCR 2025 à Calgary.

des patients, et désormais jusqu'au niveau moléculaire. L'IA est devenue essentielle pour interpréter et intégrer de vastes ensembles de données (*big data*), permettant de mieux comprendre la physiopathologie des maladies de façon précise et efficace. Elle peut également aider à découvrir de nouveaux schémas qui seraient difficiles à détecter avec les méthodes

Explosion des études en rhumatologie à l'aide de l'IA



Pubmed

Bilan de l'année : des sciences complexes (et pas si fondamentales)

Suite de la page 13

statistiques traditionnelles. Les algorithmes d'apprentissage automatique, un type d'IA qui inclut l'apprentissage profond (*deep learning*), peuvent aussi analyser divers types de données, comme des images, du texte et de l'audio.

Dans la recherche sur les maladies auto-immunes, des experts(es) des Instituts nationales de la santé ont tenu une rencontre en 2024 pour définir trois domaines critiques pour la recherche future : l'hétérogénéité des maladies, leur histoire naturelle et le rôle des tissus dans la pathogenèse¹. Les biomarqueurs liés à ces aspects sont essentiels pour améliorer notre compréhension des maladies auto-immunes, et l'IA joue un rôle clé dans leur identification. Dans une revue récente des études utilisant l'apprentissage automatique (un type d'IA) dans le lupus, nous avons démontré que l'IA est largement utilisée pour analyser des ensembles de données de biomarqueurs afin d'améliorer la précision diagnostique et de prédire les complications de la maladie². Ces biomarqueurs incluaient des sous-ensembles de cellules immunitaires (p. ex. cellules T, cellules B) ainsi que des données multiomiques (p. ex. génomique, protéomique, lipidomique). L'association de l'IA avec l'immunophénotypage et les approches multiomiques est devenue une méthode courante en sciences fondamentales pour étudier la pathogenèse des maladies dans notre domaine.

Un flux de travail typique intégrant l'IA, l'immunophénotypage et les approches multiomiques commence par la collecte de biospécimens, comme des échantillons de sang ou de tissu. Ces échantillons sont ensuite analysés pour identifier les sous-types de cellules immunitaires (p. ex. par cytométrie en flux ou de masse) et différentes données omiques (p. ex. séquençage du génome entier, séquençage de l'ARN unicellulaire, spectrométrie de masse). Les données obtenues forment généralement un vaste ensemble de biomarqueurs, qui est ensuite analysé par des algorithmes d'apprentissage automatique afin de repérer des schémas et des biomarqueurs potentiels pour la stratification des patients, le diagnostic, le pronostic, la compréhension de la pathogenèse des maladies et l'identification de nouvelles cibles thérapeutiques.

En ce qui concerne l'avenir proche, il y a une volonté de développer des modèles d'IA encore plus grands, capables de traiter un nombre accru de paramètres et de connexions entre leurs « neurones ». Pour donner un ordre de grandeur, le cerveau humain possède environ 100 000 milliards de connexions, tandis que des modèles comme ChatGPT en utilisent environ 1 000 milliards³. Étant donné la croissance exponentielle des applications de l'IA, il ne serait pas surprenant que ces modèles atteignent bientôt ce seuil. D'autres technologies prometteuses sont aussi à surveiller, notamment la protéomique spatiale, désignée Méthode de l'année par *Nature*⁴. Cette technique pousse les approches omiques encore plus loin en fournissant une cartographie spatiale de l'expression des protéines dans les tissus. Elle pourrait révolutionner la manière dont les chercheur(-se)s étudient les maladies à partir de biopsies tissulaires, comme celles du synovium, des muscles, des reins ou de la peau, en offrant une vision plus complète du système immunitaire. Après tout, une image vaut mille mots! Cette méthode ouvre la porte à des traitements plus personnalisés et à une compréhension plus approfondie des mécanismes des maladies, créant ainsi de nouvelles perspectives de recherche et améliorant les soins en rhumatologie.

Références :

1. Guerau-de-Arellano M, Morris MA, Sherman MA, Esch TR. Meeting report: Hidden links in autoimmunity. *Science Immunology*. 2024;9(102):ead5884.
2. Zhan K, Buhler KA, Chen Y, Fritzier MJ, Choi MY. Systemic lupus in the era of machine learning medicine. *Lupus Science & Medicine*. 2024;11(1):e001140.
3. Ananthaswamy A. In AI, is bigger always better? *Nature*. 2023;615(7951):202-5.
4. Karimi E, Simo N, Millet N, TE W, ALSHA, QU N, et coll. Method of the Year 2024: spatial proteomics. *Nat Methods*. 2024;21:2195-6.

May Y. Choi, M.D., MPH, FRCPC
Professeure agrégée,
Cumming School of Medicine
Université de Calgary et
Alberta Health Services
Calgary (Alberta)

Les 10 principales percées de recherche financées par la Société de l'arthrite du Canada



La Société de l'arthrite du Canada est fière de présenter les progrès remarquables réalisés en 2024 au moyen de ses 10 principales percées de recherche de l'année, au arthrite.ca/10percéesdelarecherche

Qu'il s'agisse de développer des outils alimentés par l'IA pour accélérer le diagnostic et le suivi de l'arthrose ou de mettre en œuvre de nouveaux modèles pour améliorer l'accès aux soins de la polyarthrite rhumatoïde, la recherche financée par la Société de l'arthrite du Canada transforme notre compréhension du diagnostic, du traitement et de la prévention de l'arthrite.

Parmi les 10 principales percées se trouve l'étude du Dr Mark Harrison de l'Université de la Colombie-Britannique et d'Arthrite-recherche Canada, qui explore en quoi l'intégration d'infirmiers(ères) dans les cliniques de la Colombie-Britannique accélère l'accès aux soins de la polyarthrite rhumatoïde. En réduisant les délais d'attente pour les prescriptions d'antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), ce modèle de soins pluridisciplinaire améliore le diagnostic et le traitement précoces. Si le modèle est encore amélioré et élargi, il pourrait faire une énorme

différence dans l'amélioration des résultats en matière de santé pour les patients.

Une autre étude novatrice parmi les 10 principales percées est celle du Dr Mohit Kapoor de la Schroeder Arthritis Institute et de l'University Health Network. Le Dr Kapoor et son équipe se concentrent sur le paquet adipeux sous-rotulien (IFP), le plus grand paquet adipeux de l'articulation du genou. Ils analysent des échantillons du IFP pour comprendre comment divers types de cellules sont distribués et interagissent. La recherche met en lumière des schémas moléculaires dans les cellules du paquet adipeux sous-rotulien liés à l'arthrose du genou, y compris des différences entre les patients (hommes et femmes) et les patients obèses. Cette connaissance de pointe pourrait ouvrir la voie à de nouveaux traitements.

Ces progrès démontrent les incroyables percées possibles grâce aux investissements ciblés dans la recherche.

Consultez la liste complète des 10 principales percées de la recherche pour 2024 à l'adresse :

arthrite.ca/10percéesdelarecherche.

**BIMZELX EST
LE PREMIER ET LE
SEUL INHIBITEUR
DE L'IL-17A ET DE
L'IL-17F.*^{1,2}**

UNE OCCASION DE REPOUSSER LES LIMITES DU RHUMATISME PSORIASIQUE ET DE L'AXSPA GRÂCE À BIMZELX

BIMZELX est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints des affections suivantes¹ :

- le psoriasis en plaques modéré ou sévère, chez les candidats au traitement à action générale ou à la photothérapie;
- le rhumatisme psoriasique évolutif. BIMZELX peut être utilisé seul ou en association avec un médicament antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM) non biologique conventionnel (par exemple, le méthotrexate);
- la spondylarthrite ankylosante évolutive, chez les personnes ayant présenté une réponse inadéquate ou une intolérance au traitement conventionnel;
- la spondylarthrite axiale non radiographique (nr-axSpA) évolutive, chez les adultes présentant des signes objectifs d'inflammation tels qu'un taux élevé de protéine C réactive (CRP) et/ou des signes visibles à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou qui ne les ont pas tolérés.

Conditions d'utilisation clinique :

L'utilisation de BIMZELX n'est pas autorisée chez les enfants (< 18 ans).

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Réactions d'hypersensibilité graves
- Vaccination
- Infections, y compris la tuberculose
- Femmes enceintes ou qui allaitent
- Femmes en mesure de procréer

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse ucb-canada.ca/fr/bimzelx pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les directives posologiques qui ne sont pas abordés dans le présent document. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en communiquant au 1-866-709-8444.

* La signification clinique comparative est inconnue.

¹. Monographie de BIMZELX. UCB Canada Inc. 27 novembre 2024. ². Données internes, UCB Canada Inc.

Quand vous avez différentes options
d'**anti-TNF** à votre disposition...

