

CRAJ SCCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Point de mire sur : la rhumatologie et la technologie

Éditorial

L'économie de l'agacement

Que fait la SCR/FSCR pour vous?

Renforcer la voix des rhumatologues communautaires

Le Groupe de travail sur la santé planétaire de la SCR tire le bilan de deux années d'action

Rassemblement pour la rhumatologie : la dynamique se poursuit

Hommage boréal

De l'imagerie à de meilleures décisions : comment la technologie peut améliorer le diagnostic de la spondylarthrite

L'IA en rhumatologie : pourquoi la littératie des patients est importante

Les scribes AI prennent d'excellentes notes, mais les rhumatologues ont aussi besoin d'aide pour saisir leurs données : ROXI, un nouvel outil à double fonction

Prix, nominations et distinctions

Hommage aux D^{rs} Abe Chaiton, Robert Lambert et Walter Maksymowych

Nouvelles régionales

Les actualités du Manitoba

Des nouvelles de l'ICORA

Les bons soins, au bon moment : repenser le suivi en rhumatologie grâce à des rendez-vous choisis par le patient

Arthroscopie

Action immédiate contre l'arthrite : un plan national audacieux pour mettre fin à l'arthrite

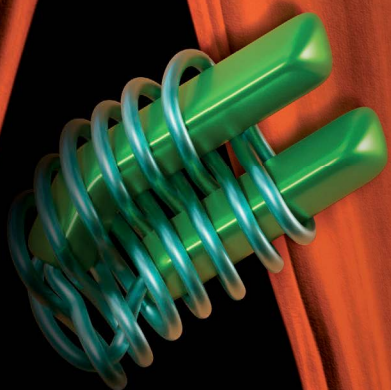
Lauréate du Prix du formateur d'enseignants émérite de la SCR en 2026 : la D^{re} Susan Humphrey-Murto

Perspective patient : Jeff Aarssen

Un héros canadien de la rhumatologie : le D^r Marvin Fritzler

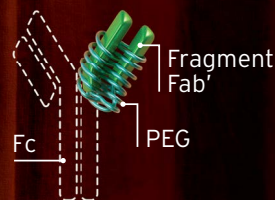
DPC pour rhumatologues bien occupés – Maintien du certificat : exploration de la section 2 remaniée

Décrypter les demandes d'orientation et les évaluations ophtalmologiques en vue d'une prise en charge conjointe : guide pratique pour les rhumatologues



Le fragment Fab' seulement

CIMZIA® - un fragment d'anticorps **pégylé** - est le seul anti-TNFα dépourvu du fragment Fc, normalement présent dans un anticorps complet*.



Plus de 15 ans d'expérience clinique combinée dans toutes les indications suivantes† :

Polyarthrite rhumatoïde, 2009; rhumatisme psoriasique, 2014; spondylarthrite ankylosante, 2014; psoriasis en plaques, 2018; et spondylarthrite axiale non radiographique, 2019^{1,2}

CIMZIA (certolizumab pegol) en association avec le méthotrexate est indiqué pour :

- la diminution des signes et des symptômes, l'induction d'une réponse clinique majeure et l'atténuation de la progression des lésions articulaires visibles à la radiographie chez l'adulte atteint de polyarthrite rhumatoïde active modérée ou sévère.

CIMZIA en monothérapie ou en association avec le méthotrexate est indiqué pour :

- la diminution des signes et des symptômes et l'atténuation de la progression des lésions structurales visibles à la radiographie chez l'adulte atteint de rhumatisme psoriasique actif modéré ou sévère chez qui le traitement par un ou plusieurs agents de rémission a échoué.

CIMZIA est indiqué pour :

- atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde active modérée ou sévère chez l'adulte qui ne tolère pas le méthotrexate;
- la diminution des signes et des symptômes chez l'adulte atteint de spondylarthrite ankylosante active ayant présenté une réponse inadéquate au traitement classique;
- le traitement des adultes atteints d'une forme intensément évolutive de spondylarthrite axiale non radiographique montrant des signes objectifs d'inflammation mis en évidence par leur taux élevé de protéine C réactive et/ou des clichés d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou qui ne les tolèrent pas;
- le traitement des patients adultes atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère qui sont candidats à une thérapie systémique.

* La signification clinique comparative est inconnue.

† La signification clinique est inconnue.

AINS : médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens; ARMM : médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie; CRP : protéine C réactive; Fc : fragment cristallisable; ICC : insuffisance cardiaque congestive; IRM : imagerie par résonance magnétique; NYHA : New York Heart Association; PEG : polyéthylène glycol; TNFα : facteur de nécrose tumorale alpha

1. Monographie de CIMZIA®. UCB Canada Inc. 13 novembre 2019.

2. Base de données des avis de conformité de Santé Canada. Accessible au <https://health-products.canada.ca/noc-ac/?lang=fre>. Consulté le 9 janvier 2025.



CIMZIA, UCB et son logo sont des marques déposées du Groupe de sociétés UCB.
© 2025 UCB Canada Inc. Tous droits réservés.

CA-CZ-2500021F



Veuillez consulter la monographie du produit au <https://www.ucbcanada.com/fr/cimzia> pour obtenir des renseignements importants sur :

- Les contre-indications dans les cas de tuberculose ou d'autres infections graves actives telles qu'une septicémie, des abcès et des infections opportunistes; ainsi que dans les cas d'insuffisance cardiaque modérée à sévère (classe III/IV de la NYHA);
- Les mises en garde et précautions les plus importantes concernant les infections graves et les tumeurs;
- Les autres mises en garde et précautions pertinentes 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 d'auto-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 (aPTT) 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 nourrissons exposés à CIMZIA in utero; la prudence chez les patients âgés;
- Les conditions d'utilisation clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et directives sur la posologie.

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

L'économie de l'agacement

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP

Je peux dater avec précision le début de ce désagrément particulier : le samedi de l'assemblée annuelle de la SCR de 2026 à Halifax, peu après midi. Je reçois un courriel soi-disant de ma banque.

Cher Philip,

Notre banque examine régulièrement les transactions, les profils et les comptes de ses clients. Notre examen a révélé des renseignements manquants ou non vérifiés dans votre profil. Ces renseignements sont nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de votre ou de vos comptes et garantir que la banque se conforme aux exigences réglementaires en vigueur.

Si vous vous trouvez actuellement en Amérique du Nord, nous aimerions fixer un rendez-vous téléphonique avec vous afin de passer en revue votre profil. Cela prendra environ 10 à 20 minutes. Veuillez répondre à ce courriel en indiquant une date, une heure et un numéro de téléphone qui vous conviennent.

Le courriel indiquait ensuite le prénom de l'expéditeur présumé, un numéro sans frais à composer et une adresse courriel.

Bien sûr, j'ai immédiatement eu des soupçons. N'importe qui peut usurper le logo de la banque. Les employés de banque ne travaillent généralement pas et n'envoient pas de courriels la fin de semaine. Il n'y a que six grandes banques au Canada, le fait que ma banque ait été mentionnée pouvait donc être un pur hasard. De plus, je m'étais rendu à ma succursale très récemment, à deux reprises, pour d'autres questions qui nécessitaient effectivement une mise à jour et on m'avait alors dit qu'il n'y avait rien d'autre en suspens.

J'ai ignoré le courriel et, moins d'une heure plus tard, j'ai reçu un message vocal contenant la même demande. Je l'ai ignoré également.

Je suis revenu d'Halifax et je suis passé quelques jours plus tard à ma succursale bancaire, qui se trouve heureusement tout près de chez moi. Je leur ai montré le courriel sur mon téléphone. Ils ont confirmé que le nom de l'employé, son numéro de téléphone et son adresse courriel semblaient légitimes. Ils ont également vérifié mon compte et ont confirmé une fois de plus que tout était à jour et qu'il n'y avait rien à faire.

Affaire classée. Cependant, moins de deux semaines plus tard, j'ai reçu un courriel d'une autre personne de la même banque :

*Bonjour XXX Société professionnelle médicale,
J'espère que vous allez bien. Je m'appelle XYZ et je suis*

conseiller bancaire aux particuliers et aux entreprises au sein de votre banque. Je tiens à vous remercier de votre fidélité. Afin de renforcer notre communauté, je communique avec les clients du quartier pour leur offrir toute l'aide nécessaire en matière de services bancaires. Je fais un suivi auprès de vous afin de savoir si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide concernant vos opérations bancaires. N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute demande bancaire.

Cette fois-ci, le courriel était signé d'un nom complet, et non pas simplement d'un prénom. L'agence mentionnée est celle où je me rends de temps à autre, mais ce n'est pas mon agence habituelle. La formulation du courriel n'était pas très professionnelle, avec de nombreux espaces superflus avant les virgules et les points. J'ai également ignoré celui-ci.

Alors, que se passe-t-il? Pourquoi est-ce que je perds mon temps à lire des courriels non sollicités et à écouter des messages vocaux, à essayer de distinguer le pourriel de la réalité et à faire un détour par la banque pour régler ces affaires?

Eh bien, tout cela fait partie de ce qu'on appelle « l'économie de l'agacement »; j'ai découvert ce terme pour la première fois en lisant le New York Times en avril de cette année. Ce terme aurait été inventé dans un rapport de février 2026 rédigé par deux économistes américains travaillant pour le Groundwork Collaborative¹, comme l'indique leur introduction :

« C'est devenu une caractéristique déterminante de la vie moderne : le martèlement incessant de petits tracas qui grignotent notre temps, notre patience et notre portefeuille. Les interactions quotidiennes qui devraient être simples se transforment trop souvent en épreuves pénibles, laissant les gens avec un sentiment d'être submergés, ignorés ou menés en bateau.

Nous appelons cela l'« économie de l'agacement », ce que nous payons en temps, en frais et en irritation pour mener notre vie quotidienne. Ces coûts se manifestent sous de nombreuses formes : les heures passées en attente au service à la clientèle ou perdues dans les formalités administratives alambiquées liées à l'assurance; le bourdonnement incessant des appels indésirables ou des messages politiques nous prédisant la fin du monde si nous ne faisons pas de dons; la progression constante des frais supplémentaires et des suppléments-surprises sur les transactions quotidiennes. Chaque année, l'économie de l'agacement coûte aux familles américaines au moins 165 milliards de dollars en temps perdu et en argent gaspillé. »

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,
Toronto (Ont.)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

Stephanie Tom, M.D., FRCPC
Présidente,
Société canadienne de rhumatologie
Rhumatologue,
Trillium Health Partners,
Mississauga (Ont.)

Nicole Johnson, M. Sc., M.D., FRCPC
Vice-présidente,
Société canadienne de rhumatologie
Rhumatologue pédiatre,
Professeure agrégée de clinique,
Coordonnatrice de l'évaluation,
stage en pédiatrie
Directrice adjointe,
Admissions au programme
de médecine,
Université de Calgary,
Calgary (Alb.)

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

MEMBRES

Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC
Présidente sortante,
Société canadienne de
rhumatologie
Ancienne cheffe du service de
rhumatologie,
William Osler Health Centre,
Brampton (On.)

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

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

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 (Alb.)

**Shaina Goudie, M.D.,
MA, FRCPC**
Professeur adjoint
de médecine clinique,
Memorial University
(T.-N.-et-L.)

**Nigil Haroon, M.D., Ph. D.,
DM, FRCPC**
Codirecteur,
Programme sur la spondylarthrite,
Réseau universitaire de santé (RUS)
Clinicien-chercheur, RUS
Chercheur, Institut de
recherche Krembil
Professeur agrégé, Université de
Toronto, Toronto (Ont.)

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

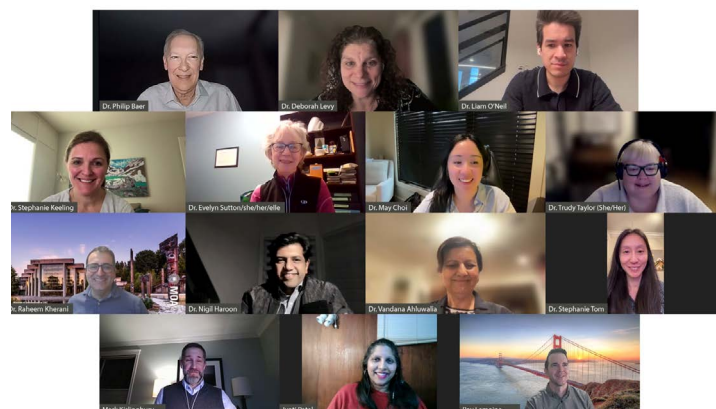
**Raheem B. Kherani, M.D.,
FRCPC, MHPE**
Directeur de programme et
professeur agrégé de clinique,
Division de rhumatologie,
Département de médecine,
Université de la C.-B.,
Clinicien-chercheur,
Arthrite-recherche Canada,
Vancouver (C.-B.)

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

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

Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP
Professeure de médecine,
Université Dalhousie,
Halifax (N.-É.)

Roger Yang, M.D., FRCPC
Professeur adjoint de clinique,
Codirecteur, Clinique de vasculite,
Clinicien associé au CR-HMR,
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Faculté de médecine,
Université de Montréal,
Montréal (Qc)



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)

Stéphanie Hennin
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., 2026. Tous droits réservés. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : septembre 2026.

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.

L'économie de l'agacement

Suite de la page 3

Cette étude portait sur les Américains, dont le système de soins de santé est très différent, mais il est intéressant de noter que les soins de santé occupent une place prépondérante dans le bilan de l'économie de l'agacement. Les auteurs ont estimé que les appels aux gestionnaires d'assurance maladie coûtaient 21,6 milliards de dollars et que l'attente pour des services médicaux, tels que les rendez-vous chez le médecin et les examens, représentait 19,4 milliards de dollars.

