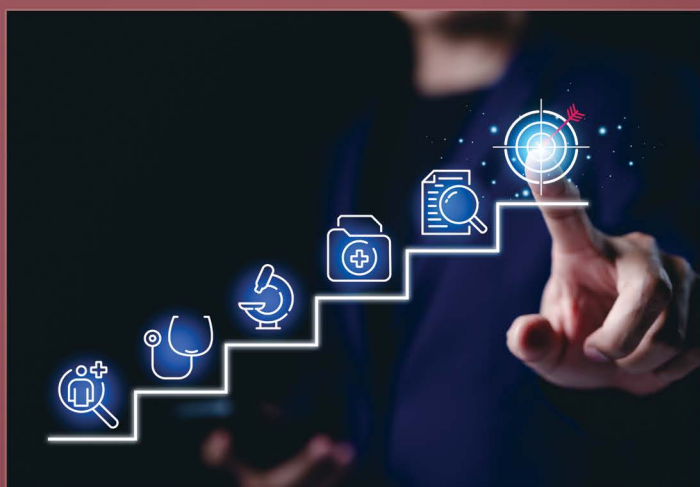


CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Point de mire sur **l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR : atteindre de nouveaux sommets**

Éditorial

Médecine d'assurance

Que fait la SCR pour vous?

FSCR – Célébration du programme de bourse d'été :
façonner l'avenir de la rhumatologie

Célébrons 45 ans d'excellence : les prix de
distinction de la SCR

Hommage à l'excellence à travers les témoignages
d'ancien(ne)s lauréat(e)s

Hommage boréal

Message de la présidence

Le Grand débat 2025 : proposition de faire de
l'échographie musculosquelettique une
composante obligatoire du programme
de formation en rhumatologie

Rhumato-Jeopardy! 2025

Entrevues avec les lauréates des Prix de la
SCR en 2025 :

- Rhumatologue émérite : la D^{re} Rae S. M. Yeung
- Chercheur émergent : la D^{re} May Choi
- Chercheur émérite : la D^{re} Joan Wither

Pleins feux sur les lauréat(e)s des Prix pour les
résumés de la SCR en 2025

Des nouvelles de l'ICORA

Une étude financée par l'ICORA brille – Premier
prix pour la présentation et les initiatives en
matière de qualité de soins en rhumatologie
– LED : une étude explicative séquentielle
nationale à méthodes mixtes

Arthroscopie

Héros canadiens en rhumatologie :
le D^r Robert Inman

Le Plan d'action contre l'arthrite :
façonner l'avenir

L'écart salarial entre les genres
en rhumatologie

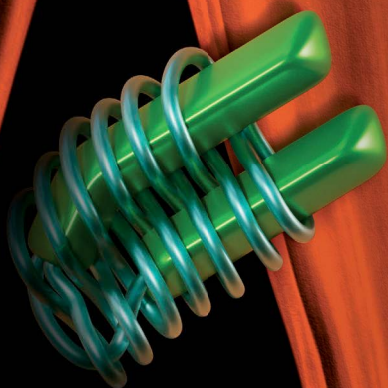
Éviter une vie entière dans la douleur
arthritique grâce au dépistage précoce

Consultation de couloir

Exclure la vascularite du SNC

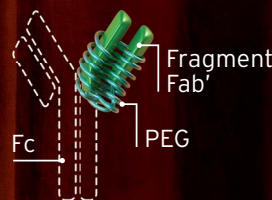
Nouvelles régionales

Des nouvelles de Terre-Neuve-et-Labrador



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=fr>. Consulté le 9 janvier 2025.

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 hématoïdiques; 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.



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

CA-CZ-2500021F



Médecine d'assurance

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Lorsque j'ai suivi ma formation en médecine interne à l'Hôpital général de Montréal, l'un des cliniciens les plus impressionnants que j'ai rencontrés en tant que résident était le Dr Doug Kinnear¹. Il était gastroentérologue et médecin de l'équipe des Canadiens de Montréal. Cela semblait étrange, mais lorsque j'ai déménagé à Toronto pour ma bourse de recherche en rhumatologie, le médecin de l'équipe des Maple Leafs était également un rhumatologue. C'était le Dr Murray Urowitz qui avait succédé à un autre rhumatologue, le Dr Hugh Smythe², à ce titre. Cela ne m'a certainement pas dérangé de rencontrer des joueurs des deux équipes.

Je me souviens que le Dr Kinnear mettait toujours en garde l'équipe médicale de ne pas cataloguer prématurément les patients avec un diagnostic qui pourrait ne pas s'avérer exact. Une maladie inflammatoire de l'intestin (MII) confirmée était une chose, mais une personne qui pouvait être atteinte d'une colite infectieuse ne devait pas être répertoriée dans son sommaire d'hospitalisation comme ayant une MII, afin que cela ne compromette pas sa capacité à souscrire une assurance par la suite. Si le patient avait vraiment une MII, elle se déclarerait d'elle-même au fil du temps. Le même concept pouvait s'appliquer à une arthrite indifférenciée légère, qui peut se résorber spontanément ou évoluer vers une polyarthrite rhumatoïde (PR) établie. C'était un très bon conseil que le Dr Kinnear avait prodigué en raison de son autre activité à temps partiel en tant que médecin consultant auprès de plusieurs compagnies d'assurance-vie basées à Montréal.

Plus tard, parallèlement à ma pratique de la rhumatologie, j'ai commencé à travailler à temps partiel comme directeur médical dans diverses compagnies d'assurance, et je continue de le faire aujourd'hui. La formation initiale consistait à apprendre le principe de la souscription, à sélectionner les risques médicaux et à aborder le vaste domaine de la médecine d'assurance. Le manuel de référence était *Medical Selection of Life Risks*, publié et rédigé en grande partie par le Dr Robert D.C. Brackenridge, médecin consultant à la Mercantile and General Reinsurance Company (M&G) à Londres, en Angleterre. Comme mon premier poste dans le domaine de l'assurance était chez M&G, on m'a offert un exemplaire dédicacé de la troisième édition de ce manuel. J'ai également eu le plaisir de rencontrer le Dr Brack, comme on l'appelait, lors d'une visite à Londres et d'être présent quand il examinait des cas.

Bien sûr, au fil du temps, à mesure que j'acquerrais de l'expérience et de la confiance dans le domaine de la médecine d'assurance, je me référerais de moins en moins au manuel. Il était disponible pour référence et réassurance, mais j'avais aussi des manuels d'assurance spécifiques à la compagnie et toute la littérature médicale à consulter. Au bout du compte, le mot « Brack » m'évoquait davantage l'inspecteur Thomas Brackenreid, un personnage de la série Murdoch Mysteries sur la chaîne CBC, plutôt que le Dr Brackenridge.

La cinquième édition du manuel de Brack a été publiée en 2006³. Vous pouvez toujours acheter un exemplaire d'occasion pour 437 \$ en ligne⁴. Je m'en suis rendu compte fin 2024, lorsque j'ai reçu un courriel d'un collègue spécialisé en médecine d'assurance aux États-Unis. Après pratiquement deux décennies, une sixième édition de Brack était enfin en préparation. On recherchait des auteurs pour des chapitres, et comme il n'y avait apparemment que trois rhumatologues en Amérique du Nord qui travaillaient dans le domaine de l'assurance, nous avons tous été invités à saisir cette occasion.

Deux d'entre nous ont accepté de relever ce défi, et je suis donc en train d'écrire un chapitre de livre pour la première fois. Heureusement, j'ai déjà écrit des chapitres sur des sujets de rhumatologie pour des manuels de formation de l'Academy of Life Underwriters, ce qui me permet de m'appuyer sur quelques sources.

Je travaille actuellement pour deux compagnies d'assurance. J'ai contacté ma compagnie principale pour revoir mon contrat d'auteur, pensant qu'elle serait heureuse que mon affiliation avec l'entreprise soit mentionnée dans le nouveau manuel. J'avais tort. Elle était ravie que je sois auteur, à condition que le nom de l'entreprise ne soit pas mentionné. Apparemment, elle a estimé que le risque était trop élevé, et après tout, son activité principale est l'évaluation des risques.

L'étape suivante a été de revoir le chapitre sur les troubles rhumatismaux du manuel de Brack de 2006 pour voir si je pouvais m'en inspirer pour notre mise à jour. La première section portait sur la classification. L'arthrite réactive et certaines formes de vascularite portaient encore leurs éponymes abandonnés, et l'arthrite chronique juvénile était répertoriée comme terminologie préférée. Par la suite, le chapitre abordait les rhumatismes des tissus mous, les syndromes de piégeage nerveux, les lésions du disque intervertébral et l'arthrogrypose congénitale multiple, mais nous n'avons pas l'intention d'inclure ces sujets. De même, nous laisserons de côté : « Peu de maladies rhumatismales ont une mortalité précoce... Les maladies rhumatismales n'étant pas mortelles, les statistiques sont rares. » En ce qui concerne la PR, nous mettrons à jour les critères de 1987 pour les aligner sur ceux de 2010, et nous ne dirons pas que « le traitement par anticorps monoclonaux de la PR est faisable, mais aux premiers stades de développement; les effets secondaires bénéfiques ou à long terme possibles de ce traitement n'ont pas encore été établis. »

Il est intéressant de noter que les affections comorbides étaient déjà reconnues comme des marqueurs importants de l'augmentation de la mortalité, bien que les maladies cardiovasculaires n'aient pas été spécifiquement mentionnées, même si elles sont la principale cause de décès de la PR et dans de nombreuses autres arthrites inflammatoires, et même si l'évaluation du risque cardiovasculaire est un sujet fondamental en médecine d'assurance.

La date limite de soumission des chapitres est fixée à 2025, mon coauteur et moi avons donc du pain sur la planche. Comme au JSCR, on m'a rappelé que la brièveté et la concision sont des aspects importants de la rédaction de manuels. Cet éditorial arrive donc à sa conclusion naturelle. Restez à l'affût d'une éventuelle suite si j'ai d'autres remarques à signaler.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

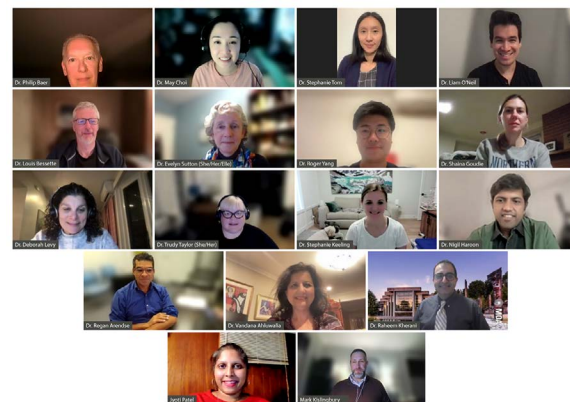
Rédacteur en chef, JSCR, Toronto (Ontario)

Références :

1. À la mémoire du Dr Douglas Kinnear. Disponible à l'adresse <https://csm.ca/our-stories/article/a-memoire-du-dr-douglas-kinnear>. Consulté le 9 juin 2025.
2. Toronto Maple Leafs team doctor made Stanley Cup history (obituary). (en anglais) Disponible à l'adresse <https://www.theglobeandmail.com/news/national/toronto-maple-leafs-team-doctor-made-stanley-cup-history/article4627645/>. Consulté le 9 juin 2025.
3. Brackenridge's Medical Selection of Life Risks. (en anglais) 5^e édition 2006, Palgrave Macmillan. R.D.C. Brackenridge (rédacteur), R. Croxson (rédacteur), Ross Mackenzie (rédacteur).
4. Brackenridge's Medical Selection of Life Risks (listing). (en anglais) Disponible à l'adresse https://www.amazon.ca/Brackenridges-Medical-Selection-Life-Risks/dp/1403906769#detailBullets_feature_div. Consulté le 9 juin 2025.

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 (Ontario)

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

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

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

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

MEMBRES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ÉQUIPE DE PUBLICATION

Mark Kislingbury
Directeur exécutif

Jyoti Patel
Responsable de la rédaction

Catherine de Grandmont
Rédactrice principale (version française)

Virginie Desautels
Rédactrice junior (version française)

Donna Graham
Responsable de la production

Dan Oldfield
Directeur de la création

Mark Kislingbury
Éditeur

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

Code d'accès : **craj**

© STA HealthCare Communications inc., 2025. Tous droits réservés. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : juillet 2025.

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

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

Célébration du programme de bourses d'été : façonner l'avenir de la rhumatologie



Cet été, une nouvelle génération d'esprits brillants fait son entrée dans le monde de la rhumatologie, prête à faire progresser les soins aux patients et la recherche médicale. En tant qu'organisme de bienfaisance travaillant en collaboration avec la Société canadienne de rhumatologie, la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie (FSCR) fait progresser l'avenir de la rhumatologie en finançant la recherche, la formation et la défense des intérêts, et poursuit son engagement de longue date à former de futurs leaders par le biais du Programme de bourses d'été. Le programme, qui en est à sa 24^e année, est un élément clé de l'avenir de la rhumatologie au Canada.

Depuis 2001, le programme de bourses d'été a aidé plus de 550 étudiants, offrant une expérience pratique et du mentorat. Il est à noter que 16 % des anciens participants sont devenus rhumatologues praticiens, ce qui témoigne clairement de l'impact durable du programme sur les carrières et le domaine.

Chaque été, les étudiants s'engagent dans des recherches significatives, acquièrent des compétences essentielles et sont exposés aux diverses réalités de la rhumatologie. Leur travail contribue à améliorer leurs connaissances médicales tout en les aidant à comprendre les avantages et les défis de la spécialité, et ces premières expériences inspirent souvent un engagement à long terme dans cette spécialité.

« Je ne connaissais pas grand-chose à la rhumatologie avant ma deuxième année d'études de médecine », explique le Dr Mo Osman, clinicien-chercheur, professeur agrégé à l'Université de l'Alberta, membre de la SCR et donateur de la FSCR. « Cela a changé lorsque j'ai participé à une bourse d'été et a clairement eu une influence durable parce que je suis aujourd'hui rhumatologue. »

L'histoire du Dr Osman reflète l'importance de l'exposition précoce et du mentorat. Aujourd'hui, il encadre des étudiants pour leur transmettre les mêmes encouragements qui ont contribué à façonner sa carrière. Grâce à des professionnels dévoués comme lui, le programme continue de prospérer.

Le mentorat est au cœur du succès du programme. Il crée une communauté solide et collaborative et permet de s'assurer que la prochaine génération est bien préparée pour faire progresser la spécialité. Chaque étudiant qui participe apporte une nouvelle énergie et de nouvelles idées au domaine, tout en acquérant des connaissances qui peuvent guider son cheminement futur.