Pensez à CIMZIA®

- Un anti-TNF dont la structure moléculaire ne contient pas de région de fragment cristallisable (Fc), qui est normalement présente dans un anticorps complet^{1*}
- Plus de 14 ans d'expérience clinique combinée dans toutes les indications suivantes† :
 - **polyarthrite rhumatoïde (PR), 2009; rhumatisme psoriasique (RP), 2014; spondylarthrite ankylosante (SA), 2014; psoriasis cutané (PS), 2018; et spondylarthrite axiale non radiographique (axSpa-nr), 2019^{1,2}**

CIMZIA (certolizumab pégol) en association avec le MTX est indiqué pour :

- la réduction des signes et symptômes, notamment les réactions cliniques majeures, et la réduction de la progression de l'endommagement articulaire tel qu'évalué par radiographie, chez le patient adulte souffrant de PR active modérée à grave.

CIMZIA seul ou en association avec le MTX est indiqué pour :

- la réduction des signes et symptômes et l'inhibition de la progression des dommages structurels tel qu'évalué par radiographie chez le patient adulte souffrant d'AP active modérée à grave qui n'a pas répondu à un ou plusieurs ARMM.

CIMZIA est indiqué pour :

- la réduction des signes et des symptômes chez le patient adulte souffrant de PR active modérée à grave qui est intolérant au MTX;
- la réduction des signes et des symptômes chez le patient adulte souffrant de SA ayant eu une réaction inadaptée à la thérapie conventionnelle;
- le traitement d'adultes atteints d'axSpa-nr active grave présentant des signes objectifs d'inflammation tels qu'indiqués par un taux élevé de CRP ou par une IRM, qui ont eu une réaction inadaptée aux AINS ou qui ne les tolèrent pas;
- le traitement de patients adultes souffrant de PsO modéré à grave qui sont candidats à la thérapie systémique.

* Importance clinique comparative inconnue.

† Importance clinique inconnue.

CRP : protéine C-réactive; ARMM : médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie; IRM : imagerie par résonance magnétique; MTX : méthotrexate; AINS : médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens; TNF : facteur de nécrose tumorale alpha.

Consultez la monographie du produit à l'adresse <https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/switchlocale.do?lang=fr> pour obtenir d'importantes informations concernant :

- les contre-indications dans la tuberculose ou d'autres infections graves actives telles qu'une septicémie, des abcès et des infections opportunistes; ainsi que dans l'insuffisance cardiaque modérée à sévère (classe III/IV de la NYHA);
- les avertissements et précautions d'emploi les plus importants concernant les infections graves et les tumeurs;
- les autres avertissements et précautions d'emploi concernant les aggravations et apparitions d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC); la réactivation du virus de l'hépatite B; les réactions hématoLOGIQUES; les réactions neuroLOGIQUES; l'utilisation en association avec d'autres médicaments biologiques; l'observation des patients subissant une intervention chirurgicale et ceux qui sont passés à un autre ARMM; les symptômes d'hypersensibilité; la sensibilité au latex; la formation des anticorps; l'administration de vaccins vivants ou vivants atténués; l'utilisation chez les patients présentant une immunosuppression sévère; d'éventuels résultats de test du temps de céphaline activée (TCA) faussement élevés chez les patients ne présentant pas d'anomalies de la coagulation; les femmes en âge de procréer; la grossesse et l'allaitement; la prudence chez les patients gériatriques.
- les conditions d'utilisation clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les instructions de dosage.

La monographie du produit est également disponible par le biais des Services de renseignements médicaux au 1-866-709-8444.

1. Monographie de produit CIMZIA®, 13 novembre 2019. UCB Canada Inc. 2. Base de données des avis de conformité de Santé Canada. Accessible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/avis-conformite/base-donnees.html>. Consulté le 13 octobre 2022.



CIMZIA, UCB et le logo UCB sont des marques déposées du Groupe de sociétés UCB.
© 2024 UCB Canada Inc. Tous droits réservés.



CRA-24-006F



« Hydrotomie » : l'art et la science pour soulager la sécheresse buccale

Leslie P. Laing, B. Sc., B. Ed., M. Sc., Ph. D. (Microbiologie et immunologie), DDS, M. Sc. (Prosthodontie), FRCD(C), FAP

Si William Shakespeare a écrit « Ce que nous appelons rose, par n'importe quel autre nom sentirait aussi bon »¹, nous pourrions nous en inspirer et dire « Ce que nous appelons salive, par n'importe quel autre nom serait toujours aussi dégoûtant ». La salive n'a pas très bonne réputation, et est souvent appelée de manière péjorative « crachat », « bave » ou « écume ». La salive est ce liquide en apparence inoffensif auquel nous évitons de penser, et que nous avons tendance à tenir pour acquis. Pourtant, elle est vitale pour nos activités quotidiennes. Elle préserve et maintient la santé et la fonction buccodentaires; aide à la digestion; contribue à la perception du goût; facilite la communication; protège les tissus buccaux contre la dessiccation, la pénétration microbienne ou les ulcères; stimule la réparation des tissus mous; favorise le confort lors du port de prothèses dentaires grâce à sa capacité de lubrification; et protège contre la carie en protégeant la surface des dents en neutralisant et en diluant les acides. Elle agit comme tampon en favorisant la reminéralisation. Pourtant, pour reprendre les mots de ma compatriote Joni Mitchell : « *Don't it always seem to go that you don't know what you've got 'til it's gone* »². Lorsqu'elle disparaît ou que sa production diminue, la qualité de vie est grandement réduite. Une personne qui a la bouche sèche peut ne pas montrer de signes extérieurs de sa condition, mais elle n'arrive pas à profiter pleinement des petits plaisirs de la vie : passer du temps avec sa famille et ses amis, discuter, manger ensemble, goûter, etc. Et puis, pour ajouter l'insulte à la blessure réelle, ce manque de salive peut engendrer des caries à la chaîne malgré l'utilisation de toutes sortes de produits et de techniques d'hygiène buccodentaire.

La sécheresse buccale est associée à plusieurs maladies auto-immunes dont la plus notable, le syndrome de Sjögren, mais aussi au lupus érythémateux systémique (LES), la sclérodémie, le diabète, la maladie du greffon contre l'hôte, la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la cholangite biliaire primitive. Elle est aussi associée à l'immunothérapie ou à la radiothérapie pour les cancers du cerveau et du cou, à plus de 500 médicaments thérapeutiques courants et à la consommation de marijuana qui peut mener à une « bouche molle ». Divers termes ont été utilisés pour définir la sécheresse buccale et le dysfonctionnement des glandes salivaires³ : l'hypofonction des glandes salivaires correspond à une diminution objective de la sécrétion salivaire (c.-à-d. inférieure à la sécrétion normale), qui est mesurée au moyen du débit salivaire, de sorte que le débit salivaire non stimulé ou au repos est inférieur à 0,1 mL/min (normal ~ 0,3 mL/min) et le débit salivaire stimulé est inférieur à 0,5 mL/min

(normal 1-2 mL/min). La xérostomie est la sensation subjective de sécheresse buccale. Le patient a l'impression que sa bouche est sèche, mais cela peut ne pas être évident à l'examen intra-oral, car l'étendue de la sécheresse peut être marquée par des facteurs autres que les débits salivaires³. Le terme diagnostique hyposalivation est utilisé lorsque la sécrétion de salive devient pathologiquement faible, selon une mesure objective.

Avant de recourir à l'intervention pharmaceutique, les astuces et conseils simples suivants peuvent aider à soulager la sécheresse buccale, c'est-à-dire l'hydrotomie.

1. Massage :

- Les glandes salivaires principales.** Les plus grandes des glandes salivaires principales, les glandes parotides (Figure 1), sont massées en plaçant les doigts sur les joues et en tirant les glandes vers l'avant. Cela facilite l'écoulement de la salive séreuse aqueuse dans le canal de Stenson. De même, la salive muqueuse visqueuse peut être libérée par les glandes sous-mandibulaires de taille moyenne le long et au-dessous du bord inférieur de la mandibule, et se déverse dans le canal de Wharton. Les petites glandes sublinguales peuvent être massées par voie intraorale de manière assez discrète si on passe

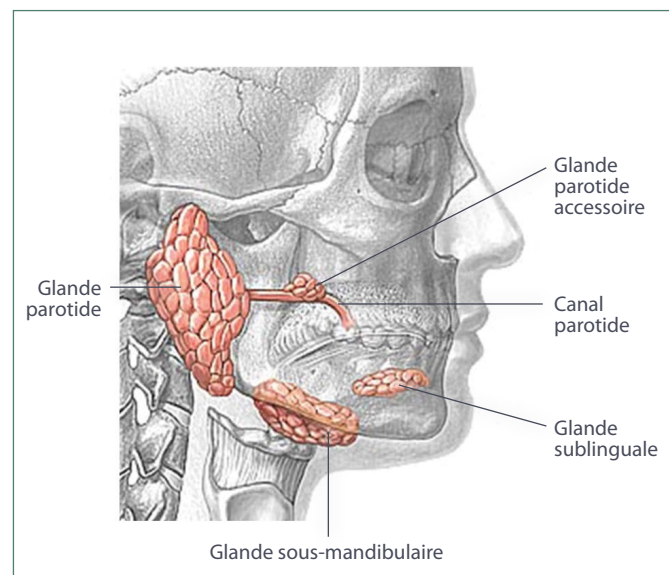


Figure 1. Glandes salivaires. MedlinePlus [Internet]. Bethesda (M.D.) : National Library of Medicine (États-Unis); [mise à jour le 24 juin; consulté le 1^{er} juillet 2020]. Accessible à l'adresse <https://medlineplus.gov/>. Glandes de la tête et du cou.