Étonnamment, l'économie de l'agacement crée elle-même le besoin de nouveaux services et de nouveaux emplois visant à la contrer. L'étude a souligné qu'« une véritable industrie artisanale de services dits de "conciergerie en soins de santé" – offerts moyennant des frais, bien sûr – a vu le jour pour épargner aux consommateurs les frictions et la frustration inhérentes à presque chaque étape de leur parcours de soins. »

Ce thème vous est sans doute familier si vous regardez les chaînes de télévision canadiennes. Les publicités pour *Felix*, *My Rocky* et d'autres entreprises montrent des patients frustrés quittant la salle d'attente d'un cabinet médical pour se procurer des médicaments contre la perte de poids, la chute des cheveux et la dysfonction érectile par le biais d'une application, livrés en toute discrétion à leur domicile. Si vous regardez les chaînes américaines, vous pouvez y ajouter les publicités pour *Ro*, *Him & Hers* et d'autres. On peut débattre de la question de savoir si ce type de soins médicaux à la demande, moins contraignant, est aussi efficace qu'une consultation en personne, mais il semble connaître un essor fulgurant. Parallèlement, les cabinets médicaux privés de type « conciergerie » ne sont pas rares au Québec et pourraient bientôt faire leur apparition en Alberta également.

Par ailleurs, les rhumatologues connaissent bien l'impact de l'« économie de l'agacement » sur nos pratiques. La charge administrative et l'épuisement professionnel en sont les principales manifestations. Les formulaires d'autorisation spéciale, les programmes d'accès exceptionnel et les programmes d'usage compassionnel nous obligent à franchir des obstacles pour obtenir les traitements dont nos patients ont désespérément besoin et qu'ils méritent. Dans la grande majorité des cas, les patients finissent par obtenir l'autorisation, mais les retards sont pénibles pour toutes les parties concernées et risquent d'aggraver les résultats cliniques. Les exigences relatives à des dates précises de début et de fin pour les médicaments anti-rhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) instaurées il y a des décennies, ainsi que les définitions de la « naïveté thérapeutique » qui considèrent la prise d'un

seul comprimé prescrit il y a des années comme un facteur d'exclusion, sont des exemples bien connus des rhumatologues de l'Ontario. Je suis certain qu'il existe des exemples similaires dans d'autres provinces et territoires. Les régimes d'assurance privés sont souvent moins transparents que les formules publiques, et les formulaires ne sont pas uniformisés d'une compagnie à l'autre.

Les auteurs de l'étude ont également suggéré la création d'une « unité de lutte contre les obstacles dans les soins de santé » chargée de « surveiller et d'éliminer les frictions inutiles tout au long du parcours de soins – en tirant parti d'outils tels que les expériences de "client mystère", les commentaires du public et l'engagement direct auprès de l'industrie pour mettre au jour et éliminer les obstacles qui font perdre du temps aux patients (et aux prestataires) et sapent la confiance ». En Ontario, nous disposons effectivement d'un ministère chargé de la réduction des formalités administratives et l'Ontario Rheumatology Association examine comment cela pourrait nous aider à relever certains des défis auxquels nous sommes confrontés quotidiennement.

Entretemps, ma saga bancaire n'était pas terminée. Quelques jours plus tard, j'ai reçu un appel téléphonique d'une personne en chair et en os qui travaillait à l'agence de ma banque locale et dont j'ai reconnu le nom. Malgré tout ce qu'on m'avait dit lors de mes visites précédentes à l'agence, il existait bel et bien un formulaire qu'ils devaient faire signer de toute urgence pour prouver que ma société était canadienne et non américaine. Nous avons réglé cela avec DocuSign le jour même et je n'ai plus eu de nouvelles de la banque depuis. J'espère que ce silence perdurera longtemps.

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

Référence :

1. Maisel C. Mahoney N. Taking on the Annoyance Economy. Disponible à l'adresse suivante : <https://groundworkcollaborative.org/work/taking-on-the-annoyance-economy/>. Consulté le 24 juillet 2026.

Renforcer la voix des rhumatologues communautaires



Dans le cadre de son plan stratégique 2026-2030, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) s'efforce de mieux cerner les besoins et les priorités des rhumatologues en pratique communautaire à travers le Canada.

L'une des initiatives clés à l'appui de ce travail est le **Comité de la pratique en milieu communautaire (CPC)**, récemment créé, qui a pour mission de veiller à ce que les points de vue des rhumatologues communautaires soient pris en compte dans l'ensemble des programmes, des services et des priorités stratégiques de la SCR.

Le CPC a été créé en réponse aux commentaires recueillis au cours du processus de planification stratégique. Bien que la SCR soutienne depuis longtemps ses membres par le biais de la formation, du réseautage et du développement professionnel, de nombreux rhumatologues en milieu communautaire ont identifié des possibilités permettant à la SCR de mieux comprendre et soutenir les réalités de la pratique en milieu communautaire. L'augmentation des exigences cliniques, les pressions administratives et le temps limité disponible pour les activités non cliniques peuvent créer des défis différents de ceux rencontrés en milieu universitaire.

Le mandat du comité consiste à identifier les besoins en constante évolution au sein de la pratique en milieu communautaire, à explorer des solutions pratiques, à renforcer l'engagement et à contribuer à l'intégration des perspectives communautaires au sein de la SCR. Le CPC collaborera également avec d'autres comités et initiatives afin de contribuer à l'élaboration de programmes et de ressources qui favorisent la pérennité de la pratique, les liens professionnels et la valeur ajoutée pour les membres.

La SCR a le plaisir d'annoncer que le Dr Fergus To a été nommé premier président du Comité de la pratique communautaire.

Installé à Vancouver, le Dr To est professeur adjoint de clinique au sein du Service de rhumatologie de l'Université de la Colombie-Britannique et exerce en tant que rhumatologue indépendant parallèlement à ses fonctions hospitalières. Son expérience acquise tant en milieu communautaire qu'universitaire lui confère une perspective précieuse sur les opportunités et les défis auxquels sont confrontés les rhumatologues dans divers contextes d'exercice.

« Je suis ravi de contribuer à la direction de cette importante initiative et de participer aux efforts de la SCR visant à mieux soutenir les rhumatologues exerçant à leur compte », déclare le Dr To.

À la suite de l'appel à manifestation d'intérêt, tous les membres de la SCR ayant manifesté leur souhait de participer au CPC ont été invités à le rejoindre, ce qui témoigne du vif intérêt et de l'enthousiasme des rhumatologues de proximité à travers tout le pays.

Le comité entamera ses travaux cet automne, et la SCR continuera de fournir des informations sur les progrès, les priorités et les recommandations du CPC, alors qu'il travaille à renforcer le soutien apporté aux rhumatologues en communautaires et de veiller à ce que leur voix soit entendue au sein de la Société.

Si vous avez des questions ou des commentaires, veuillez communiquer avec la SCR à l'adresse info@rheum.ca.

Le Groupe de travail sur la santé planétaire de la SCR tire le bilan de deux années d'action

Lorsque la D^{re} Stephanie Tom (actuelle présidente de la Société canadienne de rhumatologie) a fait part à la SCR de sa passion pour la santé planétaire en 2023, cela a déclenché un débat qui s'est transformé en une initiative nationale. Avec le soutien du Conseil d'administration, la SCR a lancé en 2024 le Groupe de travail sur la santé planétaire afin d'étudier les liens entre la durabilité environnementale et la qualité des soins prodigués aux patients en rhumatologie.

Au cours des deux années suivantes, la présidente, la D^{re} Stephanie Tom, et les membres du Groupe de travail, les D^r Philip Baer, Claire Barber, Sasha Bernatsky, Molly Dushnicky, Beth Hazel et Fergus To, ont transformé cet intérêt en une série de ressources pratiques et d'initiatives éducatives destinées à la communauté rhumatologique canadienne.

Le Groupe de travail a élaboré la trousse bilingue *Des soins de santé durables : guide de mise en œuvre en rhumatologie* (<https://rheum.ca/fr/planetary-health-for-rheumatology/>), a produit des *épisodes de balado* en anglais et en français (<https://rheum.ca/fr/autour-de-la-rhumato/>), a lancé l'initiative éducative interactive RhumatoBingo, a contribué aux recommandations de la campagne Choisir avec soin en matière de respect du climat et a aidé à créer un numéro spécial du JSCR consacré à la santé planétaire. Le groupe a également diffusé ses travaux par le biais de présentations, d'ateliers et de collaborations à travers le Canada et à l'échelle internationale.

Le Groupe de travail ayant achevé son mandat à l'été 2026, la SCR adresse ses sincères remerciements au D^r Tom et à tous les membres du Groupe de travail pour leur vision, leur leadership et leur dévouement.

Bien que le Groupe de travail officiel ait achevé ses travaux, le suivi continu des développements en matière de santé planétaire sera intégré au sein du Comité de la qualité et de l'innovation de la SCR et dans le cadre des initiatives de la campagne Choisir avec soin.

Le Groupe de travail sur la santé planétaire a démontré comment une idée émanant des membres peut se transformer en une initiative nationale par l'intermédiaire de la SCR, générant des ressources, des actions de formation et un impact durable pour la communauté des rhumatologues. Avez-vous une initiative ou une idée dont vous aimeriez discuter avec la SCR? Si oui, veuillez envoyer un courriel à info@rheum.ca.



Balayez le code QR pour consulter la trousse :



Les bons soins, au bon moment : repenser le suivi en rhumatologie grâce à des rendez-vous choisis par le patient

Par Claire E. H. Barber, M.D., Ph. D., FRCPC

Partout au Canada, les services de rhumatologie sont confrontés à une pression croissante due à la pénurie de personnel, à l'augmentation du nombre de patients et aux longs délais d'attente. Les modèles de suivi traditionnels exigent souvent que les patients se présentent à des rendez-vous de routine tous les 6 à 12 mois, indépendamment de l'activité de la maladie ou des besoins cliniques. Or, des études suggèrent que 20 à 50 % de ces consultations pourraient ne pas déboucher sur des changements de traitement, ce qui met en évidence la possibilité de mieux adapter la prestation des soins aux besoins des patients¹.

Le programme *Appointments by Choice* (ABC) est un modèle de suivi à l'initiative du patient conçu pour relever ces défis^{2,3}. Développé grâce à une collaboration étroite avec les patients, les cliniciens et les responsables du système de santé⁴, l'ABC fait évoluer les soins d'un système de consultations programmées de manière routinière vers un système où les patients accèdent aux services de rhumatologie lorsqu'ils en ont besoin.

Les patients admissibles atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) stable espacent les intervalles de suivi de routine chez le rhumatologue, souvent jusqu'à 24 mois, tout en conservant un accès rapide aux soins grâce à un parcours clairement défini. Le modèle comprend l'éducation des patients, des outils de prise de décision partagée et un dispositif piloté par des pharmaciens favorisant un accès rapide aux soins en cas de poussées ou de changements de l'état de santé.

Une mise en œuvre pilote a été lancée en 2024 au sein d'une clinique de rhumatologie regroupant plusieurs médecins. Les premiers résultats démontrent une forte faisabilité et une bonne acceptabilité. Sur 140 patients éligibles, 76 (54 %) se sont inscrits, et près de 90 % sont restés dans le programme pendant 18 mois. Les résultats en matière de sécurité se sont révélés rassurants : seuls 7 % des participants ont dû revenir à un suivi programmé standard en raison de poussées de la maladie ou d'une évolution de leur situation clinique. Les patients ont systématiquement fait état d'un niveau de satisfaction élevé, appréciant tout particulièrement la réduction des déplacements nécessaires et l'accès rapide à un soutien en cas de préoccupations.

Impact principal : le programme ABC a permis de réduire les visites de suivi de routine, libérant ainsi environ 1 520 minutes de temps de travail des rhumatologues, soit l'équivalent de 38 nouvelles consultations de patients.



Ces premiers résultats suggèrent que le suivi initié par le patient peut, en toute sécurité, améliorer l'accès aux soins, enrichir l'expérience du patient et optimiser la capacité des spécialistes. Alors que les systèmes de santé continuent de rechercher des solutions durables, l'ABC offre un modèle prometteur pour dispenser des soins rhumatologiques de haute qualité et centrés sur le patient, tout en préservant un accès rapide pour les patients qui en ont le plus besoin.

Équipe du projet : C.E.H. Barber, M.D., Ph. D., FRCPC; A. Charlton, Ph. D.; M. Ester, Ph. D.; Glen Hazlewood, M.D., Ph. D., FRCPC; Michelle Jung, M.D., FRCPC; Erin Carter, M.D., FRCPC; Dianne Mosher, M.D., FRCPC; Krista White, M.A.; Ann Rebutoc, M. Sc.; Kiran Dhiman, MPH; Sarah Manske, Ph. D.; Alison Hoens, PT, M. Sc.; Monika Szpunar, Ph. D.; Gabrielle Zimmerman, Ph. D.; et Diane Lacaille, M.D., M. H. Sc., FRCPC

Remerciements : Nous remercions les patients participants, ainsi que les équipes de direction, administratives et cliniques du Service de rhumatologie du Richmond Road Diagnostic & Treatment Centre.

Financement : Avec le soutien de l'ICORA (Initiative canadienne pour des résultats en rhumatologie), de la Chaire Grace Glaum en recherche sur l'arthrite (D^{re} Barber) et d'une bourse d'impact sur le système de santé des IRSC (D^r Ester).

Références :

1. Subdar S, Dhiman K, Hartfeld NMS, et coll. Investigating the Influence of Patient Eligibility Characteristics on the Number of Deferrable Rheumatologist Visits: Planning for a Patient-Initiated Follow-Up Strategy. *J Rheumatol*. 1^{er} juin 2024; 51(6):587-595. doi: 10.3899/jrheum.2023-0891. PMID: 38302163.
2. Bhangu G, Hartfeld NMS, Lacaille D, et coll. A scoping review of shared care models for rheumatoid arthritis with patient-initiated follow-up. *Semin Arthritis Rheum*. Juin 2023; 60:152190. doi: 10.1016/j.semarthrit.2023.152190. Publication électronique du 11 mars 2023. PMI : 36934470.
3. Warkentin L, Moga C, Sajida S. Institute of Health Economics. Patient-initiated follow up in ambulatory secondary care: rapid review. Edmonton (AB): Institute of Health Economics; 2; 2024. Disponible à l'adresse https://ihe.ca/files/patient_initiated_follow_up_in_ambulatory_secondary_care.pdf. Consulté le 11 août 2026.
4. Ester M, White K, Dhiman K, et al. A theory of change for patient-initiated follow-up care in rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatol*. 2025 Mar 12;9(1):31. doi: 10.1186/s41927-025-00481-3. PMID: 40075469; PMCID: PMC11899900.

