

CRAJ SCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Point de mire sur : les rapports des comités de la SCR et des associations régionales

Éditorial

Travail d'équipe

Que fait la SCR/FSCR pour vous?

Vue d'ensemble du programme de soutien par les pairs de la SCR pour les scribes d'IA

Favoriser la recherche axée sur la communauté : le Fonds de recherche communautaire de la FSCR

Arthroscopie

Des nouvelles du Comité pour le programme de l'ASA

Des nouvelles du Comité d'examen des résumés

Mise à jour du Comité des thérapeutiques

Mise à jour à jour du Comité exécutif pédiatrique

Mise à jour du Comité de l'éducation de la SCR

Mise à jour du Groupe de travail sur l'équité, la diversité et l'inclusion

Promouvoir l'excellence et soutenir les membres grâce à l'innovation : mise à jour du Comité sur la qualité et l'innovation

Mise à jour de l'ORA

BCSR – Des nouvelles du Pacifique

L'AMRQ : une année de consolidation et d'élan vers l'avenir

Offrir un soutien opportun fondé sur des données probantes aux personnes atteintes d'arthrite

Prix, nominations et distinctions

Les docteurs Jorge Sanchez-Guerrero et Carrie Ye sont à l'honneur

Des nouvelles de l'ICORA

Effets de la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux services et aux traitements rhumatologiques – Conclusions clés d'évaluations portant sur la population

Hommage boréale

Maintien du certificat : comment puis-je commencer à explorer cette nouvelle approche?

Réflexion sur ma place au sein de la communauté rhumatologique – et invitation à faire de même

Consultation de couloir

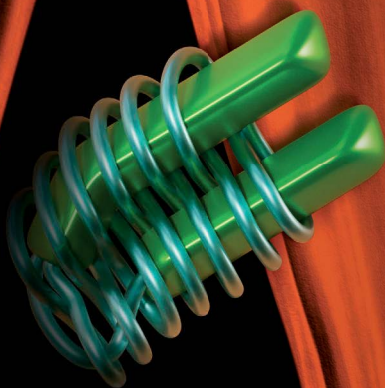
De la polyarthrite à la nodulose agressive : une évolution inhabituelle de la PR

Nouvelles régionales

Des nouvelles de la Colombie-Britannique

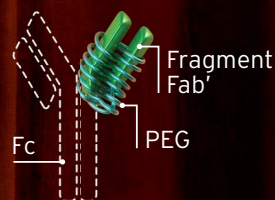
Articulons nos pensées

Résultats du sondage sur la charge administrative



Le fragment Fab' seulement

CIMZIA® - un fragment d'anticorps **pégylé** - 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=fre>. Consulté le 9 janvier 2025.



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

CA-CZ-250002IF



Travail d'équipe

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« La force de l'équipe réside dans chacun de ses membres.

La force de chaque membre dans l'équipe. »

- Phil Jackson

J'écris ces lignes après avoir vu nos chers Blue Jays de Toronto perdre le septième match de la Série mondiale. Un moment déchirant pour les fans de l'équipe canadienne, mais quelle équipe! Tous se soutenaient mutuellement, formant un tout plus grand que la somme de leurs parties...

Nous avons des équipes dans les domaines gouvernemental, commercial, scientifique, médical et bien sûr rhumatologique, mais fonctionnent-elles à leur plein potentiel? Si ce n'est pas le cas, où se situent les problèmes et comment pouvons-nous améliorer la situation?

Une erreur est de se concentrer sur le membre le plus important d'une équipe, tout en oubliant tous les autres membres qui le soutiennent. Aucun pilote de F1 ne gagne une course tout seul. Les joueurs de tennis remercient toujours leur équipe dans leurs discours de victoire. Novak Djokovic, qui approche de la fin de sa carrière, a désormais besoin d'une équipe de 10 personnes pour préparer ses matchs¹.

Le film récent, *Mickey 17*, met en scène le destin des membres d'une équipe considérés comme non essentiels ou sacrificiables. Mickey est littéralement un « sacrificiable », accomplissant des tâches dangereuses et mortelles, et recréé sous la forme d'un nouveau Mickey avec un numéro plus élevé à chaque fois qu'il est tué. Même si l'histoire de Mickey relève de la science-fiction, nous devons reconnaître que de nombreuses personnes travaillent dans l'ombre alors qu'elles jouent un rôle essentiel dans la réussite d'une équipe. Je pense notamment aux agents d'entretien des hôpitaux. Qu'y a-t-il de plus essentiel à la mission d'un hôpital que l'asepsie, l'antisepsie et le contrôle des infections?