- la langue d'un côté à l'autre le long du plancher de la bouche où se trouvent les deux structures molles en forme d'oreiller. Comme ce massage peut être fait la bouche fermée, sans que personne ne s'en aperçoive, il peut être considéré comme un « exercice de Kegel oral ».
- b. **Les glandes salivaires mineures.** Même les glandes salivaires mineures des lèvres et des tissus gingivaux peuvent être massées à l'aide d'une brosse à dents ultradouce avec des milliers de poils en polyester. La brosse est délicatement tenue comme un stylo à un angle de 45 degrés avec la moitié des poils posés sur les gencives et l'autre moitié sur les dents, puis bougée en petits cercles autour des dents. Même sans eau ni dentifrice, la production de salive sera stimulée. On peut également utiliser l'hydropropulseur électrique en dirigeant l'extrémité de l'appareil vers les dents et en dirigeant le flux d'eau à un angle de 90 degrés par rapport à la gencive.
2. **Prenez de la gomme ou des pastilles sans sucre contenant du xylitol.** La stimulation mécanique au moyen de la gomme à mâcher ou de pastilles à sucer stimulera la libération de la salive. Choisissez des produits sucrés qui contiennent du xylitol, car ils ont l'avantage supplémentaire de réduire les caries⁴⁻⁶. Évitez les produits sans sucre qui contiennent de l'aspartame, car ils ont tendance à assécher encore plus la bouche.
3. **Utilisez des sucettes aux herbes sucrées avec de l'extrait de racine de réglisse.** Il a été démontré qu'un système unique d'extrait de racine de réglisse sous forme de sucette dans un régime qui exige son ingestion deux fois par jour pendant 10 jours provoque une réduction marquée du *Strep. mutans* salivaire, le micro-organisme fréquemment associé à la carie dentaire⁷. L'ELR a des effets potentiellement bénéfiques dans le traitement du cancer, de l'athérosclérose, des ulcères gastriques, de l'hépatite, des maladies auto-immunes (maladie de Crohn, lupus, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde) et des maladies buccodentaires (caries)^{7,8}. Le format de sucette a l'avantage supplémentaire d'offrir une poignée aux patients qui ont subi des interventions chirurgicales pour un cancer du cerveau et du cou et pour qui il est presque impossible de maintenir une pastille ou une gomme dans la bouche.
4. **Utilisez un petit article lisse comme solution de rechange à la gomme ou aux pastilles.** Cela peut prendre la forme d'un noyau de cerise ou d'olive, d'un bouton en plastique ou d'un appareil à mâcher en vente libre conçu à cet effet, ou même d'un caillou⁹⁻¹³. Tous les articles précédents peuvent être maintenus dans les « bajoues » comme le fait un écureuil et être bougés autour de la bouche, de manière à stimuler les récepteurs mécaniques dans les tissus gingivaux et à augmenter la production de salive.
5. **Buvez du thé vert.** Il a été démontré que les polyphénols du thé vert réduisent le risque et la gravité des maladies cardiovasculaires, des caries dentaires, des maladies oculaires, des calculs rénaux, des maladies infectieuses et du cancer tout en améliorant la densité osseuse, la réponse immunitaire et les fonctions cognitives^{14,15}. Il a été démontré que la consommation de thé vert produit une augmentation cliniquement significative du débit salivaire et une diminution statistiquement significative de la viscosité salivaire chez les patients atteints du syndrome de Sjögren¹⁵. De plus, si le thé n'est pas trop chaud, la poche qui le contient peut être utilisée comme compresse chaude pour la glande parotide.
6. **Consommez de l'eau de manière modérée, mais restez hydraté.** L'eau n'est pas substantielle en ce sens qu'elle ne reste pas dans la bouche, et ne lubrifie ni la bouche ni la gorge. Il est préférable de boire un verre d'eau plutôt que de nombreuses gorgées d'eau, car le peu de salive présent est avalé avec l'eau. Au lieu de cela, les patients peuvent sucer des morceaux de glace qui « restent » plus longtemps dans la bouche. Il peut être utile de pulvériser de l'eau ou un mélange d'eau et d'huile, comme de l'huile d'olive ou de coco au fond de la gorge à l'aide d'un atomiseur.
7. **Portez des prothèses amovibles.** Il peut s'agir de prothèses amovibles, d'appareils de stabilisation ou d'attelles nocturnes. En remplaçant les dents manquantes et en offrant des bases de prothèses qui épousent les crêtes édentées, un traitement prothétique prudent peut augmenter le débit salivaire stimulé et non stimulé (au repos) en permettant une mastication et une stimulation plus fréquentes ou plus énergiques des récepteurs mécaniques dans la muqueuse buccale sous la base de la prothèse, ce qu'une solution fixe (c.-à-d. qui ne peut être bougée par le patient) ne peut fournir¹⁶⁻²¹.
8. **Extrait d'huile de noix de coco vierge.** Le bain d'huile ou « *oil pulling* », une technique ayurvédique traditionnelle datant de 3 000-5 000 ans et utilisée comme remède contre de nombreuses affections buccales²², peut aider à soulager la sécheresse buccale. En aussi peu que trois semaines, il a été démontré que la technique réduisait de 100 fois les niveaux de *Strep. mutans* et de levure associés à la carie^{23, 24}. Les patients ont également déclaré que leurs gencives ne saignaient plus lorsqu'ils utilisaient la soie dentaire, qu'ils ne remarquaient plus d'odeur de levure, qu'ils pouvaient à nouveau goûter leur nourriture et que leurs dents semblaient plus brillantes. Il a été démontré que l'huile empêche la fixation des bactéries à la surface des dents, et a un effet bactéricide. Le bain d'huile est un complément aux soins buccodentaires normaux, et il peut être facilement effectué en plaçant une demi-

Fruits ou légumes	Teneur en eau (%)
Concombre	96
Céleri, radis, zucchini	95
Tomate rouge	94
Fraise, melon d'eau	92
Pamplemousse	91
Cantaloup	90
Pêche	88

cuillère à café d'huile de noix de coco vierge solide dans la bouche, en la tirant et en la poussant sur les dents (c'est-à-dire en sifflant) pendant environ 90 secondes, puis en le recrachant. Le processus peut être répété plusieurs fois sur une période de 15 à 20 minutes conformément à la première période.

9. **Consommez des aliments hydratants.** La plupart de nos aliments contiennent de l'eau qui nous aide à rester hydratés. En raison de leur importante teneur en eau, les fruits et légumes sont d'excellents substituts à l'hydratation²⁵. De plus, le fait de mâcher ces aliments peut augmenter la production de salive par stimulation mécanique.
10. **Essayez les aides réhydratantes ou reminéralisantes en vente libre pour un usage domestique.** Il existe de nombreux produits en vente libre qui prétendent réhydrater la bouche. Ils sont offerts en différents formats : gel, vaporisateur, dentifrice, rince-bouche, ainsi que des disques ou des bandelettes qui adhèrent aux tissus mous de la zone arrière supérieure de la région molaire. Il est important de déterminer le pH de ces produits avant utilisation, car certains des plus connus ont un pH proche de 3²⁶⁻²⁸, comparable à celui des citrons. Bien que ces produits à faible pH puissent être excellents pour stimuler la production de salive, ils sont également efficaces pour éroder l'émail. Peut-être est-il préférable d'économiser de l'argent et de s'en

A



B



Figure 2. Un patient atteint du SjD dont les dents cariées ont été traitées par fluorure diamine d'argent avant le traitement de restauration (A) et après le traitement de restauration (B).

remettre aux citrons et à leur « pouvoir acide ». Les agents reminéralisants sont également offerts avec une haute teneur en fluorure ou en hydroxyapatite, et se présentent sous forme de dentifrices, de rince-bouche ou de vernis.