Le programme de bourses d'été demeure la pierre angulaire de la mission de la FSCR, à savoir soutenir les futurs leaders en rhumatologie. Nous remercions chaleureusement les mentors qui rendent ce travail possible et les étudiants qui nous inspirent par leur passion et leur engagement. Pour soutenir le programme et contribuer à façonner l'avenir de la rhumatologie, visitez le site crafoundation.ca/fr.

Célébration de 45 ans d'excellence : les Prix de distinction de la SCR

Depuis 45 ans, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) est fière de reconnaître ses membres exceptionnels par le biais de ses Prix de distinction, un honneur décerné aux personnes qui ont été proposées par leurs pairs pour leurs contributions remarquables au domaine de la rhumatologie.

À l'approche du 45^e anniversaire des Prix de distinction de la SCR en 2026, nous profitons de l'occasion pour rendre hommage aux nombreux lauréats inspirants qui ont façonné le paysage de la rhumatologie.

Maintenant, c'est à votre tour de participer à cette tradition.

Le concours pour les prix de 2026 est officiellement ouvert!

La SCR est fière de remettre six prix prestigieux :

- **NOUVEAU!** Prix d'impact du leadership de la SCR;
- Prix du rhumatologue émérite;
- Prix du chercheur émérite;
- Prix du formateur d'enseignants émérite;
- Prix du chercheur en début de carrière;
- Prix du formateur d'enseignants en début de carrière.

Cette année, la SCR décerne un nouveau prix! Le **Prix d'impact du leadership de la SCR** est un prix décerné à un membre de la SCR en milieu de carrière qui a fait preuve d'un leadership et d'une défense des intérêts exceptionnels, exerçant ainsi une influence significative dans le domaine de la rhumatologie.

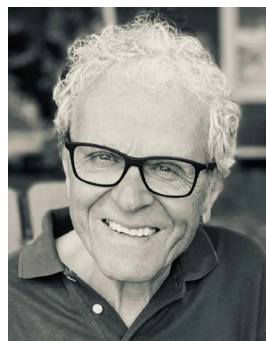
Connaissez-vous un(e) collègue dont les contributions méritent d'être célébrées? Proposez la candidature d'un membre de la SCR pour les **Prix de distinction de 2026** et aidez-nous à mettre à l'honneur l'excellence en rhumatologie. Pour en savoir plus, soumettez votre candidature à rheum.ca/fr/prix-decernes.

Rejoignez-nous pour célébrer 45 ans d'excellence et honorer les éducateurs et les innovateurs qui façonnent l'avenir de la rhumatologie lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR à Halifax, qui aura lieu du 16 au 19 avril 2026!

Hommage à l'excellence à travers les témoignages d'ancien(ne)s lauréat(e)s

Qu'est-ce que cela signifie d'être reconnu par un des Prix de distinction de la SCR? Pour beaucoup, cela représente plus qu'une simple distinction, c'est une preuve de leur dévouement, de leurs contributions et du profond respect de leurs pairs.

Voici les témoignages d'anciens lauréats sur les retombées de cet honneur :



grand honneur que je chéris encore aujourd'hui. »

— Le Dr Murray Urowitz, lauréat du Prix du rhumatologue émérite en 1995.

« Au cours de la vie universitaire, les réalisations sont évaluées par l'hôpital, l'université, l'examen par les pairs des subventions universitaires et des publications axées sur une activité spécifique. Être récompensé par le Prix de distinction de la SCR par ses collègues de tout le pays, c'est être reconnu pour ses réalisations mondiales et c'est vraiment un



— La Dr^{re} Carol Hitchon, lauréate du Prix de la jeune chercheuse en 2007.

« Ce fut un grand honneur d'avoir reçu le Prix de la jeune chercheuse en 2007 par la Société canadienne de rhumatologie. Ce prix reflète le soutien et le mentorat que j'ai reçus de mes collègues. Je me suis efforcée de continuer à contribuer à la recherche clinique et à la défense des intérêts au fil des ans et je crois que ce prix a catalysé mes efforts. »



« Recevoir le premier Prix de la formatrice d'enseignants émérite de la SCR demeure l'un des faits saillants de ma carrière. Être honorée par ses collègues est particulièrement spécial. La SCR m'a donné l'occasion de travailler avec des collègues de tout le pays pour faire progresser l'enseignement postdoctoral en rhumatologie. Il est tout aussi gratifiant de constater que le travail qui a mené à la

reconnaissance de la SCR (élaboration de la fin de semaine des résidents canadiens en rhumatologie, des ECOS annuels régionaux et nationaux et des travaux préliminaires sur le programme national d'immunologie) a été poursuivi par mes successeurs. Il est passionnant de voir que ces projets initiaux ont été adaptés et mis à jour au fil du temps et continuent d'être intégrés à nos programmes de formation partout au Canada. C'est un sentiment tellement gratifiant de contribution à la formation de la prochaine génération de rhumatologues. »

— La D^{re} Heather McDonald-Blumer, lauréate du Prix de formatrice d'enseignants en 2009.



« Cet honneur signifie, du moins pour moi, que mes pairs estiment que mes contributions à notre domaine de la rhumatologie ont été significatives! C'est vraiment la plus grande des récompenses. »

— La D^{re} Gillian Hawker, lauréate du Prix de la chercheuse émérite en 2011.



« Lorsque j'ai reçu le Prix du chercheur émérite en 2015 au Château Frontenac de Québec, j'ai été profondément honorée d'être reconnue par mes collègues et mes pairs, et d'avoir l'occasion de présenter un résumé de mon programme de recherche aux membres de la SCR. Je dois dire que j'ai ressenti un peu le « syndrome de l'imposteur », comme beaucoup lorsqu'ils reçoivent

un honneur aussi prestigieux, surtout lorsqu'on est conscient de l'incroyable qualité des lauréats précédents (et ultérieurs). Depuis lors, chaque année j'apprécie beaucoup les présentations des lauréats et je comprends ce qu'ils doivent ressentir lorsqu'ils sont reconnus, comme je l'ai été. Merci la SCR!»

— Le D^r Hani El-Gabalawy, lauréat du Prix du chercheur émérite en 2015

Participez à cette tradition en proposant la candidature d'un(e) collègue pour les Prix de distinction de la SCR 2026 – les candidatures sont maintenant ouvertes sur rheum.ca/fr/prix-decernes/

Pour obtenir la liste des lauréat(e)s, balayez le code QR ci-dessous



Une étude financée par l'ICORA brille – Premier prix pour la présentation des initiatives en matière de qualité des soins en rhumatologie LED : une étude explicative séquentielle nationale à méthodes mixtes

Par Zahi Touma, M.D., Ph. D., FACP, FACR; et Behdin Nowrouzi-Kia, OT Reg (Ont.), Ph. D.

Le travail est au cœur de la vie des gens, car il a des incidences positives sur leur santé physique, mentale, financière et sociale, ainsi que sur leur bien-être. La pratique collaborative multidisciplinaire offre une solution pratique qui permet la prestation de soins complexes qui peuvent également être centrés sur le patient. Les résultats fonctionnels déclarés par les patients et les médecins mesurent divers domaines de l'incapacité de travail et des fonctions. Les patients atteints de lupus érythémateux disséminé (LED) éprouvent des difficultés physiques et mentales qui nuisent à leur capacité de travailler. L'évolution imprévisible de la maladie avec ses phases de rémission et de rechute entraîne des changements dans les niveaux d'incapacité de travail et de fonctionnement dans la vie d'un patient, ce qui rend difficile la prestation de soins centrés sur le patient. L'incapacité de travail et le fonctionnement ont un point de départ compliqué qui comprend l'étude des problèmes sous le contrôle des patients et ceux liés à leur environnement. Le lien entre le travail et le lupus est une préoccupation individuelle importante en raison de l'influence considérable du travail sur différents aspects de la santé d'un patient, notamment sa participation à des activités utiles. Notre étude propose une nouvelle intervention fondée sur des données probantes pour atténuer l'incapacité de travail.

Le financement de la SCR-ICORA nous a permis d'atteindre les objectifs de l'étude. Plus précisément, dans cette étude nationale canadienne, nous avons élaboré un profil fonctionnel qui fournira une compréhension initiale de l'effet de la maladie sur le quotidien d'un patient. L'une des principales préoccupations de l'évaluation fonctionnelle est l'évaluation de la capacité d'un patient à s'engager dans le travail. Un profil fonctionnel est défini comme l'ensemble des activités de la vie quotidienne et celles liées au fonctionnement au travail (p. ex. les activités instrumentales de la vie quotidienne, comme la gestion des finances et le transport)¹. Nous avons recueilli des données auprès de 404 participants de sept centres au Canada, dont l'âge moyen était de $47,0 \pm 13,7$ ans. En ce qui concerne le fonctionnement, les scores totaux et les scores de sous-échelle étaient comparables à ceux d'une population atteinte d'un cancer ou d'un trouble mental courant. Deuxièmement, l'étude a déterminé les facteurs associés à l'incapacité de travail et a suscité des réflexions sur l'amélioration des soins aux patients et de la participation au travail. Enfin, pour explorer les expériences vécues (situations vécues et pers-



pectives d'un patient) des patients atteints de LED lors de leur retour au travail, la plupart des participants ont connu une forme d'incapacité de travail au cours de leur parcours professionnel liée aux manifestations cliniques du LED, notamment des hospitalisations, des limitations physiques dans les activités de la vie quotidienne,

de la fatigue et des symptômes neurocognitifs (p. ex. brouillard cérébral). L'analyse thématique a révélé trois thèmes clés : a) l'influence de l'expérience de la maladie sur le travail, b) la stigmatisation de la divulgation de la maladie et c) la disponibilité des ressources et des aménagements sur le lieu de travail². Les participants ont souligné l'importance d'un emploi caractérisé par une réduction des exigences physiques et mentales, une augmentation de l'autonomie personnelle et une plus grande souplesse sur le lieu de travail comme mesures de prévention des incapacités liées au travail.

Remerciements : nous tenons à remercier nos partenaires collaborateurs qui ont soutenu notre projet à l'échelle nationale à partir de sept établissements, dont six établissements universitaires et un établissement communautaire dans quatre provinces (Ontario, Québec, Alberta et Colombie-Britannique).

Zahi Touma, M.D., Ph. D., FACP, FACR

Rhumatologue,

Professeure agrégée de médecine, Département de rhumatologie

Faculté de médecine, Université de Toronto

Clinicienne-chercheuse, Schroeder Arthritis Institute,

Krembil Research Institute, Toronto (Ontario)

Behdin Nowrouzi-Kia, OT Reg. (Ont.), Ph. D.

Bourse Emily Geldsadleur pour un professeur en début de carrière sur la santé mentale au travail

Professeur agrégé, Département des sciences et thérapies occupationnelles, Université de Toronto

Chercheur affilié, Krembil Research Institute

University Health Network, Toronto (Ontario)

Références

- Nowrouzi-Kia B, Avina-Zubieta J, Fox M, et coll. Work Disability and Function in Systematic Lupus Erythematosus (SLE): Results from a Mixed-Methods Exploratory Canadian Study [abstract]. AR, 13 Nov 2022 [cité le 23 avril 2025]; 74 (suppl 9).
- Nowrouzi-Kia B, Howe A, Li A, et coll. Work disability in patients with systemic lupus erythematosus: a Pan-Canadian qualitative study [présentation par affiche]. J Rheumatol. 2024 Jul;51(Suppl 1):43–98. doi:10.3899/jrheum.2024-0330_poster_presentations.

Message de la présidence

Par Trudy Taylor, M.D., FRCPC

Que le temps passe vite! Voilà un an que j'ai été élue présidente de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) et je suis déjà à mi-mandat! Même si je n'ai pas vu passer le temps, l'année fut passionnante grâce à de nouveaux projets et la poursuite d'offres importantes. Comme toujours, ce travail est rendu possible grâce à une communauté loyale et passionnée de rhumatologues et de nos sympathisants.

Grâce au travail acharné de notre comité scientifique, notre assemblée scientifique annuelle à Calgary fut un succès. Que vous optiez pour l'excellente recherche canadienne, que vous assistiez à des ateliers pour apprendre de nos collègues ou que vous passiez du temps à vous retrouver, il y en a vraiment pour tous les goûts. Je suis folle de joie quand je vois les fruits des efforts exceptionnels de nos collègues de tout le pays tout au long de la réunion et la reconnaissance du travail extraordinaire des piliers de notre communauté récompensé par les Prix de distinction de la SCR! Cette assemblée a été précédée d'une séance virtuelle exceptionnelle, la *Rheum Review*, avec une journée complète de sujets passionnants et de perles cliniques.

Au cours de la dernière année, le projet Athena a connu des avancées majeures, dont le point d'orgue a été la mise à disposition de deux scribes d'intelligence artificielle (IA) optimisés pour la rhumatologie à des tarifs réduits pour nos membres. J'espère qu'il s'agira d'un outil efficace qui permettra d'améliorer l'efficacité au travail de nos membres. Un autre domaine d'avancée majeure au cours de la dernière année est le travail du Groupe de travail sur la santé planétaire, qui devrait aboutir à une trousse d'outils sur la santé planétaire pour nos membres.

Pour l'année à venir, je suis ravie de continuer à travailler avec vous pour soutenir notre communauté dans les efforts que nous accomplissons en matière de soins cliniques, de recherche et d'éducation. Ce travail n'est pas possible sans l'appui de nos membres. Comme le dit le proverbe, l'union fait la force. J'espère que nous pourrions augmenter le nombre de nos membres afin de vraiment représenter l'éventail des rhumatologues du pays. Plus nous sommes inclusifs envers les rhumatologues du pays, mieux nous pouvons nous soutenir mutuellement et assurer la santé de notre profession pour les années à venir.



Je me réjouis de vous accueillir à Halifax pour notre assemblée scientifique annuelle qui se tiendra pour la première fois à la mi-avril de l'année prochaine! Je suis convaincue que vous apprécierez la culture et l'hospitalité de la côte Est autant que nous aimons les partager avec vous!

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

Le Grand débat 2025 : proposition de faire de l'échographie musculosquelettique une composante obligatoire du programme de formation en rhumatologie

Par Volodko Bakowsky, M.D., au nom de Julie Brooks, BPT; Brian Feldman, M.D., M. Sc.; Carol Hitchon, M.D., B. Sc., M. Sc.; et Michael Stein, M.D.

L'échographie musculosquelettique au point de soins (MSK POCUS pour *musculoskeletal point of care ultrasound*) devient un examen auxiliaire courant dans les cabinets de rhumatologie au Canada. Par conséquent, cette année, le Grand débat de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR a abordé la question de savoir si la formation en échographie musculosquelettique devrait être obligatoire pour tous les programmes de formation postdoctorale au pays.