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les agents d'entretien « constituent la première ligne de défense contre les infections associées aux soins de santé et soutiennent les efforts visant à réduire la résistance aux antimicrobiens »². Des recherches montrent qu'un niveau de personnel adéquat et des pratiques rigoureuses de contrôle des infections sont essentiels pour maintenir une bonne hygiène dans les établissements de santé, qui peut être compromise par des mesures de réduction des coûts mal orientées.

Les femmes ont également été historiquement négligées et sous-estimées au sein des équipes. Je remercie la D^{re} Janet Pope d'avoir souligné ce point dans un précédent article du JSCR³. Elle a passé en revue l'effet Matilda, qui désigne la négation des contributions des femmes scientifiques dans le domaine de la recherche. Parmi les exemples célèbres, citons les contributions de Lise Meitner à la compréhension de la fission nucléaire, de Rosalind Franklin au décodage de la structure de l'ADN et d'Esther Lederberg pour ses travaux sur la

réplication et la résistance aux antibiotiques. Aucune d'entre elles n'a reçu le prix Nobel décerné pour ces découvertes⁴. Le problème persiste : selon une étude américaine, « bien que la discrimination sexuelle manifeste continue généralement de reculer dans la société américaine », « les femmes restent défavorisées en matière d'attribution de récompenses et de prix scientifiques, en particulier dans le domaine de la recherche »⁵. Ce déséquilibre entre les genres a également été constaté dans les prix décernés en rhumatologie⁶.

En tant que cinéophile, j'ai découvert un autre cas révélateur en regardant *Joy*, un film qui traite du développement de la fécondation in vitro et de la naissance du premier bébé « éprouvette », Louise Joy Brown. Robert Edwards a finalement reçu le prix Nobel et son collaborateur, Patrick Steptoe, a été récompensé pour son travail. Mais l'embryologiste, Jean Purdy, a été exclu de la plupart des récits relatant cette découverte⁷.

Quel est l'avenir de la rhumatologie? Les soins prodigués en équipe, bien sûr. L'outil d'IA de Google a fourni cet aperçu :

Les soins en équipe en rhumatologie impliquent un groupe de professionnels de santé différents qui travaillent ensemble pour prendre en charge l'état complexe d'un patient. Cette approche utilise les compétences complémentaires de divers spécialistes tels que des rhumatologues, des infirmiers(ères), des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et d'autres professionnels afin de fournir des soins plus complets. Les principaux avantages comprennent un meilleur accès, une communication améliorée et des consultations plus approfondies qui permettent d'aborder un plus large éventail de préoccupations, ce qui se traduit par une plus grande satisfaction des patients et des résultats potentiellement meilleurs.

De quoi il s'agit

- Collaboration interdisciplinaire : les rhumatologues travaillent avec une équipe composée d'autres professionnels de santé afin de répondre de manière globale aux besoins des patients.
- « Guichet unique » : ce modèle vise souvent à regrouper plusieurs prestataires en un seul endroit, ce qui facilite l'accès des patients à différents types de soins et réduit les contraintes liées aux déplacements.
- Approche centrée sur le patient : elle met l'accent sur un partenariat dans lequel les patients ont leur mot à dire dans les décisions relatives à leur traitement et sont responsabilisés grâce à l'éducation et au soutien.

Suite à la page 5

COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP
Ancien président,
Ontario Rheumatology Association,
Président,
Section de rhumatologie,
Ontario Medical Association
Toronto (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 : janvier 2026.

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

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

Travail d'équipe

Suite de la page 3

Comment cela fonctionne

- Composition de l'équipe : l'équipe peut comprendre, entre autres, des rhumatologues, des infirmiers(ères), des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des pharmacien(ne)s, des psychologues, des diététicien(ne)s et des travailleurs sociaux.
- Responsabilités partagées : les membres de l'équipe utilisent leurs compétences uniques pour couvrir différents aspects des soins, tels que la prise en charge des effets secondaires de la médication, la mobilité physique, le soutien en matière de santé mentale et l'aide à la mise en place de stratégies d'autogestion.
- Rendez-vous structurés : cela permet d'avoir des rendez-vous plus longs et plus complets, au cours desquels toutes les préoccupations du patient sont abordées en une seule visite.
- Contrôles réguliers : les patients peuvent avoir des suivis plus fréquents, y compris avec des membres de l'équipe autres que le rhumatologue, afin de surveiller leur état et de s'assurer qu'ils suivent bien leur traitement.