Un dernier mot sur l'application du fluorure de diamine d'argent à 38 % : « magie noire »

Dans le cas où la bouche est devenue si sèche que des caries endémiques se développent le long des bords gingivaux des dents sans faute ni négligence de la part de la personne atteinte, par exemple, pour les patients atteints du syndrome de Sjögren, il existe une routine de traitement qui a démontré sa capacité d'arrêter les caries et de diminuer la sensibilité dentaire²⁹. L'application de fluorure diamine d'argent par un dentiste ou un hygiéniste est un traitement mini-invasif de l'hypersensibilité dentinaire et des lésions carieuses. Il est indiqué pour les patients qui présentent un risque extrême de carie (p. ex. sécheresse de la bouche ou caries graves de la petite enfance), lorsque le traitement est mis à l'épreuve par une prise en charge comportementale ou médicale, qui ont des lésions carieuses qui ne peuvent pas toutes être traitées en une seule visite, qui ont des lésions carieuses dentaires difficiles à traiter ou qui n'ont pas accès à des soins dentaires³⁰. Ce traitement, en combinaison avec la liaison cosmétique (Figure 2) ou la fabrication de prothèses dentaires (Figure 3), améliore l'esthétique dentaire avec un minimum d'invasion et de coût, augmentant ainsi l'estime de soi des patients.

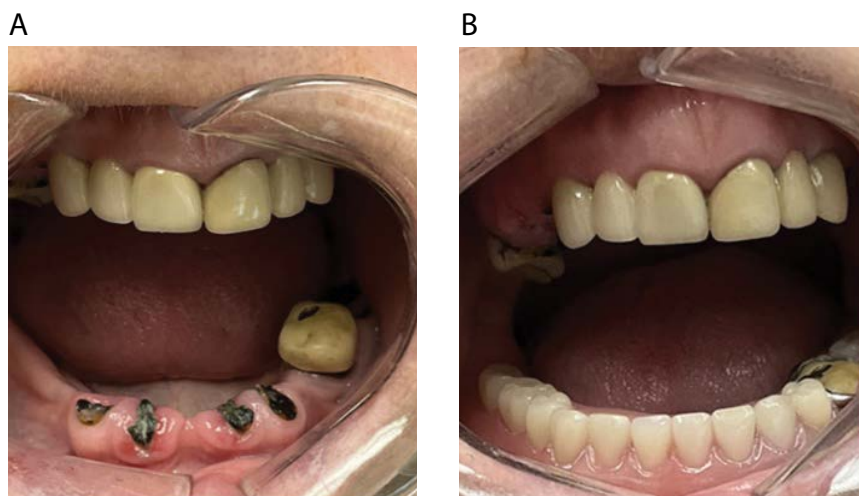


Figure 3. Un patient atteint du SjD dont les dents mandibulaires jugées non restaurables ont été traitées par fluorure diamine d'argent (A). Les racines ont été préservées afin de maintenir le niveau des os et servent de butées pour une prothèse dentaire mandibulaire (B et C).

La D^{re} Leslie P. Laing est associée clinique au département de prosthodontie de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Toronto. Elle est prosthodontiste et spécialiste de la bouche sèche dans les cliniques dentaires et de soins bucco-dentaires de la santé publique de Toronto; elle exerce en cabinet privé à Toronto, Mississauga et Brockville (Ontario), où elle se consacre à la dentisterie implantaire et prosthodontique ainsi qu'au soulagement de la bouche sèche. Elle est également présidente de la Sjögren's Society of Canada, coprésidente du conseil consultatif médical et membre du conseil d'administration.

Références :

- Shakespeare, W. The Tragedy of Romeo and Juliet, 1597.
- Mitchell, J. Big Yellow Taxi. Album : Ladies of the Canyon, 1970.
- Mercadante V, Jensen SB, Smith DK, et coll. Salivary Gland Hypofunction and/or Xerostomia Induced by Nonsurgical Cancer Therapies: ISOO/MASCC/ASCO Guideline. J Clin Oncol. 1er septembre 2021; 39(25):2825-2843. doi : 10.1200/JCO.21.01208. Publication en ligne le 20 juillet 2021 PMID : 34283635.
- Trahan L: Xylitol: a review of its action on mutans streptococci and dental plaque – its clinical significance. Int Dent J 1995, 45(1 Suppl 1):77-92.
- Tanzer JM: Xylitol chewing gum and dental caries. Int Dent J 1995, 45(1 Suppl 1):65-76.
- Hayes C: The effect of non-cariogenic sweeteners on the prevention of dental caries: a review of the evidence. J Dent Educ 2001, 65(10):1106-1109.
- Laing, LP. Green Tea, Lollipops, Licorice Root: The Sjögren's Quest. Mai 2012. Académie des prosthodontistes, Jackson Hole WY.
- Laing, LP. Myths Surrounding Sjögren's Syndrome. Janvier/février 2019. Dentiste de l'Ontario. p 24-27.
- Ricketts NB. The Mormon Battalion: U.S. Army of the West, 1846-1848. Logan, Utah : Utah State University Press, 1996.
- Perkins, S. History and the Atmosphere. <https://www.skysailing.com/hndouts/Essay.pdf>, 2001
- Taylor Hauer, S. <https://www.moabtimes.com/articles/high-desert-hoofbeats-the-pits/>, 2015.
- Dempsey, L. A Little Running Tip: Learning from Native Americans. Life in General, 2019.
- Pratt, H. This Native American Veteran Carried a Pebble into War. American Veteran: Keep it Close. PBS Digital Studios, 2021.
- Gillespie K, Kodani I, Dickinson DP, et coll. Effects of oral consumption of the green tea polyphenol EGCG in a murine model for human Sjögren's syndrome, an autoimmune disease. Life Sci. 2008; 83(17-18). doi :10.1016/j.lfs.2008.08.011
- Laing, LP, Ko, J et James, DF. 2011. The Effects of Green Tea on Salivary Flow Production/Flow Rate and Viscosity in Patients with Sjögren's Syndrome: A Pilot Study; International College of Prosthodontists; Hawaii, Big Island, USA.
- Gabary EL. Flow rate, sodium and potassium concentration in mixed saliva of complete denture-wearers. J Oral Rehabil. Novembre 1980; 7(6):435-43. doi : 10.1111/j.1365-2842.1980.tb00462.x. PMID : 6937611.
- Jensen JC, Brodin P, Orstavik J. Parotid salivary flow rates in two patients during immediate denture treatment. J Oral Rehabil. Mars 1991;18(2):155-62.
- Yurdukoru B, Terzioğlu H, Yilmaz T. Assessment of whole saliva flow rate in denture wearing patients. J Oral Rehabil. Janvier 2001; 28(1):109-12. doi : 10.1046/j.1365-2842.2001.00624.x. PMID : 11298917.
- Wolff A, Ofer S, Raviv M, Cardash HS. The flow rate of whole and submandibular/sublingual gland saliva in patients receiving replacement complete dentures. J Oral Rehabil. Avril 2004; 31(4):340-3. doi : 10.1046/j.1365-2842.2003.01247.x. PMID : 15089939.
- Matsuda K, Ikebe K, Ogawa T, Kagawa R, Maeda Y. Increase of salivary flow rate along with improved occlusal force after the replacement of complete dentures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. Août 2009; 108(2):211-5. doi : 10.1016/j.tripleo.2009.03.020. PMID : 19615661.
- Tango RN, Arata A, Borges ALS, Costa AKF, Pereira LJ, Kaminagakura E. The Role of New Removable Complete Dentures in Stimulated Salivary Flow and Taste Perception. J Prosthodont. Avril 2018; 27(4):335-339. doi : 10.1111/jopr.12507. Publication en ligne le 19 juillet 2016 PMID : 27434551.
- Shanbhag VKL. Oil pulling for maintaining oral hygiene – A review. J Tradit Complement Med. 2017; 7(1):106. doi :10.1016/J.JTCME.2016.05.004
- Laing, LP, Vandersluis Y, Karim JA. Septembre 2017. Sjögren's Syndrome and Edible Oils: More Than Whistle-Whetting Agents. Collège international de prosthodontie. Santiago, Chili.
- Laing, LP, Vandersluis Y, Karim JA. Avril 2018. What's Old is New Again: Ancient Aryuvedic Oil-Pulling Technique Combats the Microbiome Associated with the Oral Maladies of Sjögren's Syndrome Patients. 14e symposium international sur le syndrome de Sjögren. Washington DC.
- Bastin, S. and Henken, K. Water Amounts in Fruits and Vegetables. Health Matters Program, 2011.
- Priyanka Tayee AH, Messer R, De Rossi S, Ciarocca K, Rueggeberg F. Evaluation of pH Values of Products Managing Xerostomia. Dental College of Georgia; Augusta, GA, USA: 2015.
- Delgado AJ, Olafsson VG, Donovan TE. pH and Erosive Potential of Commonly Used Oral Moisturizers. J Prosthodont. Janvier 2016; 25(1):39-43. doi : 10.1111/jopr.12324. Publication en ligne le 27 juillet 2015 PMID : 26216576.
- Delgado AJ, Olafsson VG. Acidic oral moisturizers with pH below 6.7 may be harmful to teeth depending on formulation: a short report. Clin Cosmet Investig Dent. 3 août 2017;9:81-83. doi : 10.2147/CCIDE.S140254. PMID : 28814900; PMCID : PMC5546593.
- Laing, LP et Karim, JA. Use of "Black Magic" in Arresting Oral Decay in Sjögren's Disease Patients. Oral Health. Décembre 2024: 42-44.
- Horst JA, Ellenikiotis H, Milgrom PL. UCSF Protocol for Caries Arrest Using Silver Diamine Fluoride: Rationale, Indications and Consent. J Calif Dent Assoc. janvier 2016; 44(1):16-28. PMID : 26897901; PMCID : PMC4778976.