Julia Brooks et le Dr Michael Stein ont plaidé en faveur de la motion

Ils ont fait valoir que l'échographie musculosquelettique améliore la précision du diagnostic, les soins aux patients et favorise une surveillance plus précise de l'activité de la maladie et de la réponse au traitement. Ils ont souligné qu'elle est devenue un outil essentiel dans la pratique moderne de la rhumatologie et qu'une formation normalisée assurerait une utilisation uniforme et sûre chez tous les praticiens. Lors d'un sondage auprès des stagiaires et des directeurs de programme en rhumatologie des États-Unis et du Canada, la grande majorité d'entre eux sont en faveur de l'inclusion du POCUS musculosquelettique dans leur programme d'études.

Au contraire, les docteurs Brian Feldman et Carol Hitchon se sont opposés à la motion

Ils ont répliqué que même si l'échographie musculosquelettique peut avoir une utilité dans certaines situations, rendre la formation obligatoire peut ne pas être pratique ou nécessaire pour tous les stagiaires en rhumatologie. Des préoccupations ont été soulevées concernant les limites des ressources de formation, le coût extrêmement élevé de la technologie et, surtout, les contraintes de temps dans des programmes déjà très chargés. Ils ont plaidé en faveur de la flexibilité et de l'appréciation individuelle ou institutionnelle.

En conclusion, bien qu'il y ait eu consensus sur l'utilité de l'échographie musculosquelettique, le débat

reposait sur la question de savoir si la formation devrait vraiment être obligatoire à ce stade de l'évolution de la rhumatologie, ou si la flexibilité devrait être maintenue.

Les grands débats semblent toujours se terminer trop tôt, et cette année n'a pas fait exception. Les nombreux votes des participants ont temporairement bloqué l'application d'évaluation, de sorte que le vote s'est déroulé par le biais de l'applaudimètre du public. Les décibels de bruit de l'auditoire étaient en faveur de l'équipe contre et, par conséquent, la motion a été rejetée. Lorsque le logiciel a finalement fonctionné à nouveau, le vote était de 51,6 % contre et 48,4 % pour, ce qui indique à quel point le débat était serré.

Ce qui n'a pas été rejeté, c'est la popularité de l'événement qui a été l'un des moments forts de l'assemblée de la SCR. Les participants ont écouté, appris, ri et aimé ce qu'ils ont vu.

*Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC
Directeur et chef, Division intérimaire
Professeur agrégé, Division de rhumatologie,
Département de médecine, Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)*



L'équipe du **Grand débat** (de gauche à droite) : Volodko Bakowsky (président), Julia Brooks, Brian Feldman, Michael Stein et Carol Hitchon.

Rhumato-Jeopardy! 2025

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

Cette édition de Rhumato-Jeopardy! a été présentée en séance plénière à l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) 2025 de la SCR à Calgary pour la 10^e année consécutive, cette fois à un nouvel horaire avant la réception d'ouverture du mercredi soir. J'ai animé l'événement depuis le centre de conférence ultramoderne TELUS. L'événement de 2025 était uniquement en direct, et tous les participants ont répondu aux questions. L'intégration transparente des questions dans l'application PheedLoopGo! fournie par les équipes de BBBlanc et MKEM a permis d'éviter tout problème technique. Après la victoire de l'équipe de l'Est par 12 000 points contre 6 916 points lors de l'édition 2024, le capitaine gagnant de l'Est, le Dr Timothy Kwok de Toronto, a assumé les fonctions de président et de marqueur. Nous avons maintenu le format Est contre Ouest, Toronto étant la ligne de démarcation cette année. Nos capitaines d'équipe étaient la Dr^e Elizabeth Hazel, rhumatologue et ancienne athlète olympique de Montréal et la Dr^e Audrea Chen, rhumatologue pédiatrique d'Edmonton, toutes deux membres du comité du programme de l'ASA de la SCR. La Dr^e Chen portait un chandail des Oilers d'Edmonton tandis que la Dr^e Hazel portait un chandail des Victoires de Montréal pour promouvoir la nouvelle Ligue professionnelle de hockey féminin (LPHF).

Comme d'habitude, seuls les membres de l'équipe dont la capitaine avait choisi une question pouvaient choisir la réponse. Aucune des capitaines d'équipe n'a exercé son droit de veto sur la réponse de son équipe. Les capitaines d'équipe ont choisi les mises de la question finale du jeu et y ont répondu seules.

La séance a de nouveau attiré un large public enthousiaste, dont des rhumatologues, des stagiaires, des professionnels de la santé, des représentants du secteur et des patients. La question de pratique portait sur une exoplanète récemment découverte avec une atmosphère, qui partageait un nom avec l'un des commanditaires de l'industrie de l'ASA 2025 de la SCR. La bonne réponse était la planète Janssen.

Quinze questions ont été sélectionnées dans le jeu principal. Les catégories portaient sur l'arthrose et la rhumatologie pédiatrique (plusieurs questions de cette catégorie ont été sélectionnées par la Dr^e Chen, mais elle est tombée sur les questions concernant l'arthrose, alors qu'elle espérait avoir les questions pédiatriques), les lignes directrices, les anciens médicaments et nouvelles astuces, les diagnostics d'un simple coup d'œil, le méli-mélo et une combinaison de questions liées au *Journal of Rheumatology* et à la SCR.

Le degré de difficulté des questions était élevé, mais les deux équipes se sont bien débrouillées, répondant correctement à la plupart des questions. Comme d'habitude, les questions à 800 et 1 000 \$ ont été les plus souvent choisies. Les questions sélectionnées comprenaient celles liées à la rémission booléenne ACR-EULAR, à la maladie du greffon contre l'hôte, à la voie de signalisation HIPPO dans le lupus cutané et à la ligne directrice de la SCR associée à l'arthrite juvénile idiopathique (AJI). Les participants ont correctement déterminé les offres du programme de scribes intelligents de la SCR, les cauchemars comme symptôme



Le Dr Philip Baer, entouré de la Dr^e Elizabeth Hazel (capitaine de l'équipe Est), du Dr Timothy Kwok (président) et de la Dr^e Audrea Chen (capitaine de l'équipe Ouest).

du lupus du SNC et les chiens comme étant meilleurs pour la qualité de vie que les chats chez les patients atteints de maladies rhumatismales. Parmi les questions qui ont laissé perplexes les équipes, mentionnons les traits de personnalité des rhumatologues identifiés dans l'étude TRUMP-2 dans le LES, les résultats d'une étude sur les mitaines chauffantes pour l'arthrose de la main (aucun avantage), une question de diagnostic à vue sur les rhumatismes fibroblastiques et les avantages potentiels de la thérapie par la lumière verte dans l'arthrose (une des 10 principales conclusions de recherche de la Société canadienne de l'arthrite de 2024). Les participants savaient également quelles trithérapies étaient recommandées dans les nouvelles lignes directrices de la SCR sur la néphrite lupique.

L'une des questions « Anciens médicaments, nouvelles astuces » portait sur le tofacitinib pour le traitement du myxœdème prétilibial dans l'hyperthyroïdie. Le public a estimé que le tofacitinib n'était pas un vieux médicament, bien qu'il ait été approuvé pour la première fois par la FDA en 2012 et Santé Canada en 2014. Dorénavant, cette catégorie sera renommée « Médicaments familiers, nouvelles astuces ».

À la fin du tour principal de Jeopardy, l'Est menait avec 3 800 points contre 3400 pour l'Ouest. La dernière catégorie était « Lauréat(e)s du Prix mondial de rhumatologie ». La question consistait à identifier lequel des six principaux organismes internationaux décernant des prix comptait le pourcentage le plus élevé de femmes lauréates. Les choix comprenaient l'ACR, l'EULAR, la PANLAR et l'APLAR. La bonne réponse était l'EULAR, avec 31 % de femmes lauréates entre 1972 et 2023. La diagonale de réponse a également révélé que l'ACR a décerné le plus de prix, suivi de la PANLAR et de l'EULAR. Le pourcentage de lauréates est passé de 12,5 % avant 1990 à 36 % à partir de 2021.

L'équipe de l'Est et l'équipe de l'Ouest ont choisi de tout miser sur la question finale. Malheureusement, les deux capitaines d'équipe ont mal répondu, choisissant la PANLAR. Cela a laissé les deux équipes à égalité avec un score final de zéro. Cela signifie que nous ne savons pas qui présidera Rhumato-Jeopardy! en avril 2026 à Halifax si le Comité scientifique de l'ASA nous accorde une place à l'ordre du jour pour une onzième année. Je prépare déjà une banque de questions si nous sommes de nouveau au programme pour une autre saison.

Merci à tous ceux qui ont participé à la séance Rhumato-Jeopardy! et un merci tout particulier à la Dr^e Shelly Dunne, ma collègue à Toronto, qui a pris des photos et suivi les questions que nous avons utilisées en 2025 pour nous assurer qu'elles ne réapparaissent pas dans les prochaines éditions de Rhumato-Jeopardy!

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

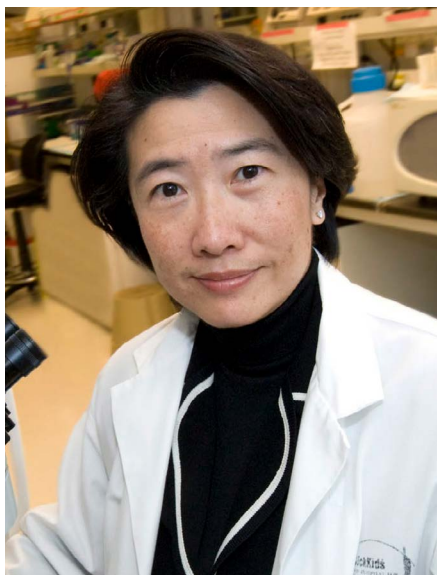
Prix du rhumatologue émérite de la SCR : la D^{re} Rae S. M. Yeung

Pourquoi êtes-vous devenue rhumatologue? Qu'est-ce qui vous a influencée dans votre choix?

Ma décision de devenir rhumatologue a été façonnée par ma formation doctorale en immunologie, où j'ai acquis une profonde appréciation de la complexité du système immunitaire. Je souhaitais utiliser ces connaissances dans une spécialité clinique où elles pourraient exercer une influence directe et significative sur les soins aux patients. La rhumatologie était le choix logique. J'ai également été inspirée par d'excellents cliniciens qui étaient des rhumatologues, ceux qui s'occupaient de la personne dans son ensemble, pas seulement d'un organe ou d'un symptôme isolé. Leur approche holistique et leur dévouement inébranlable à comprendre les problèmes cliniques complexes ont vraiment résonné en moi et sont devenus un principe directeur dans ma carrière.

Vous êtes professeure de pédiatrie, d'immunologie et de sciences médicales à l'Université de Toronto, ainsi que médecin et chercheuse principale à The Hospital for Sick Children. Le thème central de vos recherches est la médecine de précision dans le domaine de l'arthrite infantile et des maladies rhumatismales. Vous combinez le phénotype et la biologie pour comprendre les mécanismes qui régissent l'auto-immunité afin de poursuivre la découverte d'outils cellulaires et moléculaires permettant d'améliorer le diagnostic, le traitement, les résultats et la prévention des maladies. Ce programme intégré se reflète dans des activités cliniques, de recherche et d'enseignement liées entre elles et reconnues à l'échelle internationale. Votre objectif est de transformer le traitement des enfants atteints en définissant les causes biologiques sous-jacentes de leurs maladies afin de développer, à terme, une approche de médecine de précision pour améliorer les résultats.

Pour atteindre cet objectif, vous avez établi de nombreux partenariats dans le domaine clinique et de la recherche afin d'améliorer les soins et d'offrir aux enfants une expérience intégrée avec une équipe multidisciplinaire qui leur fournit des soins continus et la possibilité de participer de manière transparente à la recherche. Vous avez étendu vos partenariats et mis en place des plateformes et des consortiums de recherche translationnelle, en tant que fondateur et directeur scientifique de réseaux de recherche translationnelle locaux, nationaux et internationaux qui complètent directement les soins cliniques.



a) Pouvez-vous nous en dire plus sur vos recherches?

Le thème central de mon programme de recherche est la médecine de précision dans les domaines de l'arthrite et des maladies rhumatismales infantiles, en particulier l'arthrite et la vascularite. Prendre des décisions précises signifie disposer d'une boule de cristal et être en mesure de prédire qui a besoin d'un traitement, quand, pendant combien de temps et avec quel médicament. Mon programme de recherche utilise la technologie génomique associée à l'apprentissage automatique et à l'intelligence artificielle pour nous aider à recueillir des données et à synthétiser les preuves nécessaires pour guider ces décisions.

b) Pouvez-vous nous parler de certains partenariats de recherche?

L'UCAN est un exemple de partenariat de recherche dans le domaine de l'arthrite infantile. J'ai créé l'UCAN (Understanding Childhood Arthritis Network), une fédération de réseaux de recherche représentant plus de 50 pays, dont je suis la directrice scientifique, et j'ai développé des bonnes pratiques pour garantir une recherche translationnelle de haute qualité, renforcer les collaborations et améliorer l'efficacité de la recherche. Le cadre et l'infrastructure de l'UCAN ont été un tremplin pour la réussite de projets de recherche collaboratifs et de publications conjointes, avec une efficacité accrue et une valeur ajoutée pour la recherche. Nous avons lancé des centres régionaux à Utrecht, Toronto et Singapour. Les efforts fondamentaux tels que les procédures opérationnelles standard, une plateforme intégrée de médecine génomique, des outils de transformation des soins, des cadres pour les partenariats nationaux et l'analyse comparative des incidences sociétales établis par l'UCAN ont été utilisés comme modèles pour d'autres maladies chroniques et inflammatoires de l'enfance, y compris les affections associées à la COVID-19.

La collaboration internationale au sein de l'UCAN a abouti à la Déclaration de Londres de 2016, dans laquelle les dirigeants de tous les principaux réseaux de recherche en rhumatologie pédiatrique ont signé un accord visant à « améliorer les soins et, à terme, guérir les troubles rhumatismaux infantiles grâce à une collaboration mondiale ». La biobanque CARD du SickKids est la plaque tournante canadienne de l'UCAN. L'UCAN est désormais soutenu par des organismes subventionnaires au Canada et dans le monde entier, grâce à des subventions d'équipe à grande échelle financées par les IRSC, Génome Canada, la Société de l'arthrite, ZonMw (Pays-Bas), ReumaNederlands, les programmes de financement EU-E-Rare et EU-Precision-Medicine et Horizon 2020.



La D^{re} Rae S. M. Yeung reçoit son prix des mains de la présidente de la SCR, la D^{re} Trudy Taylor, lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR qui s'est tenue à Calgary en février 2025.