Rassemblement pour la rhumatologie : la dynamique se poursuit

La rhumato, MOBILISONS-NOUS!

Apportez votre soutien.
Impulsez le changement.
Dynamisez l'avenir.



crafoundation.ca/fr/mobilisons

En septembre dernier, à l'occasion du Mois de l'arthrite, des rhumatologues, des patients, des familles et des sympathisants de tout le Canada se sont mobilisés dans le cadre de la campagne *La rhumato, Mobilisons-nous!* afin de soutenir la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie (FSCR). Grâce à des dons jumelés et à des collectes de fonds communautaires, les participants se sont unis autour d'un objectif commun : faire progresser l'avenir de la rhumatologie et améliorer la vie des personnes atteintes de maladies rhumatismales.

Grâce à l'incroyable soutien reçu jusqu'à présent, nous sommes heureux d'annoncer que la campagne *La rhumato, Mobilisons-nous!* a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2026, offrant ainsi aux Canadiens encore plus d'occasions de participer et de voir leurs dons éligibles doublés.

Chaque don effectué dans le cadre de la campagne *La rhumato, Mobilisons-nous!* contribue à faire avancer la rhumatologie. Les fonds recueillis soutiennent notre vision : forger un avenir prometteur pour la rhumatologie grâce à la recherche, à l'éducation, aux opportunités de développement professionnel et aux innovations qui permettent d'améliorer les soins prodigués aux patients partout au Canada. Ces investissements aident les chercheurs à faire de nouvelles découvertes, soutiennent la prochaine génération de spécialistes et favorisent la mise au point de solutions qui améliorent les résultats pour les patients.

Le succès de la campagne *La rhumato, Mobilisons-nous!* est rendu possible grâce à une communauté qui croit au pouvoir de l'investissement dans l'avenir. Chaque donateur, champion de la mobilisation, participant et sympathisant joue un rôle important dans l'avancement de la recherche, la promotion de l'éducation et l'amélioration des soins en rhumatologie pour les années à venir.

À tous ceux qui ont contribué jusqu'à présent, merci. Votre générosité et votre engagement contribuent à bâtir un avenir plus solide pour la rhumatologie au Canada et à créer des opportunités de progrès significatifs dans les domaines de la recherche, de l'éducation et des soins aux patients.

Bien que le Mois de l'arthrite soit terminé, la possibilité de faire la différence perdure. Les possibilités de dons jumelés restent disponibles jusqu'au 31 décembre 2026, ce qui permet aux dons d'aller encore plus loin pour soutenir la mission de la FSCR.

Que vous fassiez un don, souteniez un champion de la mobilisation ou contribuiez à faire passer le message, il est encore temps de doubler votre impact et de contribuer à façonner l'avenir de la rhumatologie au Canada.

Pour en savoir plus ou faire un don,
rendez-vous à l'adresse
<https://crafoundation.akaraisin.com/ui/larhumatomobilisonsnous2026>



Des images à de meilleures décisions : comment la technologie peut améliorer le diagnostic de la spondylarthrite

Par Denis Poddubnyy, M.D., FRCPC, Ph. D.

L'imagerie joue un rôle central dans le diagnostic de la spondylarthrite axiale (axSpA) et dans l'évaluation de l'atteinte axiale dans l'arthrite psoriasique (AP). L'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet de détecter un œdème médullaire – principale manifestation radiologique d'une inflammation active au niveau des articulations sacro-iliaques et de la colonne vertébrale – avant même l'apparition de lésions radiographiques définitives. Cependant, l'œdème médullaire n'est pas spécifique à cette maladie et peut également résulter d'un stress mécanique, d'une grossesse, d'une variation anatomique ou d'une dégénérescence.

Le paradigme émergent s'éloigne donc de la recherche isolée de l'inflammation pour s'orienter vers l'évaluation simultanée des lésions inflammatoires actives et des lésions structurales, interprétées dans leur contexte clinique¹. Cette distinction a des conséquences cliniques directes : un diagnostic erroné peut conduire à un traitement immunomodulateur inapproprié, tandis que le fait de ne pas identifier une véritable inflammation peut retarder la mise en place d'un traitement efficace. Il est également essentiel de distinguer correctement la maladie inflammatoire de ses maladies mimétiques lors de l'interprétation de l'absence de réponse au traitement et de l'estimation du pronostic².

Les avancées technologiques transforment à la fois l'acquisition d'images et les informations pouvant être extraites de l'imagerie. Une séquence IRM Dixon à haute résolution, récemment évaluée et reconstruite par apprentissage profond, a offert des performances diagnostiques non inférieures à celles d'un protocole standard d'IRM de l'articulation sacro-iliaque à séquences multiples, tout en réduisant le temps d'acquisition de 73 %³. Des protocoles plus rapides pourraient améliorer l'accès aux examens, réduire les artefacts de mouvement et rendre l'IRM complète plus accessible dans la pratique clinique courante. Parallèlement, la génération, assistée par l'intelligence



artificielle (IA), d'images de tomodensitométrie (TDM) synthétiques à partir d'IRM offre une visualisation des modifications osseuses similaire à celle de la TDM, sans nécessiter d'examen supplémentaire impliquant une exposition aux rayonnements. La reconstruction, assistée par l'IA, de TDM à faible et très faible dose pourrait améliorer encore l'évaluation des lésions structurales au niveau des articulations sacro-iliaques et de la colonne vertébrale, tout en limitant l'exposition aux rayonnements⁴.

La technologie permet également de mettre en relation des experts au-delà des frontières géographiques. Dans le cadre du projet prospectif Improve-axSpA, les données cliniques et d'imagerie de 969 patients évalués

dans 63 centres ont été examinées de manière centralisée au moyen d'une plateforme de télémedecine. Seuls 53,8 % des patients présentant un diagnostic local d'axSpA ont vu leur diagnostic confirmé au niveau central, tandis que dans 33,7 % des cas, une autre cause des douleurs dorsales – le plus souvent mécanique ou dégénérative – a été jugée plus probable⁵. Une telle expertise par télémedecine pourrait fournir un deuxième avis structuré pour les cas difficiles à diagnostiquer et favoriser la collaboration multidisciplinaire entre rhumatologie et radiologie.

L'IA et l'apprentissage profond pourraient étendre cette approche en détectant les lésions, en quantifiant l'inflammation et les lésions structurales et en appliquant à grande échelle des systèmes de notation standardisés⁶. Leur intérêt est pertinent tant pour l'aide à la décision clinique que pour la recherche. Dans notre récente étude populationnelle portant sur 11 163 adultes, l'évaluation par des experts et un algorithme d'apprentissage profond ont tous deux identifié un œdème médullaire de l'articulation sacro-iliaque chez environ 30 % des participants – un chiffre dépassant de loin la prévalence de l'axSpA⁷. Cela illustre à la fois la puissance et les limites de l'IA : les algorithmes peuvent identifier de manière cohérente des anomalies d'imagerie, mais ils ne peuvent pas établir un

diagnostic spécifique à une maladie sans contexte clinique et structurel.

À l'avenir, l'imagerie moléculaire devrait connaître une application plus large en rhumatologie. Les techniques s'appuyant sur la tomographie par émission de positons (TEP) utilisent des ligands radiomarqués, notamment des anticorps monoclonaux, pour visualiser *in vivo* des cibles cellulaires ou moléculaires spécifiques, plutôt que de se contenter de représenter des modifications anatomiques ou des réponses tissulaires non spécifiques. Une captation spécifique à la cible pourrait aider à distinguer l'inflammation à médiation immunitaire des lésions d'origine mécanique ou dégénératives qui présentent un aspect similaire à l'IRM conventionnelle. Des anticorps thérapeutiques radiomarqués pourraient en outre cartographier l'expression de la cible avant le traitement et potentiellement faciliter le choix thérapeutique. Des études préliminaires utilisant, par exemple, la TEP/TDM ciblant la protéine d'activation des fibroblastes démontrent la faisabilité de la visualisation de lésions biologiquement actives dans les axSpA, bien que l'activation des fibroblastes puisse également refléter la réparation et le remodelage tissulaires⁸. À terme, la combinaison d'informations anatomiques, inflammatoires, structurales et moléculaires pourrait permettre à l'imagerie musculosquelettique d'évoluer de la simple détection des lésions vers un diagnostic et un choix thérapeutique fondés sur des données biologiques.

Références :

1. Diekhoff T, Poddubnyy D. The imaging crisis in axial spondyloarthritis. *Lancet Rheumatol*. 2025; 7(9):e652-e656. doi:10.1016/S2665-9913(25)00108-0.
2. Poddubnyy D, Baraliakos X. Understanding the causes of treatment failure is crucial for the management of axial spondyloarthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2025; 21(6):309-311. doi:10.1038/s41584-025-01254-5.
3. Deppe D, Koka M, Proft F, et coll. High-resolution deep learning Dixon magnetic resonance imaging of the sacroiliac joints is noninferior to standard magnetic resonance imaging in patients with suspected axial spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2026. doi:10.1002/art.70195.
4. Willesen ST, Møller JM, Østergaard M. Role of MRI-based synthetic CT and low-dose CT for the assessment of structural damage in axial spondyloarthritis: a review. *Joint Bone Spine*. 2026;106097. doi:10.1016/j.jbspin.2026.106097.
5. Poddubnyy D, Redeker I, Kämmerer M, et coll. Enhancing diagnostic accuracy in axial spondyloarthritis through centralised clinical and imaging evaluation: results from a prospective multi-centre project. *Ann Rheum Dis*. 2026. doi:10.1016/j.ard.2026.06.019.
6. Xu L, Bressen K, Adams LC, et coll. AI for imaging evaluation in rheumatology: applications of radiomics and computer vision—current status, future prospects and potential challenges. *Rheumatol Adv Pract*. 2025;9(2):rkae147. doi:10.1093/rap/rkae147.
7. Bressen K, Torgutalp M, Diekhoff T, et coll. Prevalence and determinants of sacroiliac joint bone marrow oedema in the general population in Germany: a population-based cross-sectional study. *Lancet Rheumatol*. 2026. doi:10.1016/S2665-9913(26)00071-8.
8. Chen Y, Yu L, Chen S, et coll. Fibroblast activation protein-targeted PET/CT with 68Ga-FAPi-46 for evaluation of structural damage and inflammation in axial spondyloarthritis: a prospective study. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2025; 52(12):4661-4673. doi:10.1007/s00259-025-07310-2.

Denis Poddubnyy, M.D., FRCPC, Ph. D.

Professeur de médecine,

Division de rhumatologie,

Département de médecine

Faculté de médecine Temerty,

Université de Toronto

Chercheur principal et directeur des études d'imagerie avancée

pour le programme sur les maladies rhumatismales

Codirecteur,

Gladman Krembil Psoriatic Arthritis Program,

Schroeder Arthritis Institute,

Krembil Research Institute,

Réseau universitaire de santé

L'IA en rhumatologie : pourquoi la littératie des patients est importante

Par Cheryl Koehn, présidente d'Arthritis Consumer Experts, et Kelly Lendvoy, vice-présidente chargée de la communication et des affaires publiques chez Arthritis Consumer Experts

« Je pense que nous devons être capables de discuter des recommandations de l'IA avec notre professionnel de la santé pour nous assurer qu'elles sont exactes et adaptées aux besoins individuels du patient. »

– Enquête nationale de l'ACE sur l'intelligence artificielle et les soins de l'arthrite, répondante atteinte d'arthrose.

ACE Arthritis
Consumer
Experts

JointHealthTM

L'intelligence artificielle (IA) transforme la rhumatologie à un rythme sans précédent. Les outils dotés sur d'IA interprètent désormais les examens d'imagerie à la recherche de signes précoces de maladie, suivent l'activité de la maladie chez les patients entre les consultations, facilitent la rédaction de notes cliniques, répondent aux questions des patients et orientent ces derniers vers les traitements les plus susceptibles de leur convenir^{1,2}.

Les personnes atteintes d'arthrite utilisent des chatbots intégrant l'IA pour mieux comprendre leurs options de traitement et pour faciliter la gestion de leur maladie au quotidien. Cependant, elles souhaitent toujours que leur médecin ou leur spécialiste reste au cœur de la prise de décision partagée. Au milieu de l'engouement entourant l'IA, une question est trop souvent négligée : les patients sont-ils suffisamment préparés à utiliser ces outils en toute sécurité?

En 2025, Arthritis Consumer Experts (ACE) a réalisé le premier sondage national canadien mené par des patients sur l'IA et les soins de l'arthrite afin de répondre à cette question. Nous nous attendions à de l'hésitation. Nous avons constaté un réel engouement. Les répondants ont exprimé un intérêt marqué pour la façon dont l'IA pourrait soutenir la recherche sur l'arthrite (80 %), les soins personnels (77 %) et la prise de décision en matière de traitement (73 %). Quatre répondants sur cinq (79 %) estimaient également que l'IA pourrait améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les collectivités rurales, éloignées, et autres collectivités mal desservies confrontées à une pénurie de spécialistes.

Le sondage a également mis en évidence un écart important entre l'intérêt et l'utilisation. Alors que les répondants se montraient optimistes quant aux avantages potentiels de l'IA, 43 % d'entre eux ont déclaré avoir une connaissance limitée de la façon dont l'IA est actuellement utilisée dans les soins de l'arthrite. L'utilisation réelle d'outils de santé dotés d'IA est restée faible (51 %), et de nombreux participants (67 %) ne savaient pas

vraiment comment déterminer si l'information générée par l'IA était fiable.

Des recherches montrent que l'adoption de l'IA générative (telle que ChatGPT) devance les mesures de sensibilisation des patients et de promotion de la littératie en santé³. Les patients utilisent déjà ces outils d'IA pour rechercher de l'information sur l'arthrite, sans ou avec très peu de conseils sur la façon d'évaluer les résultats obtenus. Des études suggèrent que les patients ont tendance à surestimer la fiabilité des réponses médicales générées par l'IA, ce qui augmente le risque de désinformation et de mauvaises décisions en matière de soins de santé^{4,5}.