Perspective d'un patient : du « dunk » à l'obscurité

Par Herb Malcomson

Le titre évoque l'image d'un beigne glacé au chocolat et d'un café du Dunkin' Donuts, mais c'est d'un autre « *dunk* » que je parle. Pour ceux qui ne le sauraient pas, un *dunk* au basketball correspond au fait de soulever un ballon au-dessus d'un anneau de trois mètres et de le frapper avec beaucoup d'énergie. C'est là que commence mon histoire. J'étais un jeune homme à la confiance inébranlable envers la capacité de mes muscles à relever des défis et à croître pour atteindre de nouveaux sommets. Le revers du *dunk* est la myosite à inclusions sporadique. Mes nombreuses chutes m'obligent désormais à marcher la plupart du temps avec un déambulateur, et mon futur fauteuil roulant m'appelle et me dit : « Ne fais pas l'imbécile ». Prenons un instant pour définir la stupidité (ou la vanité).

À l'occasion, je marche sans aide et ce « fauteuil silencieux » me rappelle les nombreuses chutes et les blessures, tant celles qui égratignent l'orgueil que les fractures osseuses plus graves nécessitant des interventions chirurgicales. Les blessures mineures comme les égratignures et les ecchymoses sont monnaie courante dans les sports de contact, et ne sont pas un problème. Une chirurgie pour une main cassée, cinq autres pour une fracture de la rotule et une reconstruction complète du genou après qu'une jambe s'est affaissée lors d'un mouvement non linéaire; voilà qui est plus difficile. La vanité nous amène à éviter la réadaptation « confinés dans un lit » qui contribue à une plus grande atrophie, et « tout le monde doit faire pipi, non? »

Le « fauteuil » continue : « Et les commotions cérébrales dans tout ça? ». « Je les connais bien, et je me suis toujours rétabli », dit quelqu'un. Elle poursuit : « N'oubliez pas le médecin généraliste qui vous a dit que les commotions cérébrales s'accumulent, et que la dernière que vous avez subie vous a fait perdre connaissance complètement. »

C'est là que réside la tentation de l'obscurité. Vous répondez : « Oui, eh bien, on ne parle pas d'une très grande qualité de vie de toute façon! »

Mon parcours avec la myosite à inclusions sporadique a commencé en toute innocence avec un annulaire qui ne se pliait plus complètement en 2006. J'ai évité la chirurgie de piégeage du nerf ulnaire qu'on m'avait proposée cette année-là. Au fur et à mesure que la maladie progressait à mon insu, les chutes imprévisibles devenaient de plus en plus fréquentes. Une visite à vélo dans un vignoble, au cours de laquelle je n'arrivais plus à monter une petite pente, a lancé un signal d'alerte. Le même jour, dans la baignoire, j'ai remarqué que le tractus iliotibial sur ma jambe gauche était plus prononcé (oui, j'ai un baccalauréat ès sciences en kinésiologie de l'Université de Waterloo). Une nouvelle visite chez mon médecin généraliste en 2007 m'a aiguillé vers un neurologue qui, après une biopsie musculaire, a confirmé le diagnostic de myosite en 2008. Il a été surpris lorsque j'ai exprimé mon soulagement, mais j'avais maintenant un problème tangible à aborder et le mystère s'était dissipé.



Herb et sa formidable proche aidante..

J'ai eu la chance de rester actif et de pouvoir faire de 5 à 6 séances d'entraînement par semaine, de participer à des sports de faible intensité et de continuer à travailler à temps plein. En 2012, lors d'un suivi neurologique, le spécialiste a été surpris de ma mobilité. Il avait prédit que dans 5 à 10 ans, j'aurais besoin d'un fauteuil roulant. Il m'a encouragé à participer à un essai clinique. Mon employeur m'a appuyé et, en mai 2013, j'ai commencé ce chapitre. Je me suis envolé pour l'Ohio pour faire des tests, car un essai prometteur y était en cours, puis on m'a mis en contact avec d'autres sites d'essai, mais je n'ai été accepté dans aucun d'eux. Je soupçonne que c'était à cause de mon passeport, mais je ne peux pas le confirmer.

J'ai trouvé un groupe local de patients atteints de myosite qui m'a beaucoup aidé. Je suis sorti de cette première rencontre heureux qu'on ne m'ait pas prescrit de méthotrexate ni de stéroïdes comme la prednisone, qui n'ont aucun effet sur la maladie, mais qui ont de nombreux effets secondaires graves.

J'ai appris qu'il n'y avait pas d'organisation de patients atteints de myosite au Canada, et j'ai entendu dire que le groupe américain (TMA.org) s'est considérablement développé grâce à une subvention de 2 millions de dollars faite par un Canadien! J'ai aussi entendu dire que plusieurs rhumatologues canadiens croyaient en l'utilité d'un tel organisme. Alors, avec plusieurs autres, nous avons lancé Myositis Canada. Nous avons atteint de nombreux objectifs, y compris le statut d'organisme de bienfaisance, une gouvernance solide et des dons d'environ 60 000 \$. Après trois ans, j'ai quitté mon poste de président pour le Canada, mais je continue de diriger leur programme de subventions de recherche et leur groupe de soutien du sud de l'Alberta, qui est curieusement le plus important au Canada.

J'ai eu la chance d'obtenir rapidement un diagnostic en 18 mois (par rapport à une moyenne de 59 mois aux États-Unis), et je suis doublement chanceux qu'on ne m'ait pas offert un traitement aux stéroïdes.

Alors, qu'en est-il de « l'obscurité » mentionnée? Je peux encore marcher 18 ans après le diagnostic, mais il est difficile d'apprendre à danser sous la pluie quand on sait que cela pourrait bientôt s'arrêter. Les myopathies inflammatoires idiopathiques ne s'en vont pas et, comme des voleurs, elles reviennent chaque soir pour prendre leur part. Apprendre à apprivoiser la tristesse et l'aider à aller et venir comme la marée est mon secret pour éviter l'obscurité.

*Herb Malcomson
Président sortant et chef actuel de la division de l'Alberta,
Myositis Canada (MyoCan)*

DPC pour des rhumatologues bien occupés Pousser l'apprentissage au-delà du modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) : que dois-je faire ensuite?

Par Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm), M.D., FRCPC, MHPE; Elizabeth M. Wooster, M. Ed, Ph. D(c);
et Douglas L. Wooster, M.D., FRCSC, FACS, DFSVS, FSVU, RVT, RPVI

« J'ai vraiment pu voir un impact positif sur ma pratique. J'ai pu revoir les lignes directrices et apporter une vraie différence dans les soins prodigués à mes patients. », explique la D^{re} AKI Joint, rhumatologue et membre de la Société canadienne de rhumatologie (SCR). « Mes patients atteints de lupus érythémateux disséminé (LED) bénéficient de meilleurs soins cardiovasculaires. Chaque fois que j'ai effectué une vérification, j'ai constaté des améliorations. Lors de la première vérification, j'ai réalisé que je ne documentais pas les résultats du bilan lipidique de manière cohérente. Lors de la deuxième vérification, j'ai constaté une meilleure documentation de cet aspect des soins aux patients. »

Le modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) et d'autres vérifications facilitent l'application des lignes directrices à notre propre pratique, permettent de tirer des leçons de leur application et de continuer à améliorer la prestation de soins. La mise en œuvre de la vérification et de la revérification du modèle mPAM tous les trois à six mois peut être instructive et révéler d'autres axes d'amélioration des soins. La D^{re} AKI Joint pourrait commencer par un ou deux aspects d'une ligne directrice, afin de rendre cette intervention plus utile et d'impulser un changement de la pratique clinique.