Quel est le plus grand défi professionnel et organisationnel auquel vous avez été confronté et comment l'avez-vous relevé/surmonté?

Réunir des talents exceptionnels et des esprits brillants pour qu'ils réfléchissent et agissent comme une seule et même équipe est un défi de taille. La définition d'objectifs communs et la valorisation des contributions de chacun ont permis de nouer des amitiés profondes et durables qui ont permis de surmonter ce défi.

Vous et votre équipe avez utilisé des techniques de pointe, y compris des modèles cellulaires et animaux associés à des approches multi-omiques et d'apprentissage automatique afin de définir les voies biologiques responsables de la maladie. Vos travaux ont permis de mieux comprendre l'étiologie et la pathogenèse de la maladie et, surtout, ont modifié la pratique clinique. Les connaissances générées par les modèles de maladie ont été transposées au chevet des patients, ce qui a permis de mieux comprendre la pathobiologie de la maladie, d'identifier des biomarqueurs, de mener des essais cliniques et de proposer une nouvelle taxonomie de la maladie intégrant les données cliniques et génomiques, ainsi que des directives cliniques améliorées pour la prise en charge des enfants atteints. Pouvez-vous nous en dire plus sur vos recherches, vos conclusions et leurs implications?

Pour approfondir les points abordés ci-dessus, certains des résultats de recherche les plus intéressants ont permis d'identifier de bons prédicteurs des problèmes décrits ci-dessus, une sorte de boule de cristal. Il est désormais possible de repérer les enfants atteints d'arthrite qui présentent un risque élevé de mauvais résultats et ceux qui n'en présentent pas (prédiction de l'évolution de la maladie). Il est également possible de prédire qui répondra à quel médicament (prédicteurs de la réponse au traitement) et quand nous pouvons arrêter un médicament (prédicteurs de la réussite de la déprescription).

Nous avons également identifié de nouvelles cibles thérapeutiques et de nouveaux mécanismes pathologiques dans la maladie de Kawasaki, ce qui a conduit à la mise au point de nouveaux traitements pour les enfants atteints.

Selon vous, quels seront les défis que les rhumatologues canadiens devront affronter dans l'avenir, et qu'est-ce que la SCR et eux peuvent faire pour les surmonter?

C'est une période incroyable pour être rhumatologue avec tant de nouveaux outils pour nous aider à comprendre et à traiter les maladies. Nous avons une croissance exponentielle des technologies en génomique et en apprentissage automatique, en partenariat avec de nombreux nouveaux médicaments puissants ciblant les voies biologiques responsables de la maladie. Pour naviguer dans la complexité toujours croissante des progrès biologiques et médicaux, il faudra une approche stratégique. En favorisant la collaboration interdisciplinaire, en tirant parti des outils d'intelligence artificielle et en nous engageant dans la formation continue, nous pouvons utiliser les grandes quantités de données au profit de nos patients et guider la façon de prendre des décisions rationnelles pour améliorer les soins.

Compte tenu de l'actualité et des difficultés persistantes pour obtenir des financements pour la recherche, dans quelle mesure les réseaux de recherche internationaux font-ils preuve de résilience?

Ils font preuve d'une très grande résilience. Je considère que les réseaux de recherche internationaux, avec leurs partenariats solides et leur approche scientifique collaborative, constituent des fondements essentiels et la voie à suivre pour surmonter ces difficultés. L'union fait la force.

Quelle est la réalisation professionnelle dont vous êtes la plus fière à ce jour?

Ma famille universitaire. Je suis très fière des personnes (mes stagiaires/mentorés) et des programmes (nos équipes à l'UCAN et de la KD) que nous avons mis en place ensemble.

Selon vous, quelles sont les qualités d'une rhumatologue émérite?

Il y a tellement de façons différentes de définir cela et toutes sont pertinentes, comme le souligne le prix de la SCR.

Quelles sont vos autres passions en dehors de la rhumatologie?

Passer du temps avec mes amis et ma famille.

Vous êtes coincée sur une île déserte.

Quel livre aimeriez-vous avoir à portée de main?
La Bible.

Quel est votre plat ou votre cuisine préféré(e)?

J'apprécie tous les types de cuisine, à condition qu'elle soit bonne.

On vous offre un billet d'avion pour la destination de votre choix. Où aimeriez-vous aller?

Quelque part où je ne suis jamais allée auparavant.

Rae S. M. Yeung, M.D., Ph. D., FRCPC

*Professeure de pédiatrie, d'immunologie et de sciences médicales,
Université de Toronto
Chercheuse principale et rhumatologue,
The Hospital for Sick Children,
Toronto (Ontario)*

Prix du chercheur émergent de la SCR : la D^{re} May Choi

Vous êtes rhumatologue et clinicienne-chercheuse à la Faculté de médecine Cumming de l'Université de Calgary. Vos recherches portent sur la découverte et la validation de biomarqueurs pour prédire les résultats cliniques dans le cas des maladies rhumatismales auto-immunes, et sur la prévention des maladies auto-immunes et de leurs complications. Vous dirigez un laboratoire de recherche en immunologie (Intelligence artificielle et diagnostic de maladie auto-immune ou AI.Dx) et une biobanque pour des collaborateurs locaux, nationaux et internationaux.



Pouvez-vous nous en dire plus sur vos recherches et leurs implications?

Je crois que c'est une période vraiment passionnante pour être dans le domaine de la rhumatologie. Il y a encore beaucoup à découvrir sur ces maladies et il existe de nombreuses possibilités d'améliorer les soins aux patients. Grâce à mes recherches, j'espère contribuer à un diagnostic plus précoce et plus précis, ce qui améliorera les résultats pour les patients. Je m'intéresse également particulièrement à l'exploration de stratégies pour prévenir l'apparition de maladies auto-immunes, ce qui implique l'identification de marqueurs qui peuvent aider à identifier les personnes à risque élevé.

Pouvez-vous décrire quelques-uns des résultats les plus significatifs obtenus dans ce domaine de recherche?

Une avancée récente dans ce domaine est l'intégration de l'intelligence artificielle, qui, à mon avis, deviendra de plus en plus centrale dans l'analyse des biomarqueurs et dans l'avancement de la rhumatologie dans son ensemble.

Vous avez bénéficié de plusieurs subventions pour le développement de carrière, notamment le prix Gary S. Gilkeson Career Development Award de la Lupus Foundation of America et le prix Stars Career Development Award de la Société de l'arthrite. Vous avez également reçu une subvention de projet des Instituts de recherche en santé du Canada et le prix John R. Evans Leaders Award de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) au cours de votre première et deuxième année au sein du corps professoral, respectivement.

Au total, vous avez été nommée chercheuse principale ou co-chercheuse dans le cadre de 31 projets subventionnés évalués par des pairs, pour un montant total de plus de 12,9 millions de dollars.

À ce jour, vous avez publié 87 articles évalués par des pairs et 4 chapitres de livres, avec un indice h de 23 et 1 640 citations. Vous avez supervisé et encadré 22 stagiaires à toutes les étapes de leur développement professionnel. Parmi vos récompenses les plus récentes, citons le prestigieux prix Mary Betty Stevens Young Investigator 2023 de la Lupus Foundation of America, le prix Top 40 Under 40 2023 du Calgary Avenue Magazine, ainsi que les prix Future Leader 2023 et Young Investigator 2023 de l'Association of Medical Laboratory Immunologists.

Quelle est la réalisation professionnelle dont vous êtes la plus fière à ce jour?

La constitution de mon équipe de recherche et les réalisations de mes étudiants.

Quels sont les moments forts et les défis que vous avez rencontrés jusqu'à présent dans votre carrière?

Comment avez-vous surmonté ces défis?

Moments forts : pouvoir travailler avec mon équipe, mes collaborateurs, des organisations de défense des droits et mes mentors. Défis : l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. J'y travaille encore.

Que conseilleriez-vous aux personnes qui souhaitent poursuivre une carrière en rhumatologie et dans la recherche? Avez-vous eu des mentors déterminants qui vous ont aidé dans votre parcours professionnel? Si oui, quels enseignements clés avez-vous tirés de leur expérience? Comment vous assurez-vous d'être immédiatement opérationnelle lorsque vous passez de la formation à la recherche indépendante?

J'ai eu la chance d'avoir des mentors exceptionnels tout au long de ma carrière, notamment les docteurs Marvin Fritzler, Ann Clarke et Karen Costenbader. Leur soutien et leurs conseils ont été inestimables et ont façonné mon parcours de recherche. Un conseil que je donnerais est de rester ouvert à la formation continue et de rechercher activement des occasions d'élargir son expertise et ses perspectives. Il faut encourager la collaboration et ne jamais oublier d'exprimer sa gratitude à ceux qui vous ont soutenu tout au long de votre parcours. Je suis particulièrement reconnaissante à mon institution de m'avoir permis de suivre une formation complémentaire à Boston et d'obtenir un diplôme en épidémiologie, deux éléments qui ont considérablement renforcé mes compétences en tant que chercheuse.



La D^{re} May Choi reçoit son prix des mains de la présidente de la SCR, la D^{re} Trudy Taylor, lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR à Calgary, qui s'est tenue en février 2025.

Si vous ne meniez pas une carrière en recherche, que feriez-vous?

Je ferais partie d'un groupe de musique.

Si vos journées comptaient une heure de plus, comment l'utiliserez-vous?

J'apprendrais à cuisiner.

Quel est votre plat ou votre cuisine préféré(e)?

Sans hésiter, la cuisine de ma mère.

Quelle est votre destination de vacances de rêve?

Tout endroit où je peux faire la grasse matinée.

Combien de tasses de café ou de thé vous faut-il pour passer une journée productive?

Au moins deux. Une seule s'il s'agit d'un café vietnamien.

May Y. Choi, M.D., MPH, FRCPC

Professeure agrégée,

Cumming School of Medicine

Université de Calgary,

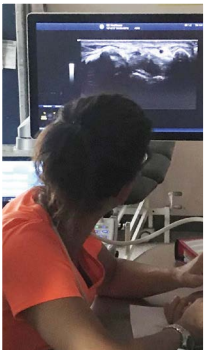
Services de santé de l'Alberta

Calgary (Alberta)

15^e COURS DE BASE ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE D'ÉCHOGRAPHIE RHUMATOLOGIQUE



- Réunion de formation en personne axée sur les bases de l'échographie musculo-squelettique
- Développer des compétences pour identifier les modèles sonographiques des différents tissus et articulations MSK
- Apprendre à scanner l'anatomie normale et la pathologie, y compris l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite séronégative, la goutte, l'arthropathie au pyrophosphate de calcium, le conflit du nerf médian et d'autres pathologies régionales de la musculature et de l'appareil locomoteur



Dates du cours :

18-19 octobre, 2025
28-29 mars, 2026

Lieu :

Toronto, Canada
(Women's College Hospital)

Les deux week ends :

\$ 3499 non membres de l'ARC

\$ 2999 Membres de l'ARC

\$ 1999 Stagiaires

Faits saillants :

Deux week-ends de révision de l'anatomie en personne, de conférences et de séances de questions-réponses en direct

Envoi bihebdomadaire d'images d'échographie et examen personnalisé par des échographistes experts

Se concentrer sur les principales articulations

Week-end 1 : Main, poignet, cheville, pieds

Week-end 2 : Epaule, coude, hanche, genou

Programme de FMC accrédité :

- Section 1 Apprentissage en groupe
- Section 3 Retour d'information et amélioration

Le certificat de base de niveau 1 est proposé (les critères et les exigences seront fournis lors de la formation).

► Réservez votre place dès aujourd'hui !

Veuillez contacter info@ecrus.ca pour plus d'informations ou visiter le site de la CRUS <https://crus-surc.ca/courses> pour vous inscrire.

Conditions requises pour le cours : Accès à un appareil d'échographie doté d'une fonction Doppler. Aucune connaissance préalable de l'échographie MSK n'est requise.

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

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

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

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

Conditions d'utilisation clinique :

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

Mises en garde et précautions pertinentes :

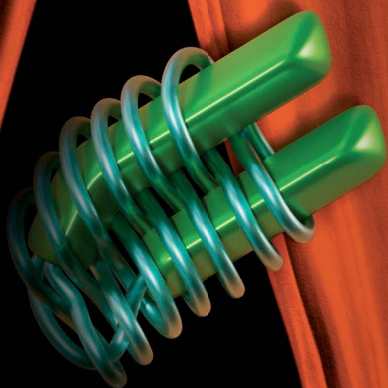
- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Réactions d'hypersensibilité graves
- Vaccination
- Infections, y compris la tuberculose
- Femmes enceintes ou qui allaitent
- Femmes en mesure de procréer

Pour de plus amples renseignements :

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

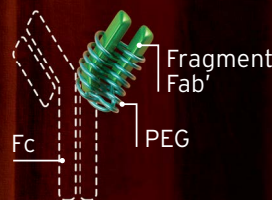
* La signification clinique comparative est inconnue.

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



Le fragment Fab' seulement

CIMZIA® - un fragment d'anticorps **pegylé** - est le seul anti-TNF α 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; TNF α : 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=fr>. Consulté le 9 janvier 2025.

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.



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

CA-CZ-2500021F


cimzia[®]
(certolizumab pegol)

Prix du chercheur émérite de la SCR : la D^{re} Joan Wither

Quelle a été votre première pensée lorsque vous avez appris que vous remportiez ce prix?
J'étais heureuse et honorée.

Vous êtes professeure aux départements de médecine et d'immunologie de l'Université de Toronto et chercheuse principale au Schroeder Arthritis Institute du Krembil Research Institute. Vous êtes également rhumatologue au University Health Network, où vous occupez le poste de directrice du STAT (évaluation urgente) et des cliniques de maladies rhumatismales auto-immunes précoces

Pourquoi êtes-vous devenue rhumatologue? Qu'est-ce qui vous a influencée dans ce choix?

Lorsque j'étudiais la médecine à l'Université de l'Alberta, j'ai découvert l'immunologie (lorsque la discipline n'en était qu'à ses balbutiements) et je me suis intéressée au système immunitaire. Cela m'a amenée à choisir l'immunologie aux National Institutes of Health. J'y ai travaillé dans plusieurs services cliniques en rotation, dont le service de la rhumatologie où je me souviens avoir vu des patients atteints de lupus et le service d'immunologie dirigé par Tony Fauci où l'on étudiait les patients atteints de maladies granulomateuses comme la GPA. Dans le cadre de cette spécialisation, nous avons pu assister à des conférences données par plusieurs immunologues de renommée mondiale, dont certains ont plus tard reçu un prix Nobel. J'ai développé une fascination pour les anomalies immunitaires qui engendrent des maladies, en particulier la maladie rhumatismale. Lorsque j'ai déménagé à Toronto pour faire ma résidence en médecine interne, l'un de mes premiers choix de spécialisation était la rhumatologie, mais je n'y ai malheureusement vu pratiquement aucun patient qui souffrait d'une maladie systémique, car la plupart d'entre eux souffraient d'arthrose et de rhumatisme des tissus mous. J'ai ainsi presque changé d'avis et je me suis retrouvée en gastro-entérologie, mais j'ai finalement été convaincue de postuler en rhumatologie (ce que je n'ai jamais regretté!).