La confiance est apparue comme un enjeu clé dans les données du sondage de l'ACE. Nous avons constaté que 61 % des répondants se sentaient plus à l'aise avec l'IA lorsque les professionnels de la santé restaient activement impliqués dans la prise de décision et pouvaient passer outre les recommandations de l'IA. En retirant l'humain, le degré de confiance s'effondrait. Des préoccupations concernant l'inexactitude de l'information (67 %), la perte de lien humain (57 %) et la confidentialité des données (53 %) ont été fréquemment soulevées. Ces préoccupations se reflètent dans une étude de 2025 qui a révélé que les patients jugeaient les médecins utilisant l'IA moins dignes de confiance, moins empathiques et moins compétents lorsque le rôle de l'IA n'était pas clairement expliqué, en langage simple, avant que l'outil n'influence les soins prodigués au patient⁶.

L'équité en santé est ressortie spontanément dans le sondage. Dans leurs réponses ouvertes, les répondants ont demandé si ces systèmes d'IA fonctionneraient aussi bien pour les personnes vivant dans des collectivités rurales et éloignées, pour les peuples autochtones et les groupes issus de minorités, pour les aînés et pour toute personne ayant un niveau moindre de littératie numérique. L'Organisation mondiale de la santé a soulevé la même préoccupation, avertissant que l'IA pourrait soit réduire, soit creuser les

inégalités existantes en matière de santé, selon la façon dont ces outils sont conçus et mis en place⁷.

« Les soins médicaux doivent être axés sur le patient et cet aspect doit être pris en compte lors de l'élaboration du modèle d'IA destiné à évaluer, diagnostiquer et traiter les patients atteints d'arthrite. »

– Enquête nationale de l'ACE sur l'IA et les soins de l'arthrite; répondante atteinte du syndrome de Sjögren et de dermatomyosite.

Les personnes atteintes d'arthrite nous ont fait part de leurs besoins. Bien qu'elles reconnaissent les avantages potentiels de l'IA, elles soulignent systématiquement la nécessité de la précision et d'une supervision humaine. Pour y parvenir, les associations de patients, les rhumatologues et les chercheurs devront collaborer afin de renforcer la littérature en matière d'IA chez les personnes atteintes d'arthrite. La technologie continuera de progresser. La littérature des patients doit évoluer en parallèle. C'est le prochain défi pour la rhumatologie.

Pour plus d'information ou pour nous faire part de vos commentaires, veuillez communiquer avec Cheryl Koehn à l'adresse koehn@jointhehealth.org ou avec Kelly Lendvoy à l'adresse lendvoy@jointhehealth.org.

Cheryl Koehn
Présidente, Arthritis Consumer Experts

Kelly Lendvoy
Vice-présidente, Communications et affaires publiques, Arthritis Consumer Experts

Références :

1. Sequi-Sabater JM, et coll. Artificial intelligence in rheumatology research. *RMD Open*. 2025;11:e004309.
2. Bilgin E. Current application, possibilities, and challenges of artificial intelligence in the management of rheumatoid arthritis, axial spondyloarthritis, and psoriatic arthritis. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2025;17:1759720X251343579.
3. Wang E, Ye C, et coll. Adoption and perception of large language model-based chatbots in health care among individuals with rheumatic diseases. *Rheumatol Adv Pract*. 2025;9(3):rkaf083.
4. Wang L, et coll. Prompt engineering in consistency and reliability with evidence-based guidelines for large language models. *npj Digital Medicine*. 2024;7:41.
5. Johnson D, Goodman R, Patrinely J, et coll. Assessing the accuracy and reliability of AI-generated medical responses. *Research Square*. 2023.
6. Reis M, Reis F, Kunde W. Public perception of physicians who use artificial intelligence. *JAMA Network Open*. 2025;8(7):e2521643.
7. World Health Organization. Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health: Guidance on Large Multi-Modal Models. Geneva: World Health Organization; 2025.

AUTOUR DE LA RHUMATO

LE BALADO OFFICIEL DE LA SCR

Antenne canadienne en rhumatologie

Éclairages d'experts, mystères médicaux, mises à jour cliniques et plus encore!

Écoutez le balado



THE OFFICIAL PODCAST OF THE CRA*

Around THE Rheum Autour DE LA Rhumato

LE BALADO OFFICIEL DE LA SCR*



Drs Daniel Ennis et Janet Pope,
coanimateurs

Nous vous remercions de votre commandite du balado Autour du la rhumato de cette année.



L'intégrité et l'objectivité scientifiques du contenu de tous les balados, dans le souci d'assurer les normes les plus élevées, relèvent d'un comité indépendant de la SCR.

Les scribes AI prennent d'excellentes notes, mais les rhumatologues ont aussi besoin d'aide pour saisir leurs données : ROXI, un nouvel outil à double fonction

Par Tom Appleton, M.D., Ph. D., FRCPC, président du comité d'informatique de l'ORA

La rhumatologie, comme le reste du secteur de la santé, peine depuis des décennies à aller au-delà de la simple note clinique. Les soins *treat-to-target* (traitement ciblé) reposent sur la mesure de nombreux paramètres, allant du nombre d'articulations enflées et douloureuses aux mesures rapportées par les patients, en passant par les scores cutanés et les indices d'activité de la maladie calculés, suivis de consultation en consultation. Les données internationales et canadiennes le soulignent depuis des années : sans données cliniques structurées, nous ne pouvons pas savoir de manière fiable si nous atteignons les résultats que nous visons en tant que spécialistes individuels, et encore moins en tant que discipline dans son ensemble.

Comme dans la plupart des secteurs des soins de santé, la rhumatologie est confrontée à une lourde charge documentaire liée à la production des notes cliniques. Et puisque la mesure et le suivi sont tout aussi importants pour fournir les meilleurs soins rhumatologiques possibles, la collecte des données cliniques vient alourdir davantage cette charge documentaire. La récente vague d'assistants de saisie basés sur l'IA a rendu plus facile que jamais la rédaction d'un bon compte-rendu et le passage direct au patient suivant, et cette aide était grandement nécessaire. Mais elle n'a pas touché à l'aspect lié aux données : les assistants de saisie basés sur l'IA n'ont pas réduit la charge documentaire associée au suivi et à l'enregistrement des mesures sur lesquelles reposent les soins *treat-to-target*. Personnellement, j'apprécie beaucoup un compte-rendu bien rédigé. Il raconte une histoire, et les histoires comptent, surtout en rhumatologie. Mais un



compte-rendu magnifiquement rédigé reste de la prose : les comptages articulaires et les mesures de résultats enfouis à l'intérieur ne sont pas enregistrés sous forme de données, à moins que quelqu'un ne les ressaisisse manuellement par la suite. Dans la plupart des contextes, cette charge administrative est difficile à supporter. Ainsi, aussi performants soient-ils pour rédiger des comptes-rendus, les assistants de rédaction généraux basés sur l'IA n'aident pas les rhumatologues à combler ce déficit de données. Et si nous disposions d'un outil capable de réduire simultanément la charge documentaire liée au suivi des données cliniques et à la production des notes?

C'est précisément pour combler cette lacune qu'a été conçue la nouvelle suite d'IA ROXI (*Rheumatology Optimized Expert Intelligence*) de l'ORA. Déployée au sein de RheumView™ (le dossier numérique de rhumatologie de l'ORA qui s'intègre aux DME conventionnels), ROXI est bien plus qu'un simple générateur de notes basé sur l'IA. ROXI analyse la transcription et les notes issues de la consultation clinique, puis extrait les informations directement dans plus de 600 champs de données structurés spécifiques à la rhumatologie, couvrant plus de 95 diagnostics rhumatologiques chez l'adulte et l'enfant, et fournit un compte-rendu de haute qualité, personnalisable et généré par l'IA. Couvrant les mêmes comptages articulaires, mesures rapportées par le patient et scores d'activité de la maladie que ceux requis par les soins *treat-to-target*, chaque entrée suggérée est examinée et confirmée par le médecin traitant avant d'être intégrée au dossier. ROXI ayant été spécialement conçu pour



la rhumatologie plutôt que d'être adapté à partir d'un outil de transcription générique, cette saisie de données structurées fait partie intégrante du flux de travail, et non une étape supplémentaire superposée à celui-ci.

C'est cette combinaison qui distingue ROXI du marché plus large des assistants de saisie basés sur l'IA : une communication clinique exceptionnelle et un environnement solide de données structurées, générés à partir de la même consultation, ce qui réduit considérablement le nombre de clics. Chaque rhumatologue utilisant ROXI peut enfin examiner les taux de rémission, les schémas thérapeutiques et les lacunes en matière de soins; de plus, les données agrégées et anonymisées peuvent donner à l'ORA et à la communauté rhumatologique une image fidèle de la manière dont chaque maladie rhumatologique est prise en charge dans tout l'Ontario.

Tout cela n'a de sens que si l'IA gagne la confiance des cliniciens et des patients. Le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CPSO), l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et le commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario s'accordent sur des attentes semblables concernant l'IA dans les soins cliniques : des résultats précis et validés par un clinicien; la responsabilité du médecin; des données protégées et utilisées uniquement aux fins prévues; une évaluation des biais; ainsi que la transparence et un consentement éclairé des patients. RheumView™ et ROXI ont été conçus autour de ces attentes. Les patients sont invités à donner leur consentement explicite et documenté avant que toute consultation

ne soit traitée. Les données sont chiffrées en transit et au repos, gérées dans le cadre d'accords de non-conservation des données conclus avec les fournisseurs de modèles d'IA, et ne sont jamais utilisées pour entraîner ces modèles. La plateforme a fait l'objet d'une évaluation formelle de l'impact sur la vie privée et d'une analyse des menaces et des risques, avec un examen continu de la sécurité intégré à sa gouvernance.

L'IA en rhumatologie ne doit pas être jugée uniquement sur sa capacité à rédiger des notes. Pour réduire véritablement la charge administrative, les outils d'IA doivent nous aider à mesurer, suivre et agir sur l'activité de la maladie au fil du temps, et non pas se contenter de la documenter. Bien utilisés, des outils tels que RheumView™ et ROXI peuvent enfin apporter à notre spécialité ce qui lui a longtemps fait défaut : un dossier structuré et mesurable sur lequel les soins *treat-to-target* ont toujours été censés s'appuyer.

*Tom Appleton, M.D., Ph. D., FRCPC
Chef du service de rhumatologie,
Western University et St. Joseph's Health Care (London)
Professeur associé, Département de médecine,
Département de physiologie et de pharmacologie,
Western University, Canada
Chercheur, Lawson Research Institute,
London Health Sciences Research Institute,
Children's Health Research Institute
Président du comité d'informatique de l'ORA*

**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 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.

Pour de plus amples renseignements :

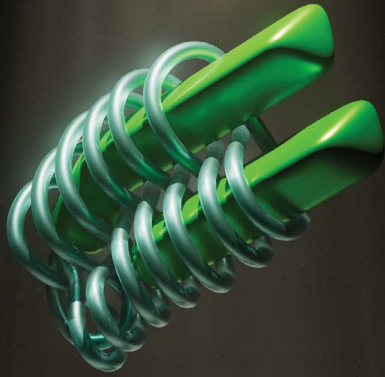
Consultez la monographie du produit à l'adresse ucb-canada.ca/fr/bimzelx pour obtenir des renseignements importants sur :

- les mises en garde et précautions pertinentes concernant les maladies inflammatoires de l'intestin, les réactions d'hypersensibilité graves, la vaccination, les infections, y compris la tuberculose, ainsi que les femmes qui sont enceintes, qui allaitent ou qui sont en mesure de procréer;
- les conditions d'utilisation clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les directives posologiques.

Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en appelant au 1-866-709-8444.

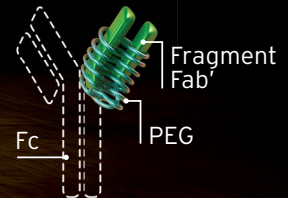
* La signification clinique comparative est inconnue.

1. Monographie de BIMZELX. UCB Canada Inc. 12 décembre 2025. 2. Données internes, UCB Canada Inc.



Le fragment Fab' seulement

CIMZIA® - un fragment d'anticorps **pégylé** - est le seul anti-TNFα dépourvu du fragment Fc, normalement présent dans un anticorps complet*.



* La signification clinique comparative est inconnue.

Plus de 15 ans d'expérience clinique combinée dans toutes les indications suivantes† :
Polyarthrite rhumatoïde, 2009; rhumatisme psoriasique, 2014; spondylarthrite ankylosante, 2014; psoriasis en plaques, 2018; et spondylarthrite axiale non radiographique, 2019^{1,2}

CIMZIA (certolizumab pegol) en association avec le méthotrexate est indiqué pour :

- la diminution des signes et des symptômes, l'induction d'une réponse clinique majeure et l'atténuation de la progression des lésions articulaires visibles à la radiographie chez l'adulte atteint de polyarthrite rhumatoïde active modérée ou sévère.

CIMZIA en monothérapie ou en association avec le méthotrexate est indiqué pour :

- la diminution des signes et des symptômes et l'atténuation de la progression des lésions structurales visibles à la radiographie chez l'adulte atteint de rhumatisme psoriasique actif modéré ou sévère chez qui le traitement par un ou plusieurs agents de rémission a échoué.

CIMZIA est indiqué pour :

- atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde active modérée ou sévère chez l'adulte qui ne tolère pas le méthotrexate;
- la diminution des signes et des symptômes chez l'adulte atteint de spondylarthrite ankylosante active ayant présenté une réponse inadéquate au traitement classique;
- le traitement des adultes atteints d'une forme intensément évolutive de spondylarthrite axiale non radiographique montrant des signes objectifs d'inflammation mis en évidence par leur taux élevé de protéine C réactive et/ou des clichés d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou qui ne les tolèrent pas;
- le traitement des patients adultes atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère qui sont candidats à une thérapie systémique.

† La signification clinique est inconnue.