Bénéfices

- Accès amélioré : particulièrement avantageux pour les patients vivant en milieu rural ou isolé qui peuvent rencontrer des difficultés à déplacer pour consulter un rhumatologue.
- Meilleurs résultats pour les patients : des soins complets peuvent permettre une meilleure compréhension de la maladie, une meilleure observance du traitement et une prise en charge plus efficace.
- Satisfaction accrue des patients : les patients se sentent plus confiants et impliqués dans leurs soins, car ils bénéficient d'une expérience plus complète et plus encourageante.
- Communication améliorée : l'approche d'équipe améliore la communication entre les prestataires et permet aux patients d'obtenir plus facilement des réponses à leurs questions.

Défis

- Obstacles à la mise en place : les défis peuvent inclure la nécessité de disposer d'espaces de travail partagés et de dossiers médicaux électroniques, d'une rémunération compétitive et d'une formation du personnel aux modèles basés sur le travail d'équipe.
- Changement culturel : nécessite un esprit d'équipe collaboratif, une capacité d'adaptation et une confiance mutuelle entre les membres de l'équipe.
- Expérience du patient : pour certains patients, des consultations plus longues avec plusieurs prestataires peuvent être éprouvantes.

On m'a également renvoyé vers des informations sur les principes fondamentaux d'une prise en charge efficace en équipe, publiées par l'Académie nationale de médecine⁸, et à un article récent publié dans *The Journal of Rheumatology*. Ce dernier était un résumé présenté lors de l'ASA 2025 de la SCR, qui passait en revue le Centre d'excellence de l'arthrite (CARÉ), le seul modèle communautaire de soins rhumatologiques financé par la province de l'Ontario. Les auteurs ont conclu que leur étude « a permis de mieux comprendre les éléments essentiels et les facteurs contextuels qui contribuent à la réussite des soins rhumatologiques dispensés par une équipe interdisciplinaire. Les résultats soutiendront l'adoption, la diffusion et l'expansion de modèles efficaces basés sur le travail d'équipe, dans le but d'améliorer la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes de maladies rhumatismales »⁹.

Voilà un objectif qu'on peut tous soutenir.

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

Références :

1. Djokovic on 'nasty fall': 'The real impact I will feel tomorrow. Disponible au www.atptour.com/en/news/djokovic-wimbledon-2025-qf-reaction. Consulté le 30 novembre 2025.
2. Environmental cleaning and infection prevention and control in health care facilities in low- and middle-income countries. World Health Organization (WHO). Disponible au www.who.int/publications/item/9789240051065. Consulté le 30 novembre 2025.
3. Glass Ceilings, Implicit Bias, Imposter Syndrome and the Matilda Effect. CRAJ. Disponible au http://www.craj.ca/archives/2021/English/Fall/pdf/CRAJ_Fall_2021_Janet_Pope.pdf. Consulté le 30 novembre 2025.
4. The Matilda Effect: How Women Are Becoming Invisible in Science. Disponible au www.lostwomenofscience.org/news-events/the-matilda-effect-how-women-are-becoming-invisible-in-science. Consulté le 30 novembre 2025.
5. Lincoln AE, Pincus S, Koster, JB. The Matilda effect in science: Awards and prizes in the US, 1990s and 2000s. *Social Studies of Science*. 2012; 42(2):307-320. Odi: 10.1177/0306312711435830. PMID 22849001.
6. Roy D, Andreoli L, Ovseiko PV, et coll. Gender equity in global rheumatology awards. *Ann Rheum Dis*. 2024; 83:958-959.
7. Joy review – warm and intensely English portrayal of the birth of IVF. Disponible au www.theguardian.com/film/2024/oct/15/joy-review-ivf-bill-nighy-james-norton. Consulté le 30 novembre 2025.
8. Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care. Disponible au <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/VSRT-Team-Based-Care-Principles-Values.pdf>. Consulté le 30 novembre 2025.
9. King L, Daphne T, Zeenat L, et coll. Elucidating the Program Theory of a Successful Interdisciplinary Team-Based Model of Rheumatology Care: An Implementation Science Exploratory Case Study. *The Journal of Rheumatology* July 2025, 52 (Suppl 2) 101; ODI : <https://doi.org/10.3899/jrheum.2025-0314.11>

Vue d'ensemble du programme de soutien par les pairs de la SCR pour les scribes d'IA



À l'automne 2025, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) a lancé le programme de soutien par les pairs de la SCR en matière de scribes d'IA (intelligence artificielle), une initiative à durée limitée conçue pour aider les membres intéressés à intégrer les scribes d'IA dans leurs processus cliniques.