Selon vous, quelles sont les qualités d'un chercheur et rhumatologue émérite?

Une nature curieuse – On doit toujours vouloir comprendre le pourquoi ou savoir comment fonctionnent les choses, et avoir la passion nécessaire pour résoudre les casse-tête. De la persévérance et une bonne résistance – Lorsque vous faites des travaux expérimentaux, souvent les choses ne fonctionnent pas du pre-



mier coup et doivent être résolues. Et cela vient avec de nombreux rejets! Les demandes de subvention sont plus susceptibles d'être rejetées que d'être acceptées. Les soumissions manuscrites sont souvent rejetées au début, ou à tout le moins, elles doivent être révisées. Cela exige en définitive de l'humilité.

Votre programme de recherche translationnelle se concentre sur les maladies rhumatismales auto-immunes systémiques (MRAS), notamment le lupus érythémateux disséminé (LED), la maladie de Sjögren et la sclérose systémique. Quels sont les objectifs de ce programme ?

Les MRAS ont souvent déjà causé des dommages irréversibles aux organes lors du diagnostic. Bien que les anticorps antinucléaires (AAN) soient présents des années avant l'apparition de la maladie, ils ne peuvent pas être utilisés pour prédire avec précision le développement de la maladie parce qu'on les trouve également chez de nombreuses personnes en bonne santé, dont la majorité ne développeront pas de MRAS. Un traitement précoce pourrait prévenir une grande partie des dommages aux organes lors du diagnostic de MRAS. À l'heure actuelle, les connaissances sur les changements immunologiques qui distinguent les individus qui ont des anticorps antinucléaires positifs de ceux atteints de MRAS et distinguent les individus qui développeront

la maladie de ceux qui ne la développeront pas, sont insuffisantes pour déterminer les personnes à haut risque de développer une maladie et quelles voies immunitaires devraient être ciblées. (Nos objectifs sont de répondre à ces questions et de combler cette lacune en matière de connaissances.)

Pour répondre à ces questions, j'ai créé la clinique des maladies rhumatismales auto-immunes précoces, dans laquelle les personnes AAN+ qui ne remplissent pas ou insuffisamment les critères cliniques pour un diagnostic de MRAS (ANA+NS) font l'objet d'un suivi longitudinal, avec un prélèvement sanguin pour la biobanque au début de l'étude, puis chaque année (ou plus tôt si de nouveaux symptômes apparaissent). À ce jour, près de 400 sujets ont été recrutés, dont environ les deux tiers ont des AAN+ sans diagnostic de MRAS, 15 % d'entre elles présentant une progression clinique lors du suivi. Grâce à cette cohorte unique, mon laboratoire a fait des percées importantes dans la compréhension des processus immunologiques qui mènent au développement d'AAN+, favorisent la progression et distinguent les patients AAN+ sans MRAS des patients atteints de MRAS précoce non traités. Plus précisément, nous avons montré que de nombreuses caractéristiques immunologiques considérées comme spécifiques aux MRAS, telles qu'une augmentation des proportions de cellules qui sécrètent des anticorps et les lymphocytes T qui les soutiennent, sont également observées chez les patients qui ont des AAN+NS, ce qui suggère qu'ils sont associés à la production d'auto-anticorps. Chez les patients qui ont des AAN+NS, l'auto-immunité symptomatique semble contrôlée par une expansion des cellules T régulatrices, alors que dans les cas de MRAS, cette expansion s'atténue et s'accompagne d'augmentations de sous-ensembles immunitaires T pro-inflammatoires (Th2 et Th17) et innés (CD14+ mDC et monocytes intermédiaires).

Votre laboratoire a produit un grand nombre de travaux analysant les bases génétiques de la maladie chez des souches de souris atteintes de lupus, qui ont fourni une base conceptuelle pour notre compréhension de la pathogenèse du LED chez l'homme. Vous avez également contribué aux efforts internationaux des Genomewide association studies (GWAS) et d'ImmunoChip qui ont conduit à l'identification de nouveaux loci de risque génétique dans le LED. Plus récemment, vos travaux ont permis de mieux comprendre comment les interférons perturbent la fonction immunitaire pour favoriser le développement des MRAS et influencer l'évolution de la maladie dans le LED. Grâce à la création d'une nouvelle cohorte d'individus présentant des anticorps antinucléaires suivis de manière longitudinale, vous avez identifié des biomarqueurs associés à un risque accru de développement de maladies auto-immunes chroniques et commencé à élucider les événements immunologiques qui entraînent la transition d'une auto-immunité asymptomatique à la maladie. Enfin, vos recherches ont permis d'identifier de nouveaux biomarqueurs permettant la stratification des patients atteints de néphrite lupique

en fonction de leur réponse au traitement et de l'évolution rénale à long terme.

Pouvez-vous nous en dire plus sur vos recherches sur le LED et leurs principales conclusions?

Définition du rôle des interférons (IFN) dans les MRAS. Des niveaux élevés d'expression génique induite par les IFN sont une caractéristique des MRAS, en particulier du LED, et mon laboratoire a fourni plusieurs informations clés sur le rôle des IFN dans ces affections. Nous avons été les premiers à démontrer de manière concluante que les niveaux d'expression génique induite par les IFN dans le sang sont relativement stables malgré les fluctuations de l'activité de la maladie dans le LED et ne peuvent donc pas être utilisés pour prédire les poussées imminentes. Nous avons plutôt montré que des niveaux élevés d'expression génique induite par les IFN prédisent une évolution plus grave de la maladie nécessitant un traitement plus agressif. Nous avons également exploré les mécanismes immunitaires par lesquels l'IFN exacerbe la maladie. Nous avons montré que les niveaux sériques d'IFN dans le LED sont suffisants pour perturber la fonction des lymphocytes B, ce qui entraîne une activation accrue des lymphocytes B après la liaison du récepteur des lymphocytes B. À l'aide d'un nouveau modèle murin doté d'un répertoire de lymphocytes B enrichi en réactivité à l'ADN double brin, auquel on a injecté un adénovirus produisant de l'IFN, ainsi que d'un *knock-out* spécifique des lymphocytes B pour le récepteur de l'IFN α , nous avons montré que l'IFN agit directement sur les lymphocytes B pour perturber leur fonction, surmontant ainsi les multiples mécanismes de tolérance des lymphocytes B, ce qui entraîne la production d'auto-anticorps. Collectivement, ces études indiquent l'importance de l'IFN en tant que cible thérapeutique dans le LED, ce qui est corroboré par les récents essais concluants de l'anifrolumab, un anticorps monoclonal anti-récepteur de type 1 de l'IFN, dans le LED.

Développement d'outils visant à améliorer les résultats thérapeutiques dans le traitement de la néphrite lupique. En tant que co-instigatrice de LuNNET, une collaboration entre rhumatologues, néphrologues et pathologistes visant à étudier les maladies rénales dans le cas du LED, j'étais chargée de créer une vaste biobanque d'échantillons d'ADN, de sérum, d'ARN et d'urine provenant de patients atteints de LED avec ou sans néphrite suivis de manière longitudinale. L'un des points forts de cette biobanque était qu'elle comptait environ 100 patients dont l'échantillon de référence avait été prélevé au moment d'une biopsie rénale. Cette ressource inestimable a attiré des financements des IRSC, de l'industrie et du public américain (Alliance for Lupus Research) et a conduit à l'identification de nouveaux biomarqueurs moléculaires, sérologiques et urinaires pour la néphrite, ce qui a donné lieu à une demande de brevet. Nous avons récemment démontré l'utilité de ces biomarqueurs urinaires pour surveiller et prédire les réponses au traitement et nous travaillons actuellement à leur développement en tant que test clinique. Dans le cadre d'expériences en cours, nous cher-

Entrevue avec la D^{re} Joan Wither – Prix du chercheur émérite

(suite)



La D^{re} Joan Wither recevant son prix des mains de la présidente de la SCR, la D^{re} Trudy Taylor, lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR à Calgary, qui s'est tenue en février 2025.

chons à stratifier les patients en fonction des résultats rénaux à long terme au moment de la poussée rénale. À cette fin, nous examinons la capacité des niveaux d'expression génique induits par l'IFN dans les biopsies rénales (mesurés par cytométrie de masse par imagerie à l'aide de notre panel spécifique de protéines induites par l'IFN) et divers marqueurs sérologiques (NET, IFN α) à prédire les réponses au traitement. Cela permettra d'intensifier le traitement chez les patients présentant un risque de mauvais pronostic, améliorant ainsi les résultats à long terme.

Examen des mécanismes immunitaires qui conduisent à des poussées d'activité de la maladie dans le LED. Chez la majorité des patients, le LED est une maladie récidivante et rémittente. À l'heure actuelle, les mécanismes immunitaires qui favorisent/déclenchent les poussées et, à l'inverse, maintiennent la rémission de la maladie sont inconnus. Pour répondre à cette question, des patients atteints de LED ayant récemment connu une poussée (< 1 mois) ou une rémission prolongée (au moins 1 an) ont été recrutés, et leur sang a été prélevé au début de l'étude, puis tous les 6 mois pendant au moins 2 ans. À l'aide de la cytométrie en flux pour réaliser un profilage complet des sous-ensembles immunitaires du sang périphérique, les changements immunitaires chez les patients atteints de LED ont été classés en cinq groupes contenant de manière variable des patients atteints de LED active et quiescente et présentant des phénotypes cliniques distincts. Il est à noter que les patients caractérisés par une augmentation des lymphocytes T auxiliaires périphériques, des lymphocytes B activés et des lymphocytes B associés à l'âge étaient les plus susceptibles de présenter une poussée au début de l'étude,

ainsi que de rester actifs ou de présenter une poussée au cours de l'année suivante s'ils acquéraient ou conservaient ce phénotype lors du suivi. Ces résultats réaffirment l'importance du contrôle de l'activation des cellules B dans la prise en charge du LED, ce qui a été renforcé par les résultats des essais sur les cellules CAR-T CD19, où une déplétion efficace des cellules B a conduit à des rémissions prolongées.

Y a-t-il d'autres domaines d'intérêt sur lesquels vous aimeriez concentrer vos recherches à l'avenir?

Je m'intéresse beaucoup aux causes des poussées de la maladie et je souhaite déterminer si le type de déclencheur joue un rôle dans la définition de l'hétérogénéité des maladies. J'aimerais aussi savoir si nous pouvons manipuler le système immunitaire pour rétablir sa tolérance et prévenir les maladies.

Quelles sont vos autres passions en dehors de la rhumatologie et de l'enseignement médical?

Le golf et le conditionnement physique. Je joue au golf deux à trois fois par semaine en été. Je suis également des cours de conditionnement physique deux fois par semaine tout au long de l'année et je pratique d'autres activités cardiovasculaires/physiques deux à trois fois par semaine.

Trouvez-vous qu'il existe une synergie entre vos recherches et votre travail clinique auprès des patients?

Si oui, pouvez-vous donner des exemples?

Oui, il existe une synergie. Il n'est pas rare que les questions de recherche découlent de problèmes liés à la prise en charge des patients ou de questions soulevées par ces derniers. Par exemple, nous avons mené une étude visant à déterminer si la fatigue chez les personnes AAN+ était associée à des taux élevés de marqueurs inflammatoires et prédisait le développement de la maladie, car les patients me posaient souvent cette question. Nous avons démontré que ce n'était pas le cas, et je peux donc dire à mes patients que nous avons étudié cette question et montré qu'il n'y avait pas de lien avec un risque accru de progression. Nos études sur les biomarqueurs urinaires et sanguins sont nées de la volonté d'améliorer la prise en charge de la néphrite lupique en identifiant précocement les patients qui ne répondent pas au traitement conventionnel, afin de modifier leur traitement et d'améliorer les résultats.

Combien de tasses de café ou de thé vous faut-il pour passer une journée productive?

Je ne bois pas de caféine, donc ce n'est pas un problème pour moi.

Joan Wither, M.D., FRCPC, Ph. D.

Rhumatologue,

Département d'immunologie,

Faculté de médecine, Université de Toronto

Schroeder Arthritis Institute, Krembil Research Institute,

Cumming School of Medicine, Réseau universitaire de santé Toronto (Ontario)

Héros canadiens en rhumatologie : le Dr Robert Inman

Robert D. Inman, MD, est né et a grandi à Toronto. Il a obtenu son diplôme de premier cycle (Eng. Hon.) à l'Université Yale et son diplôme de médecine à l'Université McMaster. Il a effectué son internat en médecine interne à l'Université Vanderbilt et sa spécialisation en rhumatologie à l'Université Cornell, à l'Hospital for Special Surgery de New York. Il a été chercheur à l'hôpital Hammersmith de Londres avant de revenir à un poste de professeur adjoint de médecine à l'Université Cornell. Il a ensuite rejoint l'Université de Toronto, où il a été nommé professeur agrégé et médecin traitant au Toronto Western Hospital. Il a ensuite été promu professeur aux départements de médecine et d'immunologie, et nommé directeur du service de rhumatologie de l'Université de Toronto.

Il est actuellement médecin en chef adjoint (recherche) au Réseau universitaire de la santé et codirecteur du Schroeder Arthritis Institute. Il est coprésident du Centre for Immunology to Immunotherapy (Ci2i) de l'UHN. Il est chercheur principal au Krembil Research Institute (KRI) et membre du conseil de recherche du KRI. Il est codirecteur du programme sur la spondylarthrite à l'Hôpital Toronto Western. Il est cochercheur principal du Consortium canadien de recherche sur la spondylarthrite (SPARCC) et président du comité consultatif médical de l'Association canadienne de spondylarthrite.

Le Dr Inman a reçu le Prix du chercheur émérite (2004) et le prix « Maître » de la SCR, le prix Roger Demers du Congrès lauréat de rhumatologie et le prix du conférencier émérite de la Western Alliance of Rheumatology. Il a également reçu les prix Dunlop-Dottridge Lectureship et M. Ogryzlo Lectureship. Il a été nommé membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé et a reçu la Médaille du jubilé de diamant de la reine. L'Université de Toronto a créé la chaire annuelle Inman en son honneur. Il a été intronisé membre du Collège royal des médecins d'Édimbourg.