AINS : médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens; ARMM : médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie; CRP : protéine C réactive; Fc : fragment cristallisable; ICC : insuffisance cardiaque congestive; IRM : imagerie par résonance magnétique; NYHA : New York Heart Association; PEG : polyéthylène glycol; TNFα : facteur de nécrose tumorale alpha

Veuillez consulter la monographie du produit au <https://www.ucbcanada.com/fr/cimzia> pour obtenir des renseignements importants sur :

- Les contre-indications dans les cas de tuberculose ou d'autres infections graves actives telles qu'une septicémie, des abcès et des infections opportunistes; ainsi que dans les cas d'insuffisance cardiaque modérée à sévère (classe III/IV de la NYHA);
- Les mises en garde et précautions les plus importantes concernant les infections graves et les tumeurs;
- Les autres mises en garde et précautions pertinentes 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 d'auto-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 (aPTT) 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 nourrissons exposés à CIMZIA in utero; la prudence chez les patients âgés;
- Les conditions d'utilisation clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et directives sur la posologie.

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

1. Monographie de CIMZIA®. UCB Canada Inc. 13 novembre 2019.

2. Base de données des avis de conformité de Santé Canada. Accessible au <https://health-products.canada.ca/noc-ac/?lang=fre>. Consulté le 9 janvier 2025.



CIMZIA, UCB et son logo sont des marques déposées du Groupe de sociétés UCB.
© 2026 UCB Canada Inc. Tous droits réservés.

CA-CZ-2500027F



Lauréate du Prix du formateur d'enseignants émérite de la SCR en 2026 : la D^{re} Susan Humphrey-Murto

Vous êtes professeure de médecine à l'Université d'Ottawa et exercez activement en rhumatologie générale et en ostéoporose. Vous avez commencé votre carrière en vous consacrant pleinement à l'enseignement en milieu de travail, et vous avez siégé pendant de nombreuses années au Comité de formation de la SCR. Vous vous êtes ensuite intéressée à la recherche en éducation et comptez actuellement 98 publications dans des revues de premier plan comme *Academic Medicine* et *Medical Education*. Vos contributions ont été récompensées par des distinctions prestigieuses, notamment le prix Duncan Graham du Collège royal pour contribution exceptionnelle à l'enseignement médical, plusieurs prix de mentorat et d'enseignement de l'Université d'Ottawa, ainsi qu'une chaire de recherche de niveau 2.

Quels sont les moments forts et les défis que vous avez rencontrés tout au long de votre carrière?

Je reconnais que ce n'est peut-être pas un point de vue courant, mais ma carrière m'a semblé moins marquée par des obstacles que par des occasions. Avec le recul, cela me fait sourire, car mon seul objectif de carrière conscient était de devenir médecin. Par la suite, mon parcours a été largement façonné par des mentors remarquables qui ont vu des possibilités que je ne voyais pas encore moi-même. Le D^r Douglas Smith m'a encouragée à me spécialiser en rhumatologie. Je dirais que cela a plutôt bien fonctionné.

À l'époque, je n'avais pas non plus grand intérêt à obtenir une maîtrise en éducation – c'était simplement une exigence pour ma nomination au sein du corps professoral. Avec le recul, ce diplôme a changé le cours de ma carrière. Il m'a ouvert les portes à un leadership en éducation, à de la recherche en éducation médicale et à des collaborations qui dureront toute ma vie.

La recherche en éducation médicale n'existait pratiquement pas lorsque j'ai commencé. Ma thèse de maîtrise portait sur un sujet qui peut paraître plutôt aride : comment déterminer les notes de réussite ou d'échec pour les examens cliniques objectifs structurés (ECOS) (et pourquoi « 60 % » n'est pas nécessairement la bonne réponse!). Cela a déclenché de façon inattendue une curiosité qui m'accompagnera toute ma vie pour l'évaluation et l'apprentissage.



Les premières années ont toutefois été difficiles. Il y avait très peu d'infrastructure ou de mentorat pour la recherche en éducation, surtout alors que j'élevais une jeune famille. Les progrès étaient lents. Les choses ont changé lorsque la D^{re} Claire Touchie et moi avons, en quelque sorte, agi comme mentore l'une pour l'autre. Nous plaisantons souvent en disant que nous avons avancé à tâtons ensemble. Une autre influence déterminante a été ma rencontre avec le D^r Tim Wood, un psychométricien et méthodologiste exceptionnel. Il m'a patiemment appris à réfléchir et à rédiger avec plus de clarté – un cadeau qui a influencé tous les articles que j'ai écrits depuis.

Le plus grand défi de ma carrière a peut-être simplement été de trouver du temps. Concilier la pratique clinique, l'enseignement, l'administration, la recherche et la vie familiale est un véritable numéro de jonglage permanent. J'ai appris à faire preuve de discipline, de persévérance et de réalisme quant au temps dont je disposais. J'ai délibérément reporté la mise sur pied d'un programme de recherche d'envergure jusqu'à ce que mes enfants soient plus âgés. Rien de tout cela n'aurait été possible sans mon mari, anesthésiologiste universitaire et chercheur, ainsi que notre aide à domicile et ma défunte mère, dont l'amour et le soutien ont rendu notre vie familiale possible.

Je suis également reconnaissante que les attitudes à l'égard de la recherche en éducation médicale aient énormément évolué au cours des deux dernières décennies. Bien qu'il reste encore du travail à faire, l'Université d'Ottawa et le Département de médecine reconnaissent de plus en plus la recherche en éducation comme une discipline savante rigoureuse. Le fait d'occuper ma deuxième chaire de recherche de cinq ans témoigne du chemin parcouru par ce domaine.

Au cours de votre carrière, vous avez occupé plusieurs postes de direction, notamment ceux de registraire adjointe au Conseil médical du Canada, de coprésidente du Comité de recherche en éducation du Collège royal, de directrice de programme pour la rhumatologie et le programme de bourses de recherche en éducation médicale, de directrice adjointe de la recherche en éducation au Centre d'innovation en éducation



La D^{re} Susan Humphrey-Murto recevant son prix des mains de la présidente de la FSCR de l'époque, la D^{re} Trudy Taylor, lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR à Halifax, qui s'est tenue en avril 2026.

médicale, de présidente du Comité des compétences en rhumatologie, et maintenant de cheffe de division. Était-ce quelque chose à quoi vous aspiriez?

Le leadership n'a certainement jamais fait partie de mon plan de carrière. En fait, j'avais plutôt tendance à vouloir fuir dans la direction opposée! Je me souviens, qu'en tant que jeune membre du corps professoral, j'avais dit à ma mentore, la D^{re} Meredith Marks : « Pourquoi suivrais-je un cours sur le leadership? Je n'ai aucun intérêt à diriger quoi que ce soit. » Elle a dû sourire, sachant quelque chose que j'ignorais.

Par ironie du sort, les occasions d'exercer des fonctions de direction n'ont cessé de se présenter à moi. La première a été d'occuper le poste de cheffe des résidents en médecine interne, alors que je ne m'étais jamais portée candidate pour ce rôle. Plus tard, on m'a demandé de diriger les examens cliniques objectifs standardisés (ECOS) nationaux au centre d'examen d'Ottawa, ce qui a été une expérience incroyablement enrichissante et m'a permis de m'initier à la direction pédagogique à une échelle bien plus grande.

Depuis lors, j'ai eu la chance d'occuper de nombreux postes de direction en éducation, chacun m'ayant appris quelque chose de différent. J'ai fini par comprendre que le leadership n'est pas

vraiment une question de titres : il s'agit plutôt de créer des occasions pour les autres, de rassembler des personnes compétentes et de les aider à réussir.

C'est ce qui rend mon rôle actuel de cheffe de division particulièrement significatif. Après avoir bénéficié de l'aide de tant de mentors généreux tout au long de ma carrière, j'ai maintenant l'occasion de soutenir la prochaine génération de cliniciens, d'éducateurs, de chercheurs et de leaders. J'ai l'impression que la boucle est bouclée, ce qui est merveilleux.

Vous avez également eu un impact local considérable grâce à la mise sur pied du programme de bourses en éducation médicale, du programme de bourses d'études en éducation en soins de santé et au mentorat de plus de 40 stagiaires. Qu'est-ce que le mentorat a représenté pour vous?

Sans aucun doute, le mentorat a été l'une des plus grandes joies de ma carrière.

J'adore rencontrer de futurs cliniciens-formateurs pour discuter de leurs idées, de leurs aspirations professionnelles et de leurs questions de recherche. Les formateurs en début de carrière voient le monde différemment : ils posent des questions auxquelles je n'aurais jamais pensé, et cette curiosité est stimulante. Je pense souvent que j'apprends autant de mes stagiaires qu'ils apprennent de moi.

En tant que formatrice d'enseignants respectée, quel conseil donneriez-vous à quelqu'un qui envisage une carrière en rhumatologie?

Suivez votre passion. Faites preuve de persévérance. Soyez honnête. Soyez généreux de votre temps et de vos connaissances.

Et, surtout, entourez-vous de personnes intelligentes et bienveillantes avec lesquelles vous aimez sincèrement travailler. Grâce à elles, votre carrière sera plus productive et bien plus agréable.

Enfin, très peu de carrières se déroulent exactement comme prévu. Certaines des meilleures occasions se sont présentées parce que j'ai dit « oui » à des choses que je n'aurais jamais imaginé faire. Restez ouverts à ces occasions – on ne sait jamais où elles pourraient vous mener.

*Susan Humphrey-Murto, M.D., M.Éd., FRCPC
Professeure de médecine,
Division de rhumatologie,
Département de médecine,
Université d'Ottawa*

Perspective patient : Jeff Aarssen

Nous sommes en février 1980 et j'en suis à ma dernière année à l'Université Western. Je me réveille pratiquement paralysé et je suis transporté d'urgence à l'hôpital. Au bout de quelques jours, je sors de l'hôpital avec un traitement à base d'anti-inflammatoires. Le diagnostic initial est une crise de bursite. Je retourne à l'université et, comme j'étais coureur à l'époque, j'en conclus que je pourrais « me remettre en forme en courant » et je commence à courir encore plus... jusqu'à 65 à 80 km par semaine. Ce petit auto-diagnostic n'est pas prudent et, en août 1980, la douleur, le gonflement et la raideur reviennent en force et on me diagnostique officiellement une polyarthrite rhumatoïde (PR).

À l'époque, j'avais du mal à croire qu'un étudiant-athlète de 21 ans puisse être atteint de PR. Il n'y avait aucun antécédent dans ma famille, je n'avais subi aucune blessure traumatique et je n'avais contracté aucun virus ni aucune maladie avant l'apparition de la maladie. La nouvelle la plus troublante que m'a annoncée mon médecin généraliste (c'est lui qui a posé le diagnostic) était peut-être que je me retrouverais probablement en fauteuil roulant avant mes 30 ans. Bravo pour son attitude positive envers les patients! Cette remarque m'a toutefois donné une mission personnelle : ne jamais laisser cela arriver. J'étais fermement décidé à ne pas laisser la PR me vaincre.

Un mois plus tard, j'ai été hospitalisé pendant quatre semaines pour tenter de calmer l'inflammation de mes 58 articulations. Littéralement, à grand renfort de bains de glace quotidiens, de compresses, d'acide acétylsalicylique à forte dose et autres anti-inflammatoires.

Inutile de préciser qu'à l'époque, j'étais amer, et je suis sûr que je souffrais d'une dépression clinique. Imaginez que ce que vous appréciez le plus dans la vie (dans mon cas, la pratique d'un sport) vous soit enlevé. Ça m'a fait l'effet d'un coup de poing dans le ventre. J'ai lutté contre la dépression, l'anxiété et les inquiétudes quant à l'avenir. Quel genre de vie pourrais-je mener et quelles restrictions devrais-je accepter dans mes activités? Cependant, une fois les jours les plus sombres surmontés et après avoir décidé de « vaincre la PR », tout a radicalement changé. Mon état d'esprit a changé la donne.

Dès ces premiers jours, j'ai pu me tenir au courant de



tous les traitements disponibles à l'époque, passant de l'aspirine enrobée aux injections de chloroquine et d'or, puis à la prednisone, au méthotrexate et, enfin, aux médicaments biologiques.

Quand on repense à 1980 et à l'arsenal limité dont nous disposions pour lutter contre la PR, comparé aux traitements plus efficaces d'aujourd'hui, cela donne vraiment de l'espoir.

Je souffre de PR depuis plus de 45 ans. J'ai subi sept interventions chirurgicales orthopédiques au fil des ans pour corriger des déformations aux hanches, aux genoux et aux pieds, et j'ai été hospitalisé à trois reprises en raison de poussées. Malgré tout cela, j'ai eu beaucoup de chance : j'ai pu mener une carrière de 39 ans au sein de la même entreprise, qui a su s'adapter à mes besoins à chaque étape.

Maintenant que je suis à la retraite, je prends plaisir à jouer plus de 100 parties de golf chaque été, je participe à des cours de remise en forme deux fois par semaine, je m'occupe moi-même de l'entretien de mon jardin et de l'aménagement paysager, je profite d'activités avec mes petits-enfants, je voyage assez souvent et je continue à militer pour la Société de l'arthrite et la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie. On est bien loin de l'idée d'être confinée dans un fauteuil roulant.

Une simple phrase que j'ai entendue il y a longtemps m'a permis de rester positif et d'aller de l'avant : « Sans espoir en l'avenir, il ne peut y avoir de force dans le présent. » La bonne nouvelle, c'est que mon parcours de 45 ans avec la PR est la preuve vivante qu'il y a un immense espoir en l'avenir, ce qui me donne de la force dans le présent.