L'utilisation des mPAM ouvre la voie à l'autoréflexion, ce qui peut stimuler la participation à d'autres types d'apprentissage (comme le décrit le Programme de Maintien du certificat (MDC) du Collège royal (www.royalcollege.ca/en/cpd/moc-program/moc-framework), tels que l'apprentissage collectif (section 1), l'apprentissage individuel (section 2) et la rétroaction et l'amélioration (section 3). Cela peut mener à explorer les relations avec les collègues, y compris d'autres spécialistes qui peuvent aider à discuter des cas, ainsi qu'à fournir un encadrement ou un mentorat pour soutenir les autres. La D^{re} AKI Joint pourrait envisager d'utiliser les examens de cas cliniques comme moyen d'améliorer la pratique. En s'encourageant mutuellement, il peut être possible de déterminer des ressources collaboratives pour la lecture, la recherche et l'amélioration de la pratique.

« J'ai non seulement constaté que la vérification initiale est utile pour mes patients, mais aussi que la revérification me permet d'en apprendre davantage sur ma pratique et de mettre en œuvre des changements systématiques pour améliorer les soins aux patients grâce à un cycle continu d'amélioration de la qualité. Je vais partager mes constatations en

présentant les améliorations lors de nos rondes à l'hôpital. Je soumettrai également mon approche de la vérification pour le Prix Réflexion sur la pratique de la SCR (<https://rheum.ca/awards/practice-reflection-award/>). »

Références choisies :

- Esposito P et Dal Canton A. « Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology ». *World J Nephrol*. 2014; 3(4): 249-55. doi:10.5527/wjn.v3.i4.249
- Wooster D. A Structured Audit Tool of Vascular Ultrasound Interpretation Reports: A Quality Initiative. *J Vasc Ultrasound*. 2007; 31(4):207-10.
- Koshy K, Limb C, Gundogan B, et coll. Reflective practice in health care and how to reflect effectively. *Int J Surg Oncol (NY)*. 2017; 2(6):e20 doi:10.1097/IJ9.0000000000000020
- Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. Crédits de la section 3 du programme de MDC : ça peut se révéler facile. *JSCR Automne 2023*; 33(3):20.
- Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. DPC pour des rhumatologues bien occupés – Application des connaissances : qu'est-ce que j'y gagne? *JSCR Hiver 2023*; 33(4):22-23.
- Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. DPC pour des rhumatologues bien occupés – Modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) : surmonter la « peur » des vérifications de dossier. *JSCR Printemps 2024*; 34(2):26-27.
- Wooster DL, Wooster EM, Kherani RB. DPC pour des rhumatologues bien occupés – Relever la barre en matière de vérification clinique : comparaison entre le modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) et d'autres types de vérifications cliniques. *JSCR Automne 2024*; 34(3):20.
- Kherani RB, Wooster EM, Wooster DL. DPC pour des rhumatologues bien occupés – Le modèle de vérification de mini-pratique (mPAM) : un guide pratique pour l'analyse et l'application des données. *JSCR Hiver 2024*; 34(4):22-23

*Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm)., M.D., FRCPC, MHPE
Ancien président du Comité de l'éducation de la SCR,
Directeur de programme et professeur agrégé de clinique,
Université de la Colombie-Britannique
Directeur, Programme intensif de collaboration sur l'arthrite,
Mary Pack Arthritis Program
Clinicien-chercheur, Arthritis Research Canada
Chef de division en rhumatologie, Hôpital de Richmond
Rhumatologue, West Coast Rheumatology Associates
Richmond (Colombie-Britannique)*

*Elizabeth M. Wooster, B. Comm., M. Éd., Ph. D(c).
OISE/Université de Toronto
Associée de recherche,
École de médecine, Toronto Metropolitan University*

*Douglas L. Wooster, M.D., FRCSC, FACS, DFSVS,
FSVU, RVT, RPVI
Professeur de chirurgie,
Temerty Faculty of Medicine, Université de Toronto
Professeur de clinique
École de médecine, Toronto Metropolitan University*

Le prix John M. Esdaile pour la recherche des résidents en rhumatologie a été créé dans le cadre du programme de rhumatologie adulte de l'UCB

En 2024, le comité du programme de résidence en rhumatologie adulte de l'Université de la Colombie-Britannique (UCB) a établi et décerné pour la première fois un nouveau prix à un résident en rhumatologie diplômé, le prix John M. Esdaile pour la recherche des résidents en rhumatologie. Ce prix est décerné à un stagiaire diplômé qui a fait preuve d'aptitude et d'engagement dans la recherche en rhumatologie au cours de sa formation, dans le cadre du programme de formation en rhumatologie adulte.

Le Dr Esdaile a quitté McGill pour rejoindre l'UCB en 1996 en qualité de chef du service de rhumatologie et de directeur de la recherche à la Société de l'arthrite. Il a ensuite considérablement accru les possibilités de recherche en rhumatologie en Colombie-Britannique et dans l'ensemble du Canada en créant



Arthrite-recherche Canada, qui est aujourd'hui le plus grand institut de recherche clinique d'Amérique du Nord. Il a été un modèle et un mentor pour de nombreux chercheurs en rhumatologie et a reçu de nombreuses distinctions pour ses contributions à la recherche en rhumatologie au Canada et à l'étranger, notamment le titre de rhumatologue émérite de la SCR.

Le premier lauréat est le Dr Derin Karacabeyli. Le Dr Karacabeyli a à son actif de nombreuses réalisations qui le rendent particulièrement apte à recevoir ce prix, notamment des présentations dans des forums nationaux et internationaux et des publications dans le domaine de la médecine de l'obésité. Nous avons eu le privilège d'avoir le Dr Esdaile de remettre le prix au Dr Karacabeyli lors de la remise des diplômes de rhumatologie adulte de l'UCB, le 21 juin 2024.



Le prix John M. Esdaile 2024 pour la recherche des résidents en rhumatologie est remis au Dr Derin Karacabeyli par le conférencier principal.



Le D^r Matthew Anacleto-Dabarno – Lauréat de la bourse de recherche 2024 de la National Psoriasis Foundation

Le D^r Matthew Anacleto-Dabarno est lauréat de la bourse de recherche 2024 de la National Psoriasis Foundation. Cette organisation américaine décerne chaque année cette bourse afin de soutenir les médecins en formation qui poursuivent une carrière dédiée à l'amélioration des soins et de la recherche sur les maladies psoriasiques.

Matthew a terminé sa formation en rhumatologie à l'Université McGill en juin 2024 et est actuellement inscrit à une bourse de recherche clinique sur l'arthrite psoriasique de l'Université de Toronto. Il travaille sous la supervision des D^{rs} Chandran, Poddubnyy et Gladman afin de mieux comprendre les patients(es) atteint(e)s d'arthrite psoriasique difficile à traiter.



La D^{re} Susan Bartlett – Maître de l'ARP

Lors de la réunion Convergence de l'American College of Rheumatology, qui a eu lieu à Washington DC en novembre 2024, la D^{re} Susan Bartlett s'est vu décerner le titre de Maître de l'Association of Rheumatology Professionals (ARP). Ce titre est décerné aux membres qui ont apporté une contribution exceptionnelle au domaine de la rhumatologie en servant l'American College of Rheumatology/ARP et en réalisant des progrès dans la recherche, la pratique, l'éducation et/ou la défense des intérêts des patients.

La D^{re} Bartlett est psychologue clinicienne et épidémiologiste, et professeure de médecine à l'Université McGill dans les divisions d'épidémiologie clinique, de rhumatologie et de médecine respiratoire. La D^{re} Bartlett est l'une des rares psychologues cliniciennes à avoir travaillé dans les services de rhumatologie de l'Université McGill et de l'Université Johns Hopkins tout au long de sa carrière. Elle est également cofondatrice du Centre de mesure de la santé McGill et chercheuse principale à l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, à Arthrite-recherche Canada et à la Canadian Early Arthritis Cohort. Ses études portent sur la recherche centrée sur le patient, l'élaboration de mesures, l'observance du traitement et les facteurs psychosociaux qui influent sur les résultats du traitement. Elle est membre du conseil de la Fondation de recherche de l'American College of Rheumatology et présidente sortante du *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS) des Instituts nationaux de la santé.



La D^{re} Dafna Gladman – *Ordre du Canada*

Félicitations à la D^{re} Dafna Gladman qui a été nommée Officier de l'Ordre du Canada. L'Ordre du Canada est la pierre angulaire du Régime canadien de distinctions honorifiques. Il est conféré par le gouverneur général en reconnaissance de réalisations exceptionnelles, du dévouement remarquable d'une personne envers une communauté ou d'une contribution extraordinaire à la nation.

La D^{re} Gladman a apporté une contribution fondamentale au domaine de l'arthrite psoriasique. Ses recherches nous ont permis de mieux comprendre cette maladie chronique, et elle a œuvré pour améliorer la disponibilité des traitements et la qualité des soins dans le monde entier. Cheffe de file très respectée dans son domaine, elle est une mentore pour la prochaine génération en recherche.