Le Dr Inman a occupé plusieurs postes de direction au sein de l'American College of Rheumatology, notamment celui de président de la région Nord-Est de l'ACR et de membre du conseil d'administration de l'ACR. Il a reçu de nombreux prix, notamment le Medical Communicator Award de l'ACR, le Jonas Salk Award de March of Dimes, le Master Award de l'ACR



et le Research Career Achievement Award du Spondyloarthritis Research and Treatment Network (SPARTAN). Il a été vice-président du XXI^e Congrès panaméricain de rhumatologie et président du VIII^e Symposium international sur la spondylarthrite.

Le Dr Inman est membre du comité consultatif médical et scientifique de la Spondylitis Association of America, du comité exécutif de l'International Ankylosing Spondylitis Genetics Consortium et du comité consultatif de l'Assessment of Spondyloarthritis International Society. Il est rédacteur en chef adjoint de *Nature Reviews Rheumatology*.

Les recherches du Dr Inman se sont concentrées sur l'interaction entre l'infection et l'auto-immunité, en exami-

nant initialement l'arthrite réactive clinique et expérimentale. Les études qui explorent actuellement les fondements immunitaires de la spondylarthrite axiale caractérisent les cellules qui interviennent dans l'axe intestin-articulation, l'oligoclonale et la dérégulation des lymphocytes T cytotoxiques, ainsi que le contrôle épigénétique des lymphocytes T régulateurs. Il est l'auteur de plus de 400 publications évaluées par des pairs et coéditeur de l'*Oxford Textbook of Axial Spondyloarthritis*.

Au cours de sa carrière, le Dr Inman considère que l'un des moments forts a été son rôle de superviseur et de mentor auprès d'un grand nombre d'étudiants diplômés et de chercheurs qui ont suivi la formation du programme sur la spondylarthrite au Toronto Western Hospital : « Il a été particulièrement gratifiant de voir nos stagiaires retourner dans leurs universités d'origine à travers le Canada et dans le monde entier et occuper des postes de direction importants. »

Le Dr Inman considère l'avenir de la rhumatologie comme un défi passionnant. L'avènement de l'intelligence artificielle, des dossiers médicaux électroniques, des nouvelles modalités d'imagerie et des nouvelles immunothérapies ciblées signifie que de nouvelles opportunités s'offrent à nous. Face à ce paysage en mutation, il lance le défi suivant à ses collègues membres de SCR :

Rhumatologues!

Quels sont vos rêves communs?

Quelles sont vos aspirations communes?

L'écart salarial entre les genres en rhumatologie

Auteurs : Angela Hu, M.D., FRCPC; Barbara Blumenauer, M.D., FRCPC; May Kazem, M.D., FRCPC, MHA; Corisande Baldwin, M.D., FRCPC, M.Sc.; Raheem B. Kherani, M.D., FRCPC, MPHE; Shahin Jamal, M.D., FRCPC; Heather Day, M.D., FRCPC; Jacqueline Stewart, M.D., FRCPC; Grace Wright, M.D., Ph. D.; Gwenesta Melton, M.D.; Kam Shojania, M.D., FRCPC; Diane Lacaille, MDCM, FRCPC, MHSc; et Mollie Carruthers M.D., FRCPC

Il est de plus en plus reconnu que, bien que les femmes médecins canadiennes effectuent le même travail clinique que leurs homologues masculins, elles sont systématiquement moins bien rémunérées¹. Pourquoi en est-il ainsi, alors que les codes de facturation à l'acte sont les mêmes pour tous ? En Colombie-Britannique, nous avons cherché à identifier certaines des causes profondes de cette inégalité parmi les rhumatologues².

Une enquête a été conçue par le comité pour l'équité de la Division de rhumatologie de l'Université de Colombie-Britannique. Nous avons mené une étude transversale dans le cadre de laquelle ce sondage anonymisé a été envoyé aux membres de la British Columbia Society of Rheumatologists (BCSR). Nous avons reçu des réponses de 49 rhumatologues de toute la pro-

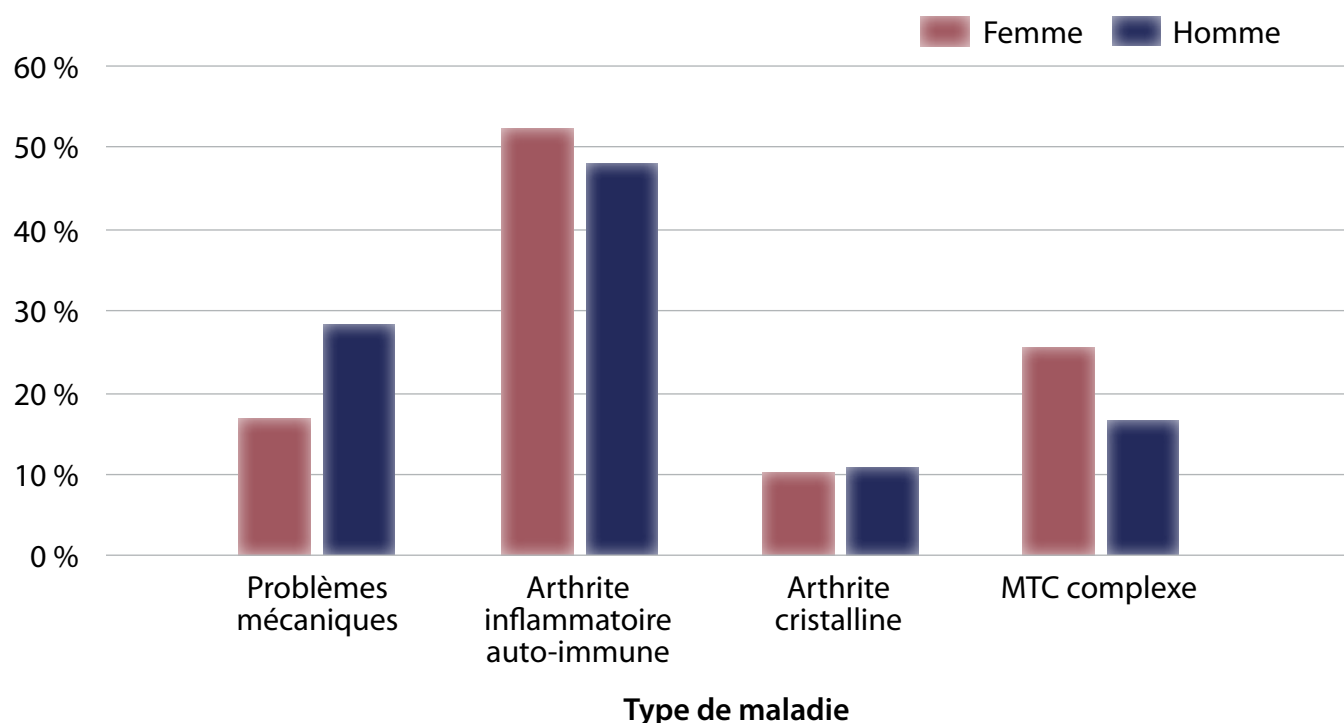
vince, soit les deux tiers de tous les membres en exercice. En termes de rémunération, les honoraires bruts à l'acte ont été déclarés, sans tenir compte des frais généraux, qui peuvent être très variables et importants, pouvant atteindre 48,6 %³.

Nous avons constaté qu'en moyenne, les hommes et les femmes travaillaient presque le même nombre d'heures par semaine (42,5 et 42,6 heures respectivement). Cependant, 71 % des femmes gagnaient moins de 400 000 \$ par an, contre seulement 33,5 % des hommes. Les données du Medical Services Plan (MSP) ont confirmé cet écart : entre 2018 et 2022, les femmes rhumatologues gagnaient 31,2 % de moins en termes de revenus bruts⁴.

Qu'est-ce qui explique cette disparité? L'un des facteurs clés

Figure 1.

Prévalence des maladies dans la population de patients rapportée par auto-sondage auprès des rhumatologues, 2022-2023.



MTC = maladie complexe du tissu conjonctif.

semble être la façon dont le temps est utilisé. Les femmes ont déclaré consacrer plus de temps à chaque consultation initiale, soit 50,4 minutes contre 40,8 minutes pour les hommes. Les femmes ont également vu plus souvent des patients atteints de maladies complexes du tissu conjonctif et moins de patients présentant des problèmes mécaniques. (Figure 1)².

En Colombie-Britannique, la plupart des médecins, et plus particulièrement les rhumatologues, sont rémunérés selon un modèle de paiement à l'acte. Cela décourage la prise en charge des patients complexes et exigeants en temps. Historiquement, on croyait généralement que la rémunération des femmes médecins était inférieure, car elles travaillaient moins d'heures afin de remplir d'autres rôles, tels que leurs responsabilités parentales. Cependant, ce n'est pas le cas, car notre étude souligne que les rhumatologues femmes et hommes travaillent le même nombre d'heures par semaine. Il existe donc des facteurs nuancés qui contribuent à ces disparités salariales, notamment le temps plus long consacré aux consultations, la fréquence plus élevée de patients atteints de maladies complexes et d'autres facteurs spécifiques aux patients, les femmes médecins étant davantage sollicitées pour les patients présentant des vulnérabilités psychosociales.⁵ Un contre-argument à cela est que les hommes médecins voient globalement un nombre plus élevé de patients, étant donné la durée plus courte de leurs consultations. Dans un système déjà accablé par de longs délais d'attente pour consulter un spécialiste, il est important de prendre également en compte cet aspect.

Contrairement aux facteurs socioculturels ou biologiques, la structure des barèmes des prestations médicales est un facteur modifiable qui relève de la compétence des organismes gouvernementaux et des associations médicales provinciales. La Commission des services médicaux de la Colombie-Britannique a déjà contribué à remédier à cette inégalité en augmentant la rémunération des consultations complexes (> 53 minutes). L'exploration de modèles de paiement alternatifs, comme le modèle de paiement longitudinal des médecins de famille récemment introduit, pourrait constituer une autre étape vers une rémunération plus équitable.

Nous avons tous un rôle à jouer dans la reconnaissance des différentes façons dont les femmes et les hommes pratiquent la médecine, mais ce n'est qu'un début. Il est temps de veiller à ce que ces différences soient valorisées de manière égale.

Références choisies :

1. Cohen M, Kiran T. Closing the gender pay gap in Canadian medicine. CMAJ 2020;192:E1011-E1017. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200375>.
2. Hu A, Blumenauer B, Kazem M, Baldwin C, Kherani R, Carruthers M, et coll. Explaining the gender pay gap: Lessons from rheumatology. BCMJ, Vol. 67, No. 1, January, February, 2025, Page(s) 12-16. <https://bcmj.org/articles/explaining-gender-pay-gap-lessons-rheumatology>.
3. Doctors of BC. Overhead Study – Survey of Physicians: Executive Summary. Vancouver, BC: Doctors of BC; 2019.
4. Ministry of Health. MSC financial statement (blue book). Consulté le 14 novembre 2024. www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/msp/publications.
5. Ruzyski SM, Sunba S, Ejaredar M, Yanchar N, Daodu O. Addressing the root causes of the sex-based pay gap in medicine in Canada. CMAJ. 2024 Apr 2;196(12):E416–E418. doi: 10.1503/cmaj.231518.

Angela Hu, M.D., FRCPC
Instructrice clinique
Division de rhumatologie
Faculté de médecine
Université de la Colombie-Britannique

Barbara Blumenauer, M.D., FRCPC
Rhumatologue (Kamloops, Colombie-Britannique)

May Kazem, M.D., FRCPC, MHA
Instructrice clinique,
Division de rhumatologie,
Faculté de médecine
Université de la Colombie-Britannique

Corisande Baldwin, M.D., FRCPC, MHA
Professeure adjointe clinique
Division de rhumatologie,
Faculté de médecine,
Université de la Colombie-Britannique

Raheem Kherani, M.D., FRCPC, MPHE
Professeur agrégé de clinique,
Directeur du programme de résidence,
Division de rhumatologie,
Faculté de médecine,
Université de la Colombie-Britannique

Shahin Jamal, M.D., FRCPC
Professeure de clinique,
Division de rhumatologie,
Faculté de médecine,
Université de la Colombie-Britannique

Heather Day, M.D., FRCPC
Rhumatologue (West Vancouver,
Colombie-Britannique)

Jacqueline Stewart, M.D., FRCPC
Rhumatologue à la retraite (Penticton,
Colombie-Britannique)

Grace Wright, M.D., Ph. D.
Présidente,
Association des femmes en rhumatologie

Gwenesta Melton, M.D.
Vice-présidente,
Association des femmes en rhumatologie

Kam Shojania, M.D., FRCPC
Chef du service de rhumatologie,
Hôpital général de Vancouver
Professeur de clinique,
Division de rhumatologie,
Faculté de médecine,
Université de la Colombie-Britannique

Diane Lacaille, MDCM, FRCPC, MHSc
Directrice scientifique,
Arthritis Research Canada
Professeure,
Division de rhumatologie,
Faculté de médecine,
Université de la Colombie-Britannique

Mollie Carruthers, M.D., FRCPC
Chercheuse clinique,
Arthritis Research Canada,
Professeure agrégée de clinique,
Division de rhumatologie,
Faculté de médecine,
Université de la Colombie-Britannique

Le Plan d'action contre l'arthrite : façonner l'avenir

Par Trish Barbato, présidente et PDG, Société de l'arthrite du Canada



Les rhumatologues savent mieux que quiconque que ce n'est pas « juste de l'arthrite », c'est une réalité dévastatrice qui détruit notre vie en silence. Chaque jour, des millions de Canadiens ont du mal à accomplir des tâches qu'ils auraient autrefois tenues pour acquises, comme tenir une tasse à café, monter un escalier ou même serrer leurs enfants dans leurs bras. Cette maladie invisible pèse sur notre économie en raison des coûts de 33 milliards de dollars qu'elles génèrent chaque année. Elle demeure cependant gravement sous-financée et négligée.

Cela est sur le point de changer grâce au Plan d'action contre l'arthrite.

Le Plan d'action contre l'arthrite est une collaboration sans précédent entre plus de vingt organisations de premier plan unies pour transformer les soins de l'arthrite au Canada. Notre mission? Révolutionner les résultats obtenus par les six millions de Canadiens qui souffrent de cette affection débilante.

Notre stratégie repose sur trois puissants piliers :

1. Sensibilisation et éducation : brisons le silence entourant l'arthrite et exigeons qu'elle reçoive l'attention qu'elle mérite.
2. Accès aux soins : éliminons les obstacles qui empêchent les Canadiens de recevoir des traitements vitaux, peu importe où ils se trouvent ou quels sont leurs antécédents.
3. Recherche et innovation : priorisons la recherche pour accélérer les découvertes révolutionnaires et les chemins vers la guérison.