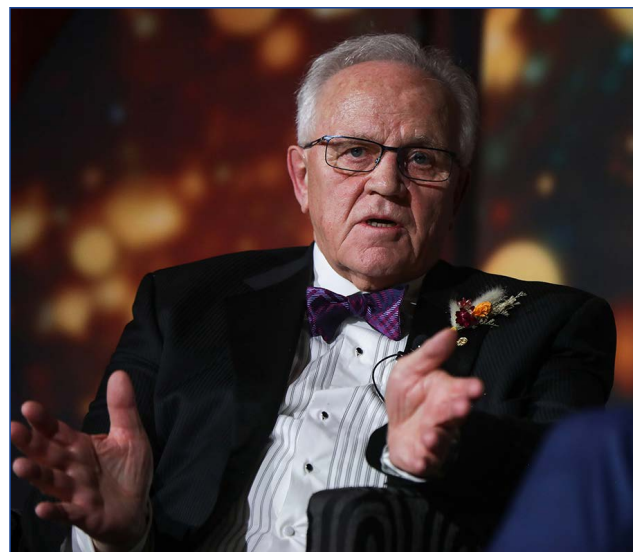
J'aimerais profiter de cette occasion pour exprimer ma gratitude envers tous les professionnels de la santé qui m'ont apporté un soutien extraordinaire tout au long de mon parcours (il faut tout un village comme on dit). Plus particulièrement, j'ai eu le privilège d'être suivi par deux rhumatologues pendant 36 de mes 45 années de lutte contre la polyarthrite rhumatoïde, qui m'ont immensément aidé : le Dr Hani El-Gabalawy, à Winnipeg, et la Dr^{re} Janet Pope, à London, depuis 28 ans. Ce sont des alliés et des praticiens exceptionnels.

Jeff Aarssen, défenseur des droits des patients

Un héros canadien de la rhumatologie : le Dr Marvin Fritzler

Le Dr Marvin Fritzler est né à Vulcan, en Alberta, la « capitale officielle canadienne de Star Trek ». Il est professeur émérite à la Cumming School of Medicine de l'Université de Calgary, où il a occupé les fonctions de chef de la Division de rhumatologie, d'immunologie clinique et de dermatologie (1985-1993) et de doyen associé à la recherche (1995-1999). Sa pratique clinique s'est principalement concentrée sur le lupus érythémateux systémique et la sclérose systémique, et il continue de prendre la parole lors de symposiums portant sur les auto-anticorps en tant que biomarqueurs pour la prédiction, la prévention et le traitement des maladies auto-immunes. Il a également occupé la chaire de recherche de la Société de l'arthrite pendant 14 ans et est le fondateur et directeur de la Mitogen Diagnostics Corporation. En 2015, il a occupé le poste de directeur de l'Institut McCaig pour la santé des os et des articulations du McCaig Institute for Bone & Joint Health, ce qui a abouti à une dotation de 10 millions de dollars de la part de la famille McCaig. Les intérêts de recherche du Dr Fritzler portaient sur la biologie cellulaire et moléculaire des autoantigènes et sur l'induction de l'auto-immunité par des expositions environnementales. La gamme de tests diagnostiques fondés sur ses découvertes témoigne de son engagement envers l'application des connaissances et l'innovation. Ses recherches ont été financées sans interruption pendant près de 40 ans par plusieurs organismes, notamment les Instituts de recherche en santé du Canada, pour un financement total de plus de 80 millions de dollars. Il a publié plus de 650 articles évalués par des pairs, et ses travaux ont été cités plus de 46 000 fois (indice h = 98; indice i10 = 10 459). Il est coauteur de l'un des 100 articles les plus cités du *Journal of Immunology* (« *Autoantibody to a Nuclear Antigen in Proliferating Cells* », *J Immunol*, 1978, 121:2228-34) et de l'ouvrage *Ten Years of Progress in GW/P Body Research*, qui a été téléchargé plus de 38 000 fois.

En 2001, il a été nommé au Conseil des politiques et stratégies en matière de science, de technologie et d'innovation du gouvernement de l'Alberta, et, de 2005 à 2010, il a présidé l'Alberta Research and Innovation Authority (Chaired ARIA). Il a été intronisé au BioAlberta Hall of Fame et s'est vu décerner la Médaille du centenaire de l'Alberta ainsi que le Prix de la Fondation ASTech pour son leadership dans l'élaboration du système de recherche et d'innovation en Alberta. Le Dr Fritzler a été l'un des principaux organisateurs du premier Congrès international sur le lupus érythémateux systémique, qui s'est tenu à Calgary en 1986. Il anime, organise et copréside l'International



Workshop on Autoantibodies and Autoimmunity, ainsi que le Dresden Symposium on Autoantibodies.

En reconnaissance de ses contributions, il a été intronisé au Temple de la renommée de l'American Lupus Society en 1986, nommé ancien étudiant émérite de l'Université de Calgary en 1988, admis à titre de membre honoraire à l'Académie mexicaine de médecine en 2002, désigné Scientifique de l'année par la Société canadienne de rhumatologie en 2003 et a également reçu le Prix d'excellence « Héro » de la Société de l'arthrite cette même année. En 2010, il a été nommé membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé, puis, en 2013, il a reçu le titre de « Maître » de l'American College of Rheumatology, avant d'être intronisé dans l'Ordre de l'Université de Calgary en 2014. En 2016, il a également reçu le Prix Carl R. Joliff de l'American Association of Clinical Chemistry pour l'ensemble de ses réalisations; le Prix Rogers Demers pour ses contributions internationales à la rhumatologie en 2018; le Prix d'excellence en recherche de la Société canadienne des chimistes cliniques en 2018; le Prix Neter de l'Association of Medical Laboratory Immunologists l'Association des immunologistes de laboratoire médical pour ses contributions exceptionnelles à l'immunologie de laboratoire; le titre de « Maître » de la Société canadienne de rhumatologie en 2019; et le classement *Top 7 Over 70* de la ville de Calgary par InGen en 2025.

Les quatre principes fondamentaux qui guident sa vie sont les suivants :

- **rappel** : la science est à la fois provisoire et contingente;
- **perspective** : ne vous attardez pas sur les insectes sur le pare-brise;
- **progrès** : on le voit mieux en regardant dans le rétroviseur;
- **inculquer l'ESPOIR** : aider les autres à viser l'excellence.

DPC pour rhumatologues bien occupés

Maintien du certificat : exploration de la section 2 remaniée

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

« Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) a remanié son programme de Maintien du certificat », fait remarquer le Dr Aki Joint. « D'après la lecture de l'article de Wooster, et coll. (numéro d'automne 2026 du Journal de la Société canadienne de rhumatologie), la section 1 – "Apprentissage collectif" – reste en grande partie inchangée; je me réjouis toutefois de constater que les réseaux sociaux, les discussions axées sur des cas cliniques, les cours de réanimation et l'apprentissage en partenariat avec les patients ont été ajoutés. » Le Dr Joint poursuit : « Il semble que la section 2 – "Apprentissage individuel" – ait subi quelques changements. Je me demande comment je peux optimiser mes crédits au sein de la section 2. »

La section 2 du programme de Maintien du certificat (MDC) du CRMCC comprend les sous-sections suivantes : révision de contenus pédagogiques, cours (asynchrones), formation aux tâches individuelles, préparation d'activités, études post-universitaires (bourses de recherche, masters et doctorats) et stages. Chacune de ces sections est associée à un nombre spécifique d'heures de crédit. Le tableau 1 présente le nombre d'heures de crédit associé à chaque section.

La révision des contenus pédagogiques englobe tous les types d'activités de révision, notamment la lecture de revues (en ligne ou sur papier), l'écoute de balados, ainsi que la lecture de revues spécialisées ou le visionnement de webinaires. Ces activités comprennent celles qui NE comportent PAS de séances de discussion formelle. Si ces activités en comportent une, les heures doivent être déclarées dans la sous-section appropriée de la section 1.

Les cours comprennent tous les cours individuels ou en groupe (en ligne ou sur papier) qui ne comportent pas de discussion formelle intégrée au cours. Si le cours comprend une discussion formelle, ces heures doivent être enregistrées dans la section 1.

Les formations individuelles comprennent toutes les formations visant à améliorer les compétences techniques. Si la formation vise à améliorer des compétences non techniques, ces heures doivent être déclarées dans la rubrique « Cours » de la section 1 ou de la section 2, selon qu'elle comprend ou non une discussion formelle.

La « Préparation des activités » s'intitulait auparavant « Projets d'apprentissage personnels » avant janvier 2024. Cette sous-section englobe les activités d'apprentissage entreprises en vue de la réalisation d'une tâche. Ces tâches peuvent inclure (sans s'y limiter) : répondre à une question clinique ou académique; préparer une séance d'enseignement ou une présentation; élaborer des supports pédagogiques destinés aux patients, aux familles ou aux communautés; rédiger un manuscrit (livre, chapitre, article); préparer une demande de subvention; répondre à une question d'ordre administratif ou liée aux systèmes; et élaborer une question d'examen oral ou écrit en vue de sa soumission. Le temps consacré à la préparation de ces tâches donne droit à 2 crédits par heure. Cela n'inclut pas le temps effectivement passé à réaliser la tâche elle-même (c'est-à-dire animer une séance ou mener des recherches).

Les études de troisième cycle comprennent les études menant à l'obtention d'un master ou d'un doctorat ou à un stage de spécialisation formel (qui doit être structuré et officiellement organisé). Un stagiaire du CRMCC peut demander 50 crédits par année et par initiative. Par exemple, si un stagiaire du CRMCC suit un master et que le programme d'études dure un an et demi, il peut demander un total de 100 crédits sur les deux cycles (années civiles).

Les stages constituent des opportunités d'apprentissage formelles qui comprennent des objectifs d'apprentissage, un plan d'apprentissage, la réception d'un retour d'information formel de la part d'un mentor ou d'un superviseur en lien avec les objectifs d'apprentissage, ainsi qu'une attestation de réussite de l'activité; ils reposent sur un besoin de formation professionnelle préalablement identifié. Les activités de cette sous-section peuvent donner droit à

Tableau 1 : **Sections et heures de crédit associées**
(d'après <https://www.royalcollege.ca/fr/cpd/moc-framework>)

Sous-sections et activités associées	Heures de crédit (à noter que toutes les heures de crédit pour la section 2 ne sont pas accréditées)	Données requises pour la saisie des crédits dans Mainport
Examen du contenu éducatif • Lecture • Écoute • Visionnement Sans discussion formelle incluse	0,5 crédit par heure (maximum de 30 crédits par année)	Pour toutes les activités de la section 2, vous devez indiquer : • le titre de l'activité • un message clé retenu • le nombre d'heures consacrées à l'activité • vos réponses aux questions de réflexion (facultatif)
Cours (asynchrones)	0,5 crédit par heure (sans limite)	
Entraînement individuel à la tâche	0,5 crédit par heure (sans limite)	
Préparation d'activités	2 crédits par heure (sans limite)	
Études postdoctorales	50 crédits par initiative, par année	
Stages	20 crédits par année	

20 crédits par année, quel que soit le nombre de stages ou la durée nécessaire à leur achèvement.

« Il semble que si je concentre mon attention sur la préparation des activités et que je veille à enregistrer correctement mes "cours" entre la section 1 et la section 2, je peux être sûr de maximiser mon apprentissage et ma participation au programme de MDC. », a fait remarquer le Dr Joint. « Une fois qu'on commence à suivre ses progrès au fur et à mesure, les choses deviennent beaucoup plus faciles. »

Elizabeth M. Wooster, B. Comm, Ph. D.(c)
OISE/Université de Toronto
Chercheuse associée,
École de médecine,
Toronto Metropolitan University

Raheem B. Kherani, B. Sc. (pharm), M.D., FRCPC, MHPE
Professeur agrégé de clinique,
Université de la Colombie-Britannique
Directeur du programme collaboratif intensif sur l'arthrite,
Programme Mary Pack sur l'arthrite
Clinicien-chercheur, Arthritis Research Canada
Chef du service de rhumatologie, Hôpital de Richmond
Rhumatologue, West Coast Rheumatology Associates
Madelaine Beckett, M.D., FRCPC
Résidente en rhumatologie pour adulte,
Université de la Colombie-Britannique

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

Décrypter les demandes d'orientation et les évaluations ophtalmologiques en vue d'une prise en charge conjointe : guide pratique pour les rhumatologues

Par Alessana Carmona, M.D.; Brian J. Chan, M.D., FRCSC; et Raj Carmona, MBBS., FRCPC

Introduction

En tant qu'experts des maladies inflammatoires et auto-immunes, ainsi que de l'immunothérapie, les rhumatologues sont particulièrement bien placés pour prendre en charge conjointement les patients atteints de maladies oculaires inflammatoires (MOI), qu'il s'agisse de troubles oculaires primaires ou associés à des maladies systémiques. Cependant, en raison de l'utilisation intensive d'abréviations (tableau 1) et de formes abrégées, ainsi que d'examen ophtalmologiques et d'évaluations de l'activité de la maladie moins familiers aux rhumatologues, l'interprétation des demandes d'expertise ophtalmologique et des évaluations oculaires peut s'apparenter à un travail de déchiffrement. Cet article a pour but de déchiffrer ce code et d'améliorer la prise en charge conjointe des patients atteints de DIO.

Atteintes anatomiques et diagnostics différentiels

Une bonne connaissance de l'anatomie oculaire (figure 1) facilite l'interprétation des résultats ophtalmologiques. Le segment antérieur comprend la cornée, l'humeur aqueuse, l'iris, le corps ciliaire, le cristallin, la chambre antérieure (entre la cornée et l'iris) et la chambre postérieure (entre l'iris et le cristallin). Le segment postérieur comprend le corps vitré, la rétine, la choroïde et le nerf optique. Le groupe de travail sur la normalisation de la nomenclature de l'uvéite (SUN) classe l'uvéite en uvéite antérieure (iris +/- corps ciliaire), intermédiaire (corps vitré et pars plana), postérieure (rétine et/ou choroïde) et panuvéite (ensemble du tractus uvéal)¹. Les demandes d'orientation doivent préciser le site de l'inflammation et son étendue anatomique, car cela guide le diagnostic différentiel (tableau 2).