La D^{re} Gladman est professeure émérite de médecine à l'Université de Toronto et maître de recherches émérite au Krembil Research Institute ainsi qu'au Schroeder Arthritis Institute. Elle est également fondatrice et codirectrice du programme Gladman Krembil sur l'arthrite psoriasique. Elle est aussi directrice adjointe du Centre for Prognosis Studies in The Rheumatic Diseases, directrice du programme sur l'arthrite psoriasique de l'University Health Network et codirectrice de la Clinique du lupus de l'Université de Toronto. Ses recherches portent sur l'arthrite psoriasique et le lupus érythémateux disséminé, et plus particulièrement sur l'élaboration de bases de données, les examens pronostiques, les marqueurs génétiques, les instruments d'évaluation et les mesures de la qualité de vie. La clinique de l'arthrite psoriasique de Toronto (renommée programme Gladman Krembil en 2024) a été fondée en 1978 et est à l'origine de la plus grande cohorte longitudinale de patients atteints d'arthrite psoriasique au monde. Le programme de recherche en laboratoire de la D^{re} Gladman englobe des études génétiques et sur les biomarqueurs en lien avec l'arthrite psoriasique, ce qui en fait un véritable programme de recherche translationnelle.



La D^{re} Nicole Johnson – *Nommée parmi les 100 femmes noires à surveiller au Canada*

Félicitations à la D^{re} Nicole Johnson, qui a été nommée parmi les 100 femmes noires à surveiller au Canada par le CIBWE (*Canadian International Black Women Excellence*). Cet organisme célèbre les réalisations des femmes noires au Canada et à l'international. Sa fondatrice, Rose Cathy Handy, est une entrepreneure et cheffe d'entreprise d'origine camerounaise, ainsi que PDG de H.E.R Consulting and Services Inc. Chaque année, le CIBWE organise le Gala *Black Pearls* afin de mettre à l'honneur 100 femmes noires au Canada. L'objectif de cet événement est de valoriser et de promouvoir ces femmes, qu'elles soient immigrantes ou nées au Canada. Cette année, la D^{re} Nicole Johnson a été classée parmi les 100 premières femmes noires à suivre pour sa contribution au mentorat dans l'enseignement médical et à la promotion de l'équité en matière de santé pour tous.



La D^{re} Diane Lacaille – Prix de mentorat de la SCR

Lors du congrès annuel de 2024 de la Société canadienne de rhumatologie (SCR), j'ai eu l'honneur et le privilège de recevoir le prix Excellence en mentorat en recherche. Ce prix souligne l'importance de la relation mentor(e)-mentoré(e) dans la formation et la réussite des futurs(es) rhumatologues et scientifiques. Cette distinction reconnaît le mentorat formel et informel que j'ai offert aux stagiaires, aux chercheur(-se)s en début de carrière et aux rhumatologues. Elle met également en lumière mon rôle, en tant que directrice scientifique d'Arthritis Research Canada, dans le soutien à la formation et au mentorat de la prochaine génération de chercheur(-se)s en arthrite, une de nos priorités. À cet effet, j'ai eu le plaisir de créer le réseau des stagiaires en arthrite d'Arthritis Research Canada, dirigé par la scientifique Mary De Vera.

Je suis ravie d'avoir reçu cette prestigieuse distinction. Travailler aux côtés de jeunes talents et les voir évoluer et réussir est l'un des aspects les plus gratifiants de mon travail. J'ai eu la chance de collaborer avec des stagiaires d'un talent exceptionnel. Leur curiosité, leur enthousiasme et leurs réalisations sont une source d'inspiration!



Marie Westby, Pht., Ph. D. – Prix de l'éducatrice émérite de l'ARP

Marie Westby a reçu le Prix de l'éducatrice émérite lors de la réunion de 2024 de l'Association of Rheumatology Professionals (ARP)/American College of Rheumatology (ACR) qui s'est tenue à Washington, DC. Ce prix est décerné à un membre qui a fait preuve d'une excellence soutenue dans l'enseignement aux patients et aux étudiants/stagiaires, y compris les étudiants des professions de santé, les étudiants en médecine et les étudiants diplômés, en mettant l'accent sur le contenu lié à la rhumatologie. Marie fait partie du programme Mary Pack Arthritis depuis 36 ans et est actuellement éducatrice en ressources cliniques en physiothérapie (Pht.) au sein du Vancouver Centre. Elle est professeure agrégée de clinique au département de physiothérapie de l'Université de la Colombie-Britannique et clinicienne-chercheuse au Centre for Aging SMART.

Hommage à la D^{re} Daniah Basodan

Par Dax G. Rumsey, M.D., M.Sc., FRCP(C), et Lillian Lim, M.D., MPH, FRCP(C)

C'est avec une profonde tristesse que nous vous communiquons le décès dévastateur et inattendu de notre collègue et amie, la D^{re} Daniah Basodan, le 2 novembre 2024. Daniah a été chère au cœur de ses proches et laisse dans le deuil son mari Jason, sa fille Salma, sa famille, ses amis et ses collègues. Tous ceux qui ont connu son esprit tenace et sa gentillesse sentent déjà son absence.

Daniah était une médecin qui avait de la compassion pour ses patients et une membre bien-aimée de la communauté des rhumatologues pédiatriques. Son parcours en médecine a commencé à l'Université King Abdul Aziz de Djeddah, en Arabie saoudite, où elle a obtenu son baccalauréat de médecine et de chirurgie en 2009. Elle a parfait son expertise dans le cadre de sa résidence en pédiatrie et de sa formation de recherche spécialisée en rhumatologie pédiatrique à l'Université McGill de Montréal, au Québec. Elle a ensuite fait une maîtrise en santé publique à l'Université Johns Hopkins de Baltimore, au Maryland. Depuis 2019, elle travaillait comme rhumatologue pédiatrique à la Stollery Children's Hospital et était professeure adjointe au département de pédiatrie de l'Université de l'Alberta à Edmonton.

Daniah était profondément dévouée envers ses patients et leur famille, et défendaient leurs intérêts. C'était une femme très forte et déterminée, souvent décrite comme « une force de la nature ». Après avoir surmonté de nombreux obstacles dans sa vie personnelle, elle a continué à faire tomber les barrières et à se battre pour faire changer les choses et promouvoir la compassion dans ses activités personnelles et professionnelles. Elle a abordé les défis de la vie avec un aplomb et une grâce extrême, et a été un modèle pour les nombreux amis et collègues qu'elle laisse derrière elle.

Son dévouement envers la santé des enfants et l'éducation médicale a laissé une marque indélébile sur tous ceux qui l'ont connue. C'était une excellente clinicienne à la personnalité « discrète, mais puissante ». Daniah était également une chercheuse dévouée, avec des contributions universitaires aux recherches sur la maladie de Kawasaki et l'arthrite juvénile idiopathique (AJI) qui ont mis en lumière des questions cruciales en matière de soins aux patients. En tant qu'éducatrice et mentor, elle a guidé d'innombrables stagiaires et a su les inspirer grâce à sa passion et à son dévouement. Les engagements de Daniah se sont également étendus au-delà de ses réalisations cliniques et académiques. Elle a joué un rôle actif dans les comités départementaux, y compris le Comité consultatif de la recherche pédiatrique, ce qui l'a amenée à assumer le rôle de coprésidente de la



Journée de la recherche du département de pédiatrie de l'Université de l'Alberta en 2023. Son influence continuera de se faire sentir à travers les programmes et les personnes qu'elle a défendu.

Nous offrons nos plus sincères condoléances à la famille de la D^{re} Basodan, dont son mari Jason et sa fille Salma, ainsi qu'à ses amis, collègues et tous ceux dont elle a enrichi la vie. Sa chaleur, sa compassion et son engagement indéfectible envers sa famille, ses patients et ses collègues (famille de travail) nous manqueront profondément. Son héritage se perpétuera dans la force et le dévouement qu'elle a apportés à son travail, les innombrables vies

qu'elle a touchées et l'influence profonde qu'elle a exercée dans son domaine.