Le mouvement prend de l'ampleur et les cliniciens et spécialistes de l'arthrite ainsi que les chercheurs en la matière et les patients atteints de la maladie ont été de l'aventure à chaque étape. Par exemple, l'Association canadienne de rhumatologie, sous la direction du Dr Ahmad Zbib, dirige les efforts visant à définir les principaux impératifs du pilier « d'accès aux soins » du Plan. Présidant un groupe de travail d'experts, le Dr Zbib appuiera l'élaboration de recommandations visant à redéfinir les soins pour qu'ils soient équitables et axés sur le patient. De plus, nos chefs de file du pilier « Recherche et innovation », dont compris la D^{re} Diane Lacaille et le Dr Hani El-Gabalawy, ont déjà mobilisé plus de 400 chercheurs et patients et, en collaboration avec les chercheurs sur l'arthrite de centres situés dans l'ensemble du pays, prioriseront les initiatives de recherche qui positionneront le Canada à l'avant-garde de l'innovation en matière d'arthrite.

Nous nous concentrons également sur les disparités en matière de soins. Le Dr David Robinson fait partie du Groupe consultatif sur l'équité chargé de veiller à ce que notre approche serve tout le monde, c'est-à-dire autant les jeunes adultes que les aînés issus de tous les milieux socioéconomiques. La D^{re} Cheryl Barnabe offre une perspective autochtone à notre travail de recherche et d'innovation et appuie nos efforts visant à réfléchir aux recommandations de la Commission de vérité et réconciliation en matière de santé et à y répondre.

Le Plan d'action contre l'arthrite sera lancé en avril 2026, et votre expertise ainsi que les données sont essentielles dans cette aventure transformatrice. Ensemble, nous pouvons bâtir un avenir où l'arthrite sera comprise, et traitée efficacement pour être guérie.

Joignez-vous à nous lors de cette initiative historique. Consultez le <https://arthrite.ca/plan-d-action-contre-l-arthrite/paa> pour en savoir plus sur la façon dont vous pouvez façonner l'avenir des soins de l'arthrite.

Exclure la vascularite du SNC

Par Kim Legault, M.D., M. Sc., FRCPC

Lorsqu'on leur envoie un patient et qu'on leur dit « Veuillez exclure la vascularite du système nerveux central », tous les rhumatologues savent qu'ils devront se pencher davantage sur la question! L'évaluation de l'existence d'une vascularite du système nerveux central (V-SNC) chez un patient est difficile en raison du manque de précision de nos outils de diagnostic standard. Le diagnostic nécessite un examen minutieux des antécédents, un examen physique, une imagerie, une analyse du liquide céphalorachidien (LCR), des résultats de laboratoire, des sérologies et, au besoin, une pathologie du tissu cérébral. La collaboration avec d'autres spécialistes, en particulier les neurologues, les neuroradiologues et les neurochirurgiens, est essentielle pour bien interpréter les examens et explorer les conditions non rhumatologiques associées au diagnostic différentiel. Cette tâche peut être intimidante, et il est essentiel d'adopter une approche organisée des imitateurs et de la classification du V-SNC.

Envisagez de suivre les étapes suivantes pour aborder ces consultations :

1) Catégoriser l'emplacement de la neuroinflammation potentielle :

est-elle *vasculaire*, *parenchymateuse* ou *pachyméningée* (ou une combinaison des deux)? Cela nécessite une *neuroimagerie*.

- **L'imagerie par résonance magnétique (IRM)** du cerveau permet d'évaluer la présence d'une inflammation parenchymateuse, pachyméningée ou leptoméningée ou de signes de changements suggérant une atteinte vasculaire.
 - **L'inflammation parenchymateuse** peut prendre une variété d'apparences, bien qu'en général, elle se présente sous forme de *signal hyperintense sur les séquences T2 et FLAIR*. L'administration de gadolinium peut augmenter la sensibilité, et l'amélioration peut indiquer une « activité » de lésions précises.
 - La « *démélinisation* » est un sous-type précis d'inflammation parenchymateuse. Les processus inflammatoires qui perturbent la gaine de myéline en présence de troubles tels que la sclérose en plaques entraînent un profil précis d'hyperintensités de la substance blanche à l'IRM. Il existe des diagnostics rhumatologiques précis qui peuvent mener à ce type de tableau inflammatoire, en particulier les présentations de la maladie de Sjögren semblables à celles de la SP et une maladie du spectre de la neuromyéélite optique.
 - **L'inflammation pachyméningée** de la dure-mère est perçue comme un épaississement et un rehaussement à l'IRM. Cela peut être observé isolément ou avec d'autres signes vasculaires ou parenchymateux.
 - **L'atteinte vasculaire** du cerveau se manifestera sous

forme d'accident vasculaire cérébral (AVC) à l'imagerie, si le vaisseau est assez gros. Cependant, si la vascularite touche de très petits vaisseaux (p. ex. vascularite anti-anticytoplasme neutrophile (ANCA) avec atteinte du SNC), elle peut se manifester uniquement par une augmentation du nombre d'hyperintensités de la substance blanche sur les séquences T2 et FLAIR, un résultat qui n'est pas spécifique et peut être indiscernable de l'inflammation parenchymateuse, des changements microvasculaires non inflammatoires des petits vaisseaux (p. ex. diabète, hypertension, tabagisme), de la migraine ou du vieillissement normal.

- **L'imagerie neurovasculaire – angiographie par tomodensitométrie** (ou angiographie par résonance magnétique) des vaisseaux cérébraux :
 - elle montrera la sténose, la tortuosité, l'occlusion des vaisseaux touchés, à condition que les vaisseaux touchés soient suffisamment gros – les petits vaisseaux du V-SNC peuvent être inférieurs à la résolution de l'angiographie.

2) Élaborer un diagnostic différentiel en fonction de la localisation de la neuro-inflammation potentielle, en tenant compte des pathologies non inflammatoires et inflammatoires :

le diagnostic différentiel d'une inflammation apparente à chacun de ces endroits est présenté à la figure 1.

Parenchymateux

- Pour les anomalies de la substance blanche du SNC parenchymateux, le différentiel comprend :
 - **non inflammatoire** : affections toxiques ou métaboliques, troubles génétiques (p. ex. leucodystrophie) et tumeurs malignes comme le lymphome. Il est essentiel de travailler avec l'équipe de neurologie afin d'évaluer ces entités.
 - **inflammatoire** : manifestations neuropsychiatriques d'une maladie du tissu conjonctif comme le lupus érythémateux systémique, la sarcoïdose et le syndrome de Behçet. L'évaluation du rhumatologue déterminera s'il y a des signes ou des symptômes de maladie active, si les sérologies appuient un diagnostic ou s'il y a un site de biopsie dans d'autres systèmes organiques.

Pachyméningée

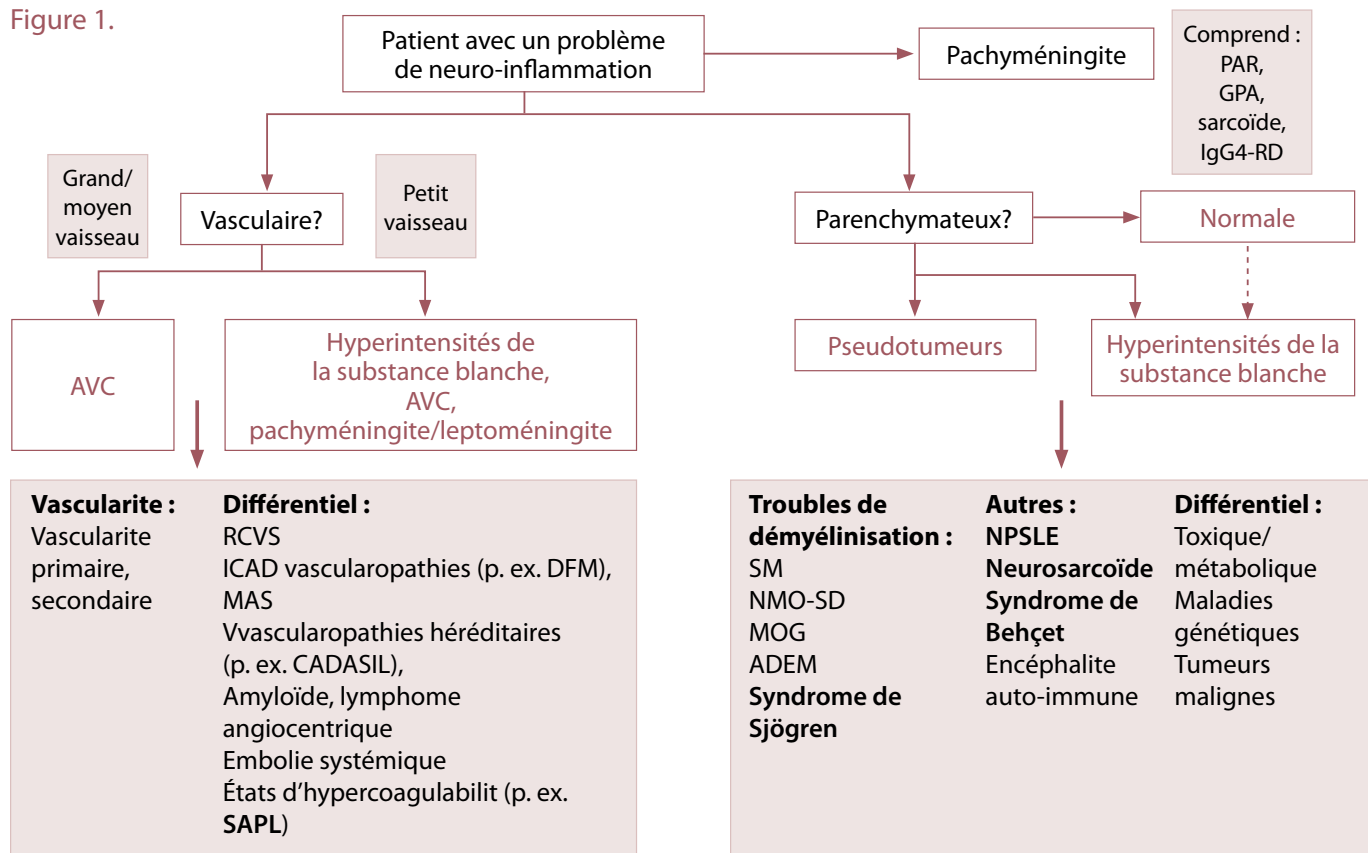
- **Non inflammatoire** : malignité.
- **Inflammatoire** : maladie liée aux IgG4, polyarthrite rhumatoïde (PR), vascularite ANCA, sarcoïdose, idiopathique. Le rhumatologue peut évaluer les manifestations extraneurologiques de ces affections pour arriver à un diagnostic présumé, ou pour accéder à des sites de biopsies pertinentes à l'extérieur du SNC, si possible.

Vasculaire

- **Imitateurs non inflammatoires** : syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, maladie athérosclérotique intracrânienne (ICAD), vascularopathies (p. ex. dysplasie fibromusculaire, Ehlers-Danlos vasculaire), vasculopathies héréditaires telles que CADASIL, amyloïde cérébrale héréditaire, lymphome angiocentrique et états

Exclure la vascularite du SNC (suite de la page 25)

Figure 1.



d'hypercoagulabilité. Il peut être difficile de différencier ces affections de la vascularite, en particulier dans le contexte de l'ICAD. Bon nombre d'entre elles nécessitent une évaluation neuroradiologique par un expert.

• Vascularite inflammatoire (c.-à-d. V-SNC) :

- V-SNC primaire : trouble rare de vascularite isolée dans le SNC sans vascularite systémique
- secondaire du V-SNC : inflammation vasculaire secondaire à un autre processus systémique (voir la figure 2 pour le différentiel complet)
 - infectieux
 - induit par le médicament
 - vascularite associée à d'autres maladies systémiques – tumeurs malignes, maladies auto-immunes
 - vascularite systémique primaire avec atteinte du SNC

3) Dans le cadre d'un processus vasculaire, tenter de différencier les vasculopathies inflammatoires des vasculopathies non inflammatoires, comme suit.

Parmi les caractéristiques qui peuvent vous aider, il y a :

- **L'évaluation clinique** – Le V-SNC peut entraîner des céphalées subaiguës et des changements cognitifs ou comportementaux
- Il peut y avoir des symptômes et des signes de processus infectieux, néoplasiques et auto-immuns associés
- **Les laboratoires/sérologies** – pour les infections potentiellement associées, les affections rhumatologiques

- **L'analyse du LCR** – peut révéler une augmentation des protéines, une pléiocytose légère (< 50 cellules; des niveaux plus élevés correspondent davantage à une infection ou à un lymphome) et des bandes oligoclonales.