Résultats de l'examen du segment antérieur à la lampe à fente

Les principaux signes observés à la lampe à fente en cas d'uvéite antérieure comprennent l'injection ciliaire, la présence de cellules dans la chambre antérieure (leucocytes en suspension dans l'humeur aqueuse), le « flare » (fuite de protéines donnant un aspect fumé), les précipités kératiques (déposés inflammatoires sur l'endothélium cornéen), les synéchies postérieures (adhérences de l'iris

au cristallin), l'hypopyon (accumulation de leucocytes dans la chambre antérieure), des nodules iriens et la formation d'une cataracte. La présence de cellules dans la chambre antérieure est évaluée à l'aide d'un faisceau de lampe à fente de 1 mm × 1 mm selon les critères suivants : 0 (< 1 cellule), 0,5+ (1 à 5 cellules), 1+ (6 à 15), 2+ (16 à 25), 3+ (26 à 50) et 4+ (> 50 cellules). Un score de 1+ ou supérieur est considéré comme une inflammation active. Le « flare » est noté de 0 à 4+ en fonction de l'opacité protéique croissante et de l'altération de la visualisation des détails de l'iris et du cristallin¹.

Il est important de noter que l'uvéite « granulomateuse » fait référence à l'aspect clinique de grands précipités kératiques de type « graisse de mouton » et de nodules iriens, plutôt qu'à des granulomes pathologiques, et qu'elle est associée à des affections telles que la sarcoïdose, la tuberculose, les infections herpétiques, la syphilis et la maladie de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH). L'uvéite associée aux maladies liées au gène HLA-B27 est généralement non granulomateuse, mais il existe des exceptions.

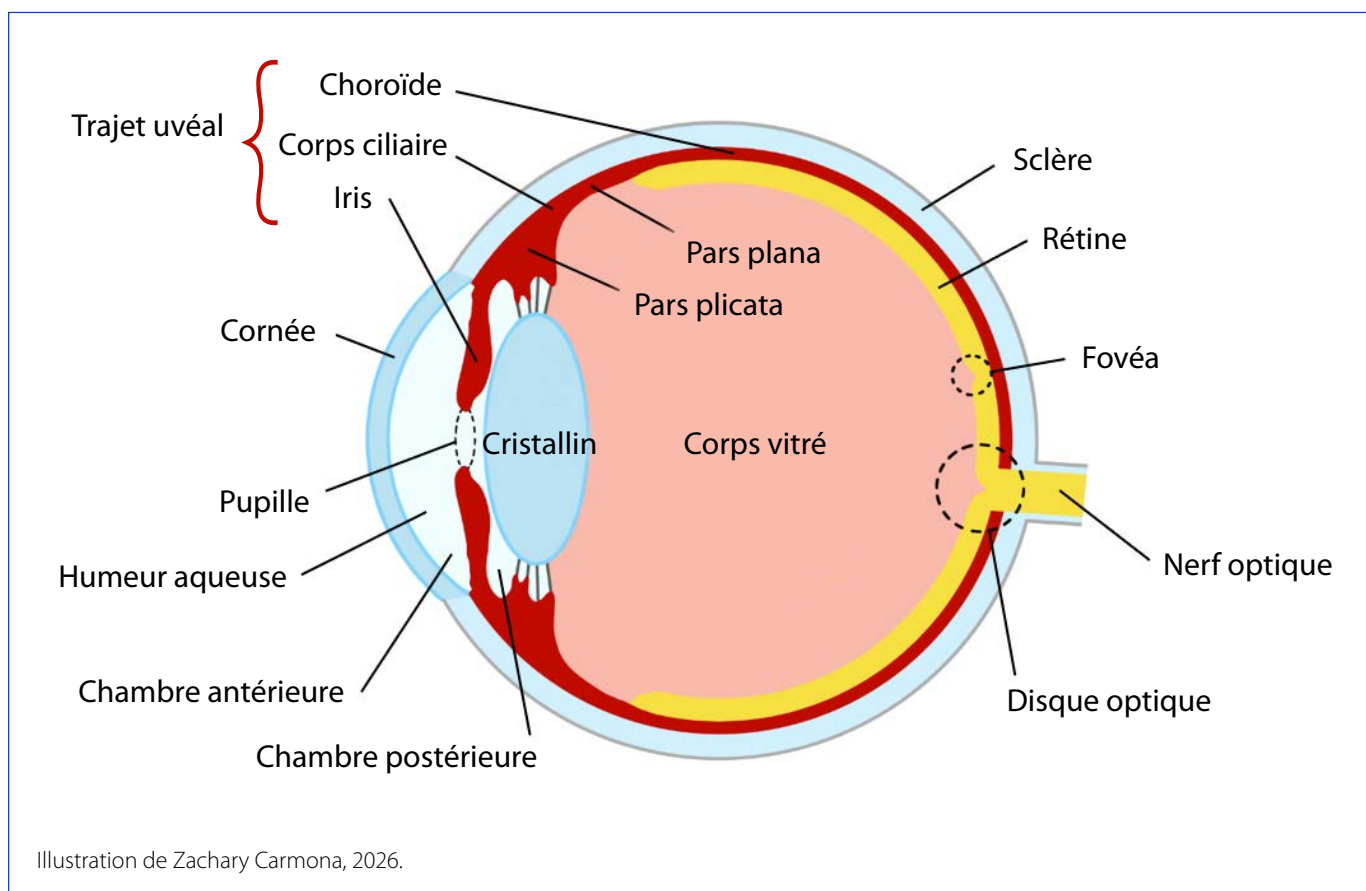
Constatations au niveau du segment postérieur lors de l'examen à la lampe à fente et de l'ophtalmoscopie indirecte

Bien qu'elle soit localisée à l'avant, l'uvéite antérieure peut s'accompagner d'une vitrite antérieure « par débordement » et d'un œdème maculaire cystoïde.

L'uvéite intermédiaire se caractérise par la présence de cellules dans le vitré, de « boules de neige » (agrégats inflammatoires) et d'un « effet de banc de neige » au niveau de la pars plana. L'opacification inflammatoire du vitré est classée comme suit : 0 (clair), 0,5+ (traces), 1+ (léger flou des détails rétinien), 2+ (flou modéré, vaisseaux encore visibles), 3+ (sévère, seuls les gros vaisseaux sont visibles) et 4+ (très sévère, fond d'œil à peine visible)¹.

L'uvéite postérieure peut se manifester par une rétinite, une choréïdite, une chorioretinite, une vascularite rétinienne, un œdème du disque optique et un œdème maculaire. La vascularite rétinienne peut se traduire par un enrobement vasculaire (aspect recouvert), une hémorragie, une ischémie et des taches cotonneuses. Une inflammation

Figure 1 : **Coupe transversale de l'anatomie oculaire**



chronique peut entraîner la formation d'une membrane épirétinienne, une néovascularisation rétinienne et une atrophie optique.

Évaluation de l'acuité visuelle (AV)

L'AV est généralement mesurée à l'aide d'un tableau de Snellen à une distance de 20 pieds. Une AV de 20/20 correspond à une acuité visuelle normale. Une AV de 20/40 signifie que le patient voit à 20 pieds ce qu'un observateur normal voit à 40 pieds². Une AV de 20/200 correspond au seuil de cécité légale³.

Une perte aiguë de l'AV peut résulter d'un œdème cornéen, d'une inflammation active de la chambre antérieure, d'une vitrite, d'un œdème maculaire, d'une ischémie rétinienne ou d'une atteinte du nerf optique. Les baisses chroniques peuvent indiquer une cataracte, un glaucome, des cicatrices rétiniennes ou une atrophie maculaire.

Évaluation du champ visuel (CV)

Le test automatisé du champ visuel évalue la sensibilité rétinienne sur l'ensemble du champ visuel, souvent à l'aide de la périmétrie automatisée de Humphrey. Le patient fixe

une cible centrale tandis que des lumières d'intensités variables sont présentées à différents endroits de la rétine.

L'évaluation du champ visuel est essentielle dans le glaucome, la neuropathie optique, les maladies rétiniennes et le dépistage de la rétinopathie liée à l'hydroxychloroquine. La rétinopathie due à l'hydroxychloroquine produit classiquement des scotomes paracentraux d's lors d'un test du CV de 10-2, bien que les patients asiatiques puissent présenter des anomalies plus périphériques lors de tests de 24-2 ou 30-2⁴. Des anomalies légères et non spécifiques sont courantes et n'indiquent pas nécessairement une toxicité rétinienne.

Pression intraoculaire (PIO)

La PIO est généralement mesurée à l'aide d'une tonométrie par aplanation. Une PIO normale se situe généralement entre 10 et 21 mmHg².

Une inflammation aiguë peut entraîner une baisse de la PIO due à un dysfonctionnement du corps ciliaire, tandis qu'une inflammation chronique peut entraîner une augmentation de la PIO secondaire à des lésions du réseau trabéculaire ou à des synéchies. Les corticostéroïdes to-

Décrypter les demandes d'orientation et les évaluations ophtalmologiques en vue d'une prise en charge conjointe : guide pratique pour les rhumatologues

Suite de la page 25

Tableau 1 : **Abréviations courantes en ophtalmologie**

CA	Chambre antérieure	PIO	Pression intraoculaire	PS	Synéchies postérieures
CCA	Cellules de la chambre antérieure	LIR	Liquide intrarétinien	CSP	Cataracte sous-capsulaire postérieure
FCA	Flare de la chambre antérieure	C	Cornée	DR	Décollement de la rétine
UA	Uvéite antérieure	PC	Précipités kératiques	LSR	Liquide sous-rétinien
C/D	Rapport cup/disque	C	Cristallin	AV	Acuité visuelle
ECILI	Extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire	PL	Perception de la lumière	CV/CVH	Champ visuel/Champ visuel de Humphrey
OMC	Œdème maculaire cystoïde	IPL	Iridotomie périphérique au laser	HV	Hémorragie vitréenne
ME	Membrane épirétinienne	APL	Absence de perception lumineuse	Cellule vitréenne	Cellules vitréennes
AF/AIVF	Angiographie à la fluorescéine /Angiographie par fluorescence avec injection intraveineuse	TCO	Tomographie par cohérence optique	Opacification du vitré	Opacification du vitré
AFO	Autofluorescence du fond de l'œil	OD/OG/DY	Œil droit / œil gauche / les deux yeux		
VMM	Vision des mouvements de la main	SAP	Synéchies antérieures périphériques		

piques, intravitréens/périoculaires et systémiques peuvent augmenter la PIO, ce qui peut entraîner un glaucome secondaire. **Il est important de noter que le terme ophtalmologique « réponse aux stéroïdes » fait référence à l'élévation de la PIO induite par les corticostéroïdes (généralement topiques), plutôt qu'à un bénéfice thérapeutique³.**

Tomographie par cohérence optique (TCO)

La TCO est une technique d'imagerie non invasive qui produit des images transversales haute résolution de la rétine à l'aide d'ondes lumineuses réfléchies.

La TCO permet de détecter des pathologies maculaires qui peuvent ne pas être visibles cliniquement, notamment l'œdème maculaire cystoïde (OMC). L'OMC est un signe clinique critique, car il peut entraîner une perte de vision. La TCO peut également mettre en évidence des membranes

épirétiniennes, un épanchement sous-rétinien, une traction vitéo-maculaire, une atrophie rétinienne et une perturbation des couches de photorécepteurs. L'imagerie TCO en série est fréquemment utilisée pour suivre la réponse thérapeutique³.

Angiographie à la fluorescéine par injection intraveineuse (AFIV)

L'AFIV consiste en une injection intraveineuse de fluorescéine sodique suivie d'une série de photographies rétinienues. La phase artérielle précoce évalue la perfusion rétinienne et choroïdienne, la phase veineuse évalue le remplissage vasculaire, et les images tardives permettent d'identifier les fuites, la coloration ou l'ischémie³.

Dans la choroïdite et la chorioretinite, les lésions actives présentent souvent une hypofluorescence précoce et une hyperfluorescence tardive dues à la coloration et aux fuites.

Tableau 2 : **Principaux diagnostics différentiels à envisager en fonction de la localisation de l'inflammation oculaire (liste non exhaustive).**

Localisation ¹	Maladies inflammatoires systémiques	Infections	Maladies oculaires primaires
Kératite/Kératite ulcéreuse périphérique	PR, GPA, PAM, PCR, LED, SSJ	HSV, VZV, bactériennes	Syndrome de l'œil sec, kératopathie d'exposition, rosacée oculaire, kératite liée au port de lentilles de contact
Épisclérite ²	PR, SA, PsA, MICI, GPA, PAM, PCR, LED	VHS, VZV	Idiopathique (la plus fréquente), DED, rosacée oculaire
Sclérite	PR (association la plus fréquente), GPA, PAM, PAN, PCR, LED, AR, MICI, sarcoïdose	VHS, VZV, syphilis, tuberculose	Idiopathique
Uvéite antérieure ³	HLA-B27 (sans atteinte extraoculaire), SpA, AP, AE, AR, PsO, MICI, AJI, sarcoïdose, BD ⁴ , NTIU	VHS, VZV, syphilis, tuberculose	Syndrome d'uvéite de Fuchs, syndrome de Posner-Schlossman, uvéite d'origine cristallinienne
Uvéite intermédiaire ³	Sclérose en plaques ⁵ , sarcoïdose, BD, MICI	Syphilis, tuberculose, maladie de Lyme	Pars planite, lymphome intraoculaire
Uvéite postérieure ³	maladie de Behçet, sarcoïdose, vascularite systémique, syndrome de VKH, lupus érythémateux disséminé, MICI	Syphilis, tuberculose, toxoplasmose, CMV	BCR, choroïdite serpiginieuse, choroïdite multifocale, lymphome intraoculaire
Panuvéite ³	MB, sarcoïdose, VKH, VAA, LED, MICI	Syphilis, tuberculose, endophtalmie	Ophtalmie sympathique
Vasculite rétinienne	MB, sarcoïdose, LED, GPA, PAN, APSNC, MICI	Syphilis, tuberculose, toxoplasmose, VHS, VZV, CMV, Bartonella	Maladie d'Eales, BCR

VAA : vascularite associée aux ANCA, SpA : spondylarthrite ankylosante, CB : chorioretinopathie de Birdshot, MB : maladie de Behçet, CMV : cytomégalovirus, SOS : syndrome de l'œil sec, AE : arthrite entéropathique, GPA : granulomatose avec polyangéite, HSV : virus de l'herpès simplex, MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin, AJI : arthrite juvénile idiopathique, PAM : polyangéite microscopique, PAN : polyartérite noueuse, APSNC : angiite primaire du SNC, AP : arthrite psoriasique, PsO : psoriasis, PR : polyarthrite rhumatoïde, AR : arthrite réactive, PCR : polychondrite récidivante, SSJ : syndrome de Sjögren, LED : lupus érythémateux disséminé, TB : tuberculose, NTIU : néphrite tubulo-interstitielle et uvéite, VKH : maladie de Vogt-Koyanagi-Harada, VZV : virus varicelle-zona

1 : Sur chaque site d'inflammation, environ 60 % des cas sont d'origine idiopathique.