Ce programme dirigé par des pairs a aidé les membres de la SCR à explorer et à optimiser l'utilisation de Scribeberry et de Heidi Health, deux plateformes de transcription médicale par l'IA de premier plan qui ont conclu un partenariat avec la SCR. Grâce à un mentorat individuel, les participant(e)s ont bénéficié des conseils personnalisés de mentors expérimenté(e)s de la SCR qui ont adopté ces outils avec succès.

Grâce à nos mentors, le programme a été bien accueilli et a suscité une forte participation des membres de la SCR à travers le pays. Les commentaires ont souligné la valeur de l'apprentissage entre pairs et du soutien pratique offert pendant le processus d'intégration.

Bien que le programme de soutien par les pairs ne soit plus actif, la SCR continue de collaborer avec les fournisseurs de services de transcription médicale par l'IA, Scribeberry et Heidi Health, afin d'offrir une valeur ajoutée à ses membres.

Les offres en matière de scribes d'IA pour les membres de la SCR comprennent les éléments suivants :

- des réductions exclusives pour les scribes d'IA;
- des essais GRATUITS prolongés de 4 semaines;
- des solutions optimisées pour la rhumatologie;
- une collaboration entre les fournisseurs de scribes d'IA et la SCR.

Profitez dès aujourd'hui des partenariats de la SCR avec les scribe d'IA dès aujourd'hui et commencez vos essais gratuits!



Pour en savoir plus :
<https://rheum.ca/fr/resources/scribes-dia/>

Avez-vous des suggestions ou des commentaires?
Communiquez avec la SCR à l'adresse : info@rheum.ca.

Favoriser la recherche axée sur la communauté : le Fonds de recherche communautaire de la FSCR

La Fondation de la Société canadienne de rhumatologie (FSCR) est heureuse de présenter le Fonds de recherche communautaire de la FSCR, une nouvelle initiative visant à donner aux rhumatologues communautaires les moyens de mener des recherches novatrices qui améliorent les soins aux patients et font progresser le domaine de la rhumatologie.

Ce nouveau programme offre aux rhumatologues communautaires un processus simplifié pour gérer les fonds de recherche obtenus auprès d'un partenaire industriel. La FSCR supervisera et administrera le financement à un coût administratif inférieur aux tarifs habituels des institutions, maximisant ainsi le budget de recherche tout en minimisant les frais généraux, afin qu'une plus grande partie des fonds soit directement consacrée aux efforts de recherche.

Ce programme reconnaît que la recherche significative ne se fait pas uniquement dans les grands centres universitaires. Partout au pays, les rhumatologues communautaires identifient en temps réel les tendances, les défis et les possibilités, en particulier ceux qui ont une incidence directe sur l'accès aux soins, la qualité des soins et les résultats chez les patients. Le Fonds de recherche communautaire offre un processus simplifié et un soutien pratique pour mettre ces connaissances en pratique.

Les projets admissibles doivent s'inscrire dans la mission de la FSCR qui consiste à améliorer les soins aux patients et à faire progresser les connaissances scientifiques en rhumatologie. Les propositions doivent inclure des résultats clairs et mesurables, et être dirigées par un membre de la SCR qui agit à titre de chercheur principal ou de responsable du site.

La structure administrative comprend des frais de 15 %, avec une incitation supplémentaire pour les membres de la SCR qui soutiennent des initiatives de dons jumelés telles que la campagne « Ralliement pour la rhumatologie ». Ces membres pourront réinvestir 3 % de leurs frais administratifs dans le même projet ou dans une future initiative de recherche, renforçant ainsi l'innovation communautaire.

En réduisant les obstacles et en soutenant le leadership communautaire, le Fonds de recherche communautaire de la FSCR encourage davantage de rhumatologues à participer à la recherche, favorise la concrétisation d'un plus grand nombre d'idées et permet de multiplier les découvertes au profit des patients.