*Dax G. Rumsey, M.D., M.Sc., FRCP(C)
Chef de section de zone, rhumatologie pédiatrique
Alberta Health Services – Zone d'Edmonton
(Stollery Children's Hospital)
Directeur de l'engagement du corps professoral,
Département de pédiatrie
Directeur de la division de rhumatologie pédiatrique,
Professeur agrégé,
Université de l'Alberta*

*Lillian Lim, M.D., MPH, FRCP(C)
Rhumatologue pédiatrique, professeure adjointe
Médecin en chef, Stollery Center for Excellence in Virtual
Health (SCEVH)
Alberta Health Services, zone d'Edmonton
(Stollery Children's Hospital),
Université de l'Alberta*

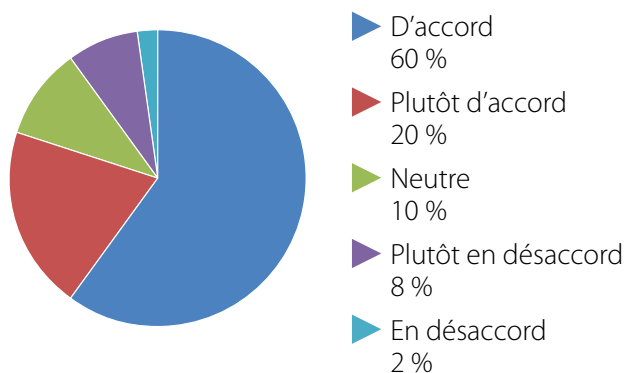
Résultats du sondage sur l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI)

Pour le sondage *Articulons nos pensées* dont il est question dans ce numéro, la SCR a demandé à ses membres leur point de vue sur l'EDI au sein de l'association et dans le contexte plus général de la rhumatologie au Canada. Au total, 86 réponses (sur un total possible de 578) ont été reçues, ce qui correspond à un taux de réponse d'environ 15 %.

Dans la première partie du sondage, les membres de la SCR ont été invités à évaluer l'association sur divers aspects liés à l'équité, la diversité et l'inclusion. Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer l'énoncé suivant : « Les personnes de tous horizons et aux identités variées ont des chances équitables de développer leurs compétences et de s'impliquer au sein de la SCR », 60 % des répondants étaient tout à fait d'accord, contre seulement 43 % en 2021, lors d'un sondage similaire.

TABLEAU 1:

Résultat du sondage : « Les personnes de toutes origines et de toutes identités ont des possibilités équitables de faire progresser leurs compétences et leur engagement au sein de la SCR. »



Lorsqu'on leur a demandé « Que signifient pour vous l'équité, la diversité et l'inclusion au sein de la SCR? », 38 réponses variées ont été recueillies, qui incluaient à la fois des avis positifs et des critiques. Pour beaucoup, cela signifie que « toutes les personnes doivent se sentir valorisées, au-

cune plus qu'une autre. La SCR doit être un lieu où l'excellence en rhumatologie est accessible à tous les Canadiens », comme l'a écrit un membre. Un autre a exprimé le souhait que « l'EDI soit ancrée dans les piliers fondamentaux de la SCR, afin que tous les membres puissent accueillir leurs différences et avoir des chances égales de se développer et de renforcer la SCR ».

D'autres estiment que la SCR pourrait mieux informer ses membres sur les postes de direction disponibles et sur le processus pour devenir président(e) de la SCR, par exemple. Ils suggèrent également que davantage de programmes devraient être destinés aux groupes sous-représentés en rhumatologie. À l'inverse, quatre répondants se sont montrés très critiques envers l'EDI en général. Les critiques portent notamment sur le fait que l'EDI est source de division, qu'il ne tient pas compte du mérite et qu'il ne correspond pas à la mission de la SCR.

Lorsqu'on a demandé quelles actions supplémentaires la SCR pourrait entreprendre pour renforcer l'EDI, de nombreuses suggestions et commentaires ont été formulés :

- La SCR devrait se pencher sur l'obligation pour les membres du conseil de se déplacer pour les réunions, car cela constitue une contrainte pour les personnes ayant de jeunes enfants.
- Élargir les Nuits de la SCR à d'autres congrès internationaux au-delà des États-Unis (p. ex. EULAR, BSR, APLAR).
- Offrir plus de soutien aux médecins en début de carrière.
- Renforcer la représentation francophone et le bilinguisme, un point fréquemment mentionné.
- Encourager le recrutement de personnes issues de groupes sous-représentés en rhumatologie grâce à des bourses, subventions, etc.

Reflétant les divisions observées dans la société en général, plusieurs commentaires remettaient en question l'utilité des programmes d'EDI en général, ainsi que l'implication de la SCR dans ce domaine.

Le groupe de travail sur l'EDI de la SCR analyse actuellement ces résultats. Si vous avez des questions ou des commentaires concernant le sondage, veuillez communiquer avec Sarah Webster à l'adresse info@rheum.ca.



CRUS CADAVERIC INJECTION AVANCÉE COURS

**INSCRIVEZ-VOUS
MAINTENANT!**

**Veuillez noter
que le cours
se déroule
uniquement
en anglais.**

NOVEMBRE 2025

COURS SUR LES PROCÉDURES GUIDÉES PAR ULTRASONS

Cours en personne sur les procédures guidées par ultrasons sur des spécimens cadavériques en mettant l'accent sur les zones de grandes et petites articulations. Le cours sera interdisciplinaire et consistera en des séances en petits groupes avec des professeurs internationaux et des séances intimes axées sur des exercices pratiques. Apportez vos machines ultra-portables pour vous entraîner et acquérir les compétences nécessaires pour réaliser des injections guidées par ultrasons, par rapport aux machines haut de gamme proposées dans le cadre de notre cours.

Dates :

le 28-30 novembre 2025 à Ottawa

Lieu :

University of Ottawa Skills and Simulation Center
(725 Parkdale Ave, Ottawa, ON K1Y 4M9)

Crédits CME/AMA :

Après avoir suivi le cours, les étudiants recevront un certificat d'achèvement de la SURC, ainsi que des crédits CME ou AMA.

FRAIS DE COURS :

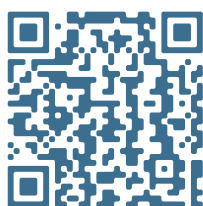
Participant régulier
3 250 \$

Membre de la SCR
2 950 \$

Stagiaire
1 950 \$



► **RÉSERVEZ VOTRE
PLACE DÈS
AUJOURD'HUI !**



Pour plus d'informations
info@crus-surc.ca

Voir tous les cours
<https://crus-surc.ca/courses>

Progrès en matière de rhumatologie à l'Île-du-Prince-Édouard

Bonjour depuis l'Île-du-Prince-Édouard!

Beaucoup d'efforts se sont déployés sur notre île pour améliorer l'accès aux services en rhumatologie et rapatrier les patients qui devaient se rendre au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse pour obtenir ces services. Nous avons embauché du personnel infirmier en rhumatologie, et avons récemment créé un nouveau rôle (et embauché) du personnel infirmier praticien en rhumatologie. Nous avons mis en place l'échographie musculo-squelettique dans ma clinique, et nous sommes très heureux d'accueillir un deuxième rhumatologue à l'automne 2025!

Pour l'avenir, notre objectif est de poursuivre l'élaboration d'un programme provincial en 2026 qui va inclure des cliniques d'accès précoce, des cliniques satellites et de voyage, des cliniques spécialisées combinées et un nouveau service de consultation en milieu hospitalier.

Stephen Morais, M.D., MBA, M. Sc., ABIM, FRCPC

Rhumatologue et médecin en soins intensifs,
Charlottetown, I.-P.-É.



Steve avec sa femme Ashley, sa fille Lila et son fils Bowen.



**BIMZELX EST
LE PREMIER ET LE
SEUL INHIBITEUR
DE L'IL-17A ET DE
L'IL-17F.*^{1,2}**

UNE OCCASION DE REPOUSSER LES LIMITES DU RHUMATISME PSORIASIQUE ET DE L'AXSPA GRÂCE À BIMZELX

BIMZELX est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints des affections suivantes¹ :

- le psoriasis en plaques modéré ou sévère, chez les candidats au traitement à action générale ou à la photothérapie;
- le rhumatisme psoriasique évolutif. BIMZELX peut être utilisé seul ou en association avec un médicament antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM) non biologique conventionnel (par exemple, le méthotrexate);
- la spondylarthrite ankylosante évolutive, chez les personnes ayant présenté une réponse inadéquate ou une intolérance au traitement conventionnel;
- la spondylarthrite axiale non radiographique (nr-axSpA) évolutive, chez les adultes présentant des signes objectifs d'inflammation tels qu'un taux élevé de protéine C réactive (CRP) et/ou des signes visibles à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou qui ne les ont pas tolérés.

Conditions d'utilisation clinique :

L'utilisation de BIMZELX n'est pas autorisée chez les enfants (< 18 ans).

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Réactions d'hypersensibilité graves
- Vaccination
- Infections, y compris la tuberculose
- Femmes enceintes ou qui allaitent
- Femmes en mesure de procréer

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse ucb-canada.ca/fr/bimzelx pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les directives posologiques qui ne sont pas abordés dans le présent document. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en communiquant au 1-866-709-8444.

* La signification clinique comparative est inconnue.

¹. Monographie de BIMZELX. UCB Canada Inc. 27 novembre 2024. ². Données internes, UCB Canada Inc.