2 : L'épisclérite est souvent idiopathique, bénigne et spontanément résolutive.

3 : La sarcoïdose, la maladie de Behçet, la syphilis et la tuberculose peuvent toucher toutes les catégories d'uvéites.

4 : La maladie de Behçet peut se manifester initialement par une uvéite antérieure, mais le plus souvent postérieure ou une panuvéite.

5 : Il convient d'envisager sérieusement la sclérose en plaques chez les patientes atteintes d'uvéite intermédiaire.

La vascularite rétinienne entraîne des fuites vasculaires, une absence de perfusion capillaire et des fuites au niveau du disque optique.

La maladie de Behçet se caractérise classiquement par des fuites vasculaires rétinienues diffuses, une perte

de capillaires et une vascularite occlusive⁵. La sarcoïdose provoque couramment des fuites veineuses segmentaires et des périphlébites (« coulures de cire de bougie »)⁶. Le syndrome de VKH se caractérise par de multiples fuites ponctuelles avec accumulation de liquide dans les décolle-

Décrypter les demandes d'orientation et les évaluations ophtalmologiques en vue d'une prise en charge conjointe : guide pratique pour les rhumatologues

Suite de la page 27

ments rétiens séreux⁷. La vascularite associée aux ANCA peut entraîner une ischémie rétinienne, une occlusion vasculaire et une fuite au niveau du nerf optique⁸.

Il est important de noter que, en ophtalmologie, la « vascularite rétinienne » se définit principalement par des caractéristiques cliniques et angiographiques telles que les fuites vasculaires, la coloration, l'enrobage et l'absence de perfusion, plutôt que par l'inflammation histopathologique de la paroi vasculaire et la nécrose observées dans les vascularites systémiques. L'inflammation vasculaire rétinienne associée à une uvéite postérieure infectieuse ou à médiation immunitaire n'indique pas, à elle seule, un syndrome de vascularite rétinienne primaire ou une vascularite nécrosante systémique.

Traitements topiques de l'uvéite antérieure non infectieuse

Dans le cas d'une uvéite antérieure non infectieuse, le traitement de première intention est généralement un corticostéroïde topique (par exemple, l'acétate de prednisolone à 1 %). La posologie est initialement intensive (par exemple toutes les heures), puis est progressivement réduite sur une période de 4 à 6 semaines. L'association d'agents cycloplégiques/mydriatiques (par exemple, le cyclopentolate à 1 %) soulage la douleur en réduisant le spasme du muscle ciliaire et contribue à prévenir les synéchies postérieures en dilatant l'iris pour l'éloigner du cristallin³. Les traitements topiques n'ont généralement pas leur place en cas d'atteinte du segment postérieur.

Indications de l'immunothérapie systémique dans l'uvéite non infectieuse

L'immunothérapie systémique est indiquée en cas d'uvéite antérieure récidivante, d'échec du traitement local ou d'intolérance aux stéroïdes, de maladie bilatérale, d'atteinte du segment postérieur, d'uvéite chronique ou de toute affection menaçant la vision.

Des corticostéroïdes systémiques, par exemple la prednisone à raison de 0,5 à 1 mg/kg/jour (ou équivalent), sont utilisés pour une suppression rapide de l'inflammation active. La méthylprednisolone par voie intraveineuse est utilisée dans certains cas d'uvéite postérieure sévère, d'uvéite pan-uvéite ou de vascularite rétinienne⁹.

Les agents conventionnels épargnant les corticostéroïdes comprennent le méthotrexate, le mycophénolate mofétil, l'azathioprine et la cyclosporine. Le traitement biologique, en particulier par l'adalimumab ou l'infliximab, est largement utilisé dans l'uvéite non infectieuse réfractaire¹⁰.

Conclusion

L'activité de la maladie et la réponse au traitement sont évaluées par examen à la lampe à fente (cellules dans la chambre antérieure/flare, opacification du vitré et lésions rétiennes/choroïdiennes), par la TCO (présence d'un œdème maculaire cystoïde ou d'un décollement séreux), par l'AFIV (fuites et absence de perfusion), par des mesures fonctionnelles telles que l'acuité visuelle et le champ visuel, ainsi que par les besoins en corticostéroïdes topiques. La maîtrise de la terminologie et des techniques d'évaluation ophtalmologiques permet aux rhumatologues de participer plus efficacement à la prise en charge conjointe des patients atteints de pathologies oculaires inflammatoires, avec une intensification en temps opportun de l'immunothérapie systémique lorsque cela est indiqué.

Références :

1. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT; Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. *Am J Ophthalmol*. 2005;140:509-16.
2. Kanski JJ, Bowling B. Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. 9th ed. Elsevier; 2020.
3. American Academy of Ophthalmology. Basic and Clinical Science Course: General Principles of Ophthalmology. 2023–2024. San Francisco: American Academy of Ophthalmology.
4. Marmor MF, Kellner U, Lai TYY, et al. Recommendations on screening for chloroquine and hydroxy-chloroquine retinopathy. *Ophthalmology*. 2016;123:1386-94.
5. Mendes D, Correia M, Barbedo M, et coll. Behçet's disease—a contemporary review. *Autoimmun Rev*. 2009;8:638-45.
6. Herborn CP, Rao NA, Mochizuki M. International criteria for the diagnosis of ocular sarcoidosis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2009;17:160-9.
7. Read RW, Holland GN, Rao NA, et al. Revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-Harada disease. *Ophthalmology*. 2001;108:1684col8.
8. Purvin V, Kawasaki A. Ocular manifestations of systemic vasculitides. *Curr Opin Ophthalmol*. 2005;16:433-8.
9. Jabs DA, Rosenbaum JT, Foster CS, et coll. Guidelines for the use of immunosuppressive drugs in patients with ocular inflammatory disorders. *Am J Ophthalmol*. 2000;130:492-513.
10. Dick AD, Rosenbaum JT, Al-Dhibi HA, et coll. Guidance on noncorticosteroid systemic immunomodulatory therapy in noninfectious uveitis: Fundamentals of Care for Uveitis (FOCUS) Initiative. *Ophthalmology*. 2018;125:757-73.

Alessana Carmona, M.D.
Résidente en médecine interne (PGY1),
Université Queen's

Brian J. Chan, M.D., FRCSC
Ophtalmologue,
Professeur adjoint de clinique,
Université McMaster

Raj Carmona, MBBS, FRCPC
Rhumatologue,
Professeur agrégé de clinique,
Université McMaster

Action immédiate contre l'arthrite : un plan national audacieux pour éradiquer l'arthrite

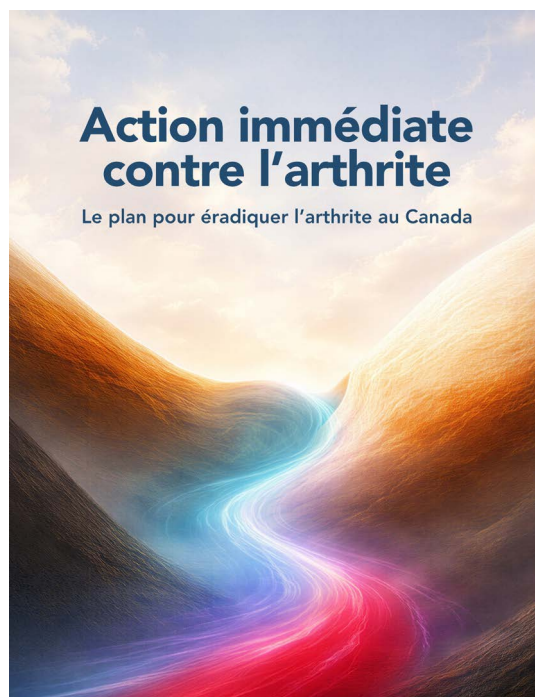


Au Canada, plus de 6 millions de personnes vivent avec l'arthrite, soit plus que le diabète, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer et la démence combinés. Elle est la principale cause d'invalidité et elle vole la mobilité, la bonne santé mentale, les gagne-pain et l'autonomie des personnes qui en sont atteintes. Malgré son étendue et ses répercussions dévastatrices, l'arthrite demeure l'une des maladies les plus sous-estimées, mal comprises et chroniquement sous-financées au Canada, laissant des millions de personnes dans une douleur silencieuse.

Afin de s'attaquer à cette crise, la Société de l'arthrite du Canada a rassemblé 20 organisations majeures dans l'écosystème de l'arthrite au Canada afin de lancer **Action immédiate contre l'arthrite : le plan pour éradiquer l'arthrite au Canada**. Grâce aux commentaires de plus de 100 000 patients, chercheurs, cliniciens et défenseurs de la cause, il s'agit de la stratégie nationale coordonnée la plus ambitieuse jamais conçue pour transformer les soins de l'arthrite et la recherche sur l'arthrite.

Action immédiate contre l'arthrite propose une feuille de route complète visant à prévenir, bien traiter et, un jour, à guérir l'arthrite. Grâce à des mesures politiques et à des percées dans la recherche et l'innovation, ce plan permettra d'améliorer et d'accélérer la prévention et les soins liés à l'arthrite, de réduire l'invalidité liée à l'arthrite et de faire du Canada un chef de file mondial en matière de la recherche, de la prévention et de l'innovation en matière de traitements.

Apprenez-en davantage à plandactioncontrelarthrite.ca.





D^r Abraham Chaiton — *Prix du membre émérite de l'ORA*

Recevoir le Prix du membre émérite de l'Ontario Rheumatology Association est un honneur qui me touche profondément. Fort de plus de 50 ans d'expérience en rhumatologie, l'un des aspects les plus gratifiants de ma carrière a été d'assister à l'acceptation de l'échographie musculosquelettique (MSK) au sein de notre spécialité et d'y contribuer.

J'ai relevé le défi de me former à l'échographie MSK à une époque où celle-ci n'était pas considérée comme faisant partie du champ d'activité traditionnel de la rhumatologie. Conscient de son potentiel pour améliorer le diagnostic au chevet du patient et la prise en charge des patients, je me suis engagé à promouvoir son utilisation en rhumatologie au Canada. Ce parcours personnel s'est transformé en une initiative éducative d'envergure nationale grâce à ma participation à la création de la Société canadienne d'échographie en rhumatologie (CRUS), à l'élaboration de programmes de formation structurés, ainsi qu'à l'enseignement et au mentorat de rhumatologues à travers le Canada.

Aujourd'hui, je suis particulièrement impressionnée par la jeune génération de collègues motivés qui continuent de faire progresser la science et l'application de l'échographie dans le but d'améliorer les soins prodigués aux patients. Leur enthousiasme, leur curiosité et leur engagement me donnent confiance en l'avenir de notre spécialité.

D^r Walter Maksymowych (pour des travaux menés en collaboration avec le D^r Robert Lambert) *Prix EULAR 2026 du meilleur résumé de recherche clinique*



D^r Walter Maksymowych



D^r Robert Lambert

Nous avons mis en place une collaboration internationale unique réunissant 21 rhumatologues du réseau SPARTAN et 16 radiologues musculosquelettiques de la Skeletal Society of Radiologists, tous experts en spondylarthrite axiale (axSpA), dans le but de définir les paramètres essentiels de l'IRM des articulations sacro-iliaques permettant de diagnostiquer une axSpA aux fins de la classification de la maladie.

Des paramètres qualitatifs et une nouvelle composante quantitative ont été définis pour établir une définition de l'IRM positive couvrant l'ensemble du spectre de l'axSpA. Les analyses des données se sont appuyées sur l'évaluation des IRM de 3 cohortes et de 1 050 patients, ce qui a abouti à la création de plus de 130 tableaux de données. Le résumé décrivant ces travaux a remporté le prix du top 10 des résumés de l'EULAR 2026 (parmi 4 500 soumissions).

Les actualités du Manitoba

Par Cory Baillie, M.D., FRCPC

Au moment où nous rédigeons ces lignes, le Manitoba connaît les jours les plus chauds de l'été. Nous profitons de la belle saison pour passer du temps en famille dans nos résidences secondaires, du lac des Bois et de Whiteshell à l'est jusqu'au parc national de Riding Mountain, à l'ouest de la province.

Depuis nos dernières actualités publiées dans le JSCR, nous sommes fiers d'annoncer que la section de rhumatologie, en collaboration avec Doctors Manitoba, a réussi à négocier des modifications de notre convention collective avec le ministère de la Santé du Manitoba. Ces modifications reflètent mieux la

complexité des soins rhumatologiques et permettent aux rhumatologues du Manitoba de mieux prendre en charge nos patients. Nous espérons que ces changements contribueront à faire du Manitoba un lieu plus attractif pour nos confrères qui souhaiteraient nous rejoindre. Des postes sont à pourvoir tant en milieu communautaire qu'à l'Université du Manitoba, et nous serions ravis de vous accueillir.

Cory Baillie, M.D., FRCPC

Professeur adjoint,
Université du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)



**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 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.

Pour de plus amples renseignements :

Consultez la monographie du produit à l'adresse ucb-canada.ca/fr/bimzelx pour obtenir des renseignements importants sur :

- les mises en garde et précautions pertinentes concernant les maladies inflammatoires de l'intestin, les réactions d'hypersensibilité graves, la vaccination, les infections, y compris la tuberculose, ainsi que les femmes qui sont enceintes, qui allaitent ou qui sont en mesure de procréer;
- les conditions d'utilisation clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les directives posologiques.

Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en appelant au 1-866-709-8444.

* La signification clinique comparative est inconnue.

1. Monographie de BIMZELX. UCB Canada Inc. 12 décembre 2025. 2. Données internes, UCB Canada Inc.