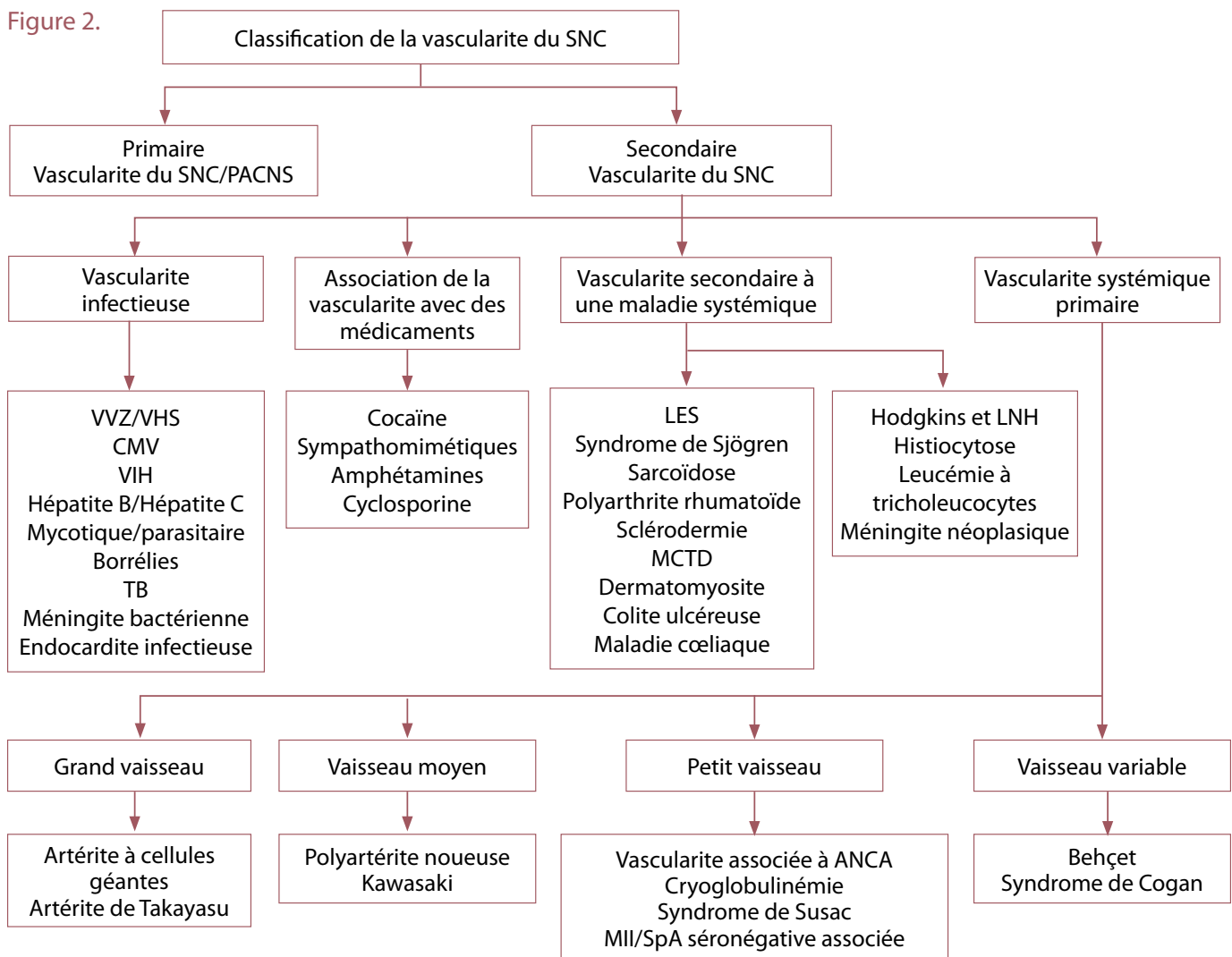
• Les bandes oligoclonales indiquent la présence d'immunoglobulines dans la zone du LCR

- Elles sont prélevées dans le LCR avec un échantillon de sérum apparié.
- Si elles ne sont « pas appariées », elle ne sont que dans la zone du LCR et indiquent un processus inflammatoire isolé du LCR avec production intrathécale d'immunoglobulines. C'est ce que l'on voit habituellement dans les cas de SP; cela peut être observé dans la V-SNC primaire.
- Si elles sont « appariées », cela indique un processus systémique où les immunoglobulines ont atteint la zone du LCR par une rupture de la barrière hémato-encéphalique, ce qui suggère un trouble inflammatoire systémique. Cela peut être observé avec de nombreux processus, p. ex. la V-SNC secondaire comme la vascularite ANCA; le lupus neuropsychiatrique; les infections, etc.

Imagerie

- **Le rehaussement pachyméningé ou leptoméningé** est associé au V-SNC.
- **Imagerie de la paroi des vaisseaux** : l'ICAD et la V-SNC

Figure 2.



peuvent révéler des anomalies dans les vaisseaux moyens à l'angiographie; l'IRM avec imagerie de la paroi du vaisseau ciblant un vaisseau touché peut être utile pour obtenir un diagnostic : la V-SNC montre un rehaussement concentrique de la paroi du vaisseau (inflammation circonférentielle de la paroi du vaisseau d'un vaisseau touché), tandis que l'ICAD montre généralement un rehaussement excentrique (dépôt asymétrique de plaque).

Biopsie

- Si le diagnostic demeure incertain après ces tests, il convient d'envisager une biopsie cérébrale, des leptoméninges et du cortex qui cible un site touché accessible selon l'équipe de neurochirurgie. C'est le diagnostic obtenu dans près de 90 % des cas, alors que 30 à 50 % des cas présente un autre diagnostic. La sensibilité diminue si des biopsies non ciblées (lobe temporal non dominant) sont effectuées.

C'est grâce à un processus minutieux d'évaluation de tous les diagnostics disponibles adaptés au scénario clinique particulier d'un patient, ainsi qu'à un examen multispécialisé tenant compte de tous les diagnostics différentiels appropriés, que le meilleur diagnostic possible est atteint. Le traitement peut alors

être ciblé selon ce diagnostic. Lors de l'évaluation de suivi, si un patient ne répond pas comme prévu à un traitement particulier, il est toujours important de reconsidérer le diagnostic et d'envisager des tests diagnostiques supplémentaires ou répétés pour augmenter le rendement.

Cette approche aidera les rhumatologues à disposer d'un cadre à utiliser pour examiner les patients atteints de la vascularite du système nerveux central.

Kim Legault, M.D., M.Sc., FRCPC
Directrice du programme de résidence en rhumatologie
Professeure titulaire,
Chaire McMaster en enseignement de la rhumatologie
Professeure agrégée,
Division de rhumatologie,
Département de médecine
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Éviter une vie entière dans la douleur arthritique grâce au dépistage précoce



Chaque année, on estime que 10 500 bébés naissent au Canada avec la dysplasie développementale de la hanche, ou dysplasie de la hanche – une maladie qui, si elle demeure non diagnostiquée dans l'enfance, peut causer des dommages irréversibles aux articulations, de la douleur chronique et des problèmes de mobilité. Malgré la gravité de cette condition, les techniques de dépistage actuelles peuvent passer à côté de 90 % des cas.

Lorsqu'elle est dépistée de manière précoce, la dysplasie de la hanche est facilement corrigée à l'aide d'une simple attelle, ce qui évite des opérations et des frais médicaux élevés, en plus de réduire le risque de développer l'arthrite plus tard dans la vie. Un diagnostic en temps opportun peut changer l'avenir d'un enfant.

Dans le cadre de sa mission qui vise à créer un avenir sans douleur, la Société de l'arthrite du Canada collabore avec le Dr Jacob Jaremko, radiologiste pédiatrique musculosquelettique à

l'Université de l'Alberta, afin de faire progresser la technologie à ultrasons propulsée par l'IA qui dépiste la dysplasie de la hanche en quelques secondes. À chaque scan, l'outil gagne en précision et demande une formation minimale, ce qui signifie qu'il a un énorme potentiel pour être étendu à l'échelle du pays.

Avec ce nouveau financement dédié, le modèle progresse et il est mis en place dans trois centres de l'Alberta, en mettant l'accent sur les communautés rurales, éloignées et autochtones. Grâce à ce financement, plus de 2 000 dépistages ont permis de détecter 45 cas de dysplasie de la hanche, parmi lesquels 29 cas n'auraient probablement pas été détectés par un examen physiologique standard.

Pour en savoir davantage sur la manière de soutenir ce projet, visitez arthrite.ca/action/eviter-une-vie-entiere-de-douleur-arthritique.

Pleins feux sur les lauréat(e)s des Prix pour les résumés de la SCR en 2025

PRIX IAN WATSON du meilleur résumé de recherche sur le LÉD présenté par un(e) stagiaire

Commandité par la Société du lupus de l'Alberta

Lauréate : Kaitlin Nuechterlein, Université McGill

Titre du résumé : *Placental Abnormalities in Systemic Lupus Erythematosus: Novel Markers of Adverse Pregnancy Outcomes*

Superviseure : D^{re} Evelyne Vinet

PRIX PHIL ROSEN du meilleur résumé de recherche clinique ou épidémiologique présenté par un(e) stagiaire

Commandité par la Société de l'arthrite – Bourse commémorative D^r Phil Rosen

Lauréat : Enoch Yau, Western University/Université de Toronto

Titre du résumé : *Anti-Integrin $\alpha\beta6$ Autoantibodies as a Biomarker for Ulcerative Colitis in Patients with Axial Spondyloarthritis*

Superviseur : D^r Robert Inman

MEILLEUR RÉSUMÉ présenté par un(e) résident(e) en rhumatologie

Commandité par la SCR

Lauréat : Alec Yu, Université de la Colombie-Britannique

Titre du résumé : *Lung Transplantation Outcomes of Patients with Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features*

Superviseures : D^{res} Kun Huang et Hyein Kim

MEILLEUR RÉSUMÉ de recherche en sciences fondamentales présenté par un(e) stagiaire

Commandité par la SCR

Lauréat : Sreemoyee Ghosh, Université de Toronto

Titre du résumé : *Identification of Psoriatic Arthritis-Related Pathways Using Multi-Omics Data Integration*

Superviseur : D^r Vinod Chandran

MEILLEUR RÉSUMÉ par un(e) stagiaire de recherche de niveau maîtrise ou doctorat

Commandité par la SCR

Lauréate : Leah Flatman, Université McGill

Superviseures : D^{res} Evelyne Vinet et Sasha Bernatsky

Lauréat : Jeba Maisha, Université du Manitoba

Titre du résumé : *Impaired Neutrophil Extracellular Trap (NET) Degradation in Rheumatoid Arthritis (RA) and Pre-Clinical RA is Mediated by Anti-Net Antibodies*

Superviseur : D^r Liam O'Neil

MEILLEUR RÉSUMÉ sur les initiatives concernant la qualité des soins rhumatologiques

Commandité par la SCR

Lauréat : Zahi Touma, University Health Network/Université de Toronto

Titre du résumé : *Work-Related Disability and Function in Systemic Lupus Erythematosus (SLE): Outcomes of an Exploratory Study from Different Canadian Centres*

MEILLEUR RÉSUMÉ présenté par un(e) étudiant(e) de médecine

Commandité par la SCR

Lauréate : Amanda Brissenden, Université de l'Alberta

Titre du résumé : *Transitioning Juvenile Idiopathic Arthritis to Adult Care: Disease Reclassification, Patterns of Care, and Mental Health Insights*

Superviseur(e)s : D^{rs} Steven Katz et Lillian Lim



MEILLEUR RÉSUMÉ présenté par un(e) étudiant(e) de premier cycle

Commandité par la SCR

Lauréat : Ganesh Ramanathan, Université Queen's/

Université de Toronto

Titre du résumé : *Elevated Serum Brain Injury Markers Correlate with Disease Features and Interferons in Children with Systemic Lupus Erythematosus*

Superviseure : D^{re} Andrea M. Knight

MEILLEUR RÉSUMÉ de recherche par un(e) stagiaire en rhumatologie de 2^e ou 3^e cycle

Commandité par la SCR

Lauréat : Mats Junek, Université McMaster

Titre du résumé : *Validating the Accuracy of Diagnostic Codes for Vision Changes in Giant Cell Arteritis Using Healthcare Administrative Data from a Tertiary Hospital in Ontario, Canada*

Superviseure : D^{re} Amber Molnar

MEILLEUR RÉSUMÉ de recherche présenté par de jeunes professeur(e)s

Commandité par la SCR

Lauréate : Lauren King, Université de Toronto

Titre du résumé : *Association Between Symptomatic Knee Osteoarthritis and Blood Glucose Control in Persons with Type 2 Diabetes*

Lauréate : May Choi, Université de Calgary

Titre du résumé : *Machine Learning Can Identify an Antinuclear Antibody Pattern that May Rule Out Systemic Autoimmune Rheumatic Diseases*

MEILLEUR RÉSUMÉ de recherche pédiatrique présenté par un(e) jeune professeur(e)

Commandité par la SCR

Lauréate : Jeanine McColl, Université de Calgary

Titre du résumé : *Chronic Non-Infectious Osteomyelitis of the Petrous Bone: A Case Series*

MEILLEUR RÉSUMÉ de recherche sur la spondylarthrite

Commandité par l'Association canadienne de spondylarthrite

Lauréat : Archita Srinath, Université de Toronto

Titre du résumé : *The Deubiquitinase Molecule TRABID: A Novel Therapeutic Target for Axial Spondyloarthritis*

Superviseur : D^r Nigil Haroon

MEILLEUR RÉSUMÉ sur l'équité, la diversité et l'inclusion en rhumatologie

Commandité par la SCR

Lauréate : Molly Dushnick, Université McMaster

Titre du résumé : *Assessment of Juvenile Idiopathic Arthritis Outcomes and Place of Residence in Canada: Identifying Disparities in Care*

Superviseure : D^{re} Roberta Berard



CRUS CADAVERIC INJECTION AVANCÉE COURS

**INSCRIVEZ-VOUS
MAINTENANT!**

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

NOVEMBRE 2025

COURS SUR LES PROCÉDURES GUIDÉES PAR ULTRASONS

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

Dates :

le 28-30 novembre 2025 à Ottawa

Lieu :

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

Crédits CME/AMA :

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

FRAIS DE COURS :

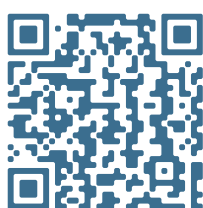
Participant régulier
3 250 \$

Membre de la SCR
2 950 \$

Stagiaire
1 950 \$



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



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

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

Des nouvelles de Terre-Neuve-et-Labrador

Par la D^{re} Natalia Pittman

Nous avons connu de grands changements dans le secteur de la rhumatologie à Terre-Neuve au cours des dernières années. Depuis qu'il a pris sa retraite il y a deux ans, le D^r Sean Hamilton voyage davantage et en profite pour visiter plus souvent ses petits-enfants. Grâce à son travail des dernières décennies, il a marqué durablement le secteur de la rhumatologie à Terre-Neuve.

Les D^{res} Shaina Goudie et Natalia Pittman ont un cabinet communautaire très occupé. Le D^r Majed Khraishi travaille à temps partiel dans la communauté. Nous avons deux médecins au sein de l'hôpital, les D^r Sam Aseer et Proton Rahman, ainsi que le D^r Paul Dancey, un rhumatologue pédiatrique très occupé au sein de la province.

Plusieurs personnes se sont jointes à notre équipe, dont la D^{re} Kristine Roche, notre nouvelle rhumatologue communautaire, et le D^r Amjid Rashid, venu tout droit du Royaume-Uni, qui travaille à l'hôpital.

Nous avons organisé deux retraites de rhumatologie à Terre-Neuve en 2023 et 2024 où le docteur Hamilton a donné une conférence très intéressante sur l'histoire de la rhumatologie dans la province. Nous avons également accueilli d'autres excellents conférenciers. Ces événements sont très spéciaux, car ce n'est pas tous les jours que nous réunissons



Retraite 2023 de rhumatologie à Terre-Neuve. (Crédit photo : Paul Dancy)

tous les rhumatologues de la province dans une même pièce!

Mais il y a toujours de nombreux défis à relever, y compris les longues listes d'attente, le fardeau administratif accru et l'accès limité aux soins spécialisés encore plus difficile. Malgré tout, nous sommes heureux d'affirmer que le secteur de la rhumatologie continue de grandir à Terre-Neuve.

Natalia Pittman, M.D., FRCPC

Rhumatologue,
Grace Medical Specialists
St. John's, Terre-Neuve



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

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

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

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

Conditions d'utilisation clinique :

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

Mises en garde et précautions pertinentes :

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

Pour de plus amples renseignements :

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

* La signification clinique comparative est inconnue.

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