Cette initiative reflète l'engagement de la FSCR à soutenir l'excellence dans l'enseignement de la rhumatologie tout en veillant à ce que les idées prometteuses, quelle que soit leur origine, puissent contribuer à façonner l'avenir des soins au Canada.



Les membres de la SCR intéressés à postuler peuvent remplir le formulaire de candidature en ligne et sont invités à contacter Virginia Hopkins (vhopkins@rheum.ca) pour toute question ou soutien.



Visitez la page du site Web pour en savoir plus et postuler dès aujourd'hui.

<https://crafoundation.ca/fr/chercheurs/fonds-de-recherche-aupres-de-communautes/>

Des nouvelles du Comité pour le programme de l'ASA

Par Marinka Twilt, M.D., M. Sc. E., Ph. D.

Le Comité du programme de l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) attend avec impatience de tous vous voir à l'ASA de 2026 qui aura lieu du 16 au 19 avril 2026. Nous avons hâte de renouer avec nos collègues et amis à Halifax!

Nous célébrerons le 80^e anniversaire de la SCR. Le thème de l'assemblée de cette année, « Changement de cap : accueillir le progrès en rhumatologie », mettra l'accent sur l'évolution des paradigmes et des données probantes afin de mieux comprendre nos maladies et d'améliorer les soins prodigués à nos patients atteints de maladies rares. Nous offrirons une fois de plus des possibilités d'apprentissage et de réseautage inégalées, centrées sur un programme qui présentera une science de pointe innovante, des programmes interactifs et les points de vue d'experts canadiens et internationaux.

En plus de la conférence donnée par la lauréate du Prix du chercheur émérite, la D^{re} Cheryl Barnabe, l'ASA comprend trois conférences principales : la D^{re} Elizabeth Volkmann, de l'Université de Californie, présentera sa conférence sur les approches holistiques de l'auto-immunité»; le Dr Michael Ombrello, de la National Institute of Health (NIH) américaine abordera le thème de la maladie de Still de l'adulte (MSA) à travers le spectre de l'âge; et la D^{re} Lisa Christopher-Stine, du John Hopkins Myositis Center, animera la conférence Dunlop-Dottridge 2026 sur la myosite.

Le programme de l'ASA de cette année sera légèrement différent de celui de l'année dernière. Il débutera le jeudi à 13 h 30 avec un contenu éducatif essentiel présenté du jeudi au samedi soir (le jeudi matin avant le début de l'ASA et le dimanche matin seront réservés aux réunions en petits groupes). L'assemblée débutera dans l'après-midi du jeudi 16 avril par le bilan de l'année, et se terminera le samedi 19 avril par le souper de gala et la cérémonie de remise des prix. Chaque jour sera consacré à un programme éducatif complet, avec suffisamment de temps pour le réseautage. Cette année, nous proposons une nouvelle séance intitulée « Difficile à traiter », au cours de laquelle les conférenciers mettront l'accent sur les définitions, la prise en charge, les lacunes actuelles dans les connaissances et l'importance d'une approche multidisciplinaire à travers une



Dr Michael Ombrello



Dr Lisa Christopher-Stine



Dr Elizabeth Volkmann

structure basée sur des cas concrets. En plus des séances sur les meilleurs résumés mises en place l'année dernière, nous proposerons un nouvel atelier sur la recherche translationnelle, qui vous permettra de vous familiariser directement avec les recherches de pointe et de participer à des discussions animées avec des experts de renom.

L'événement comprendra bien sûr tout le contenu captivant auquel vous vous attendez de la part de l'ASA de la SCR. Nous proposerons également des séances et des tournées de présentations par affiches afin de permettre aux stagiaires et aux chercheurs de présenter leurs activités de recherche, des ateliers de pointe, des ateliers spécialisés en binôme et des ateliers participatifs, des symposiums satellites ainsi que les incontournables favoris du public, notamment la séance Perles cliniques et cas mystérieux, les controverses en rhumatologie, le bilan de l'année, le jeu Rhumato-Jeopardy! et le Grand débat. Le sujet du débat de cette année est : « Il est proposé que les médicaments soient progressivement diminués chez les patients atteints d'arthrite inflammatoire. » De plus, des occasions de célébrer nos collègues primés seront proposées tout au long de l'assemblée. Le cours préalable pour les résidents se déroulera à nouveau sur deux jours : un après-midi virtuel en janvier, puis un autre en personne le jeudi 16 avril (le matin) avant l'ASA de la SCR.

Tous les membres de la SRC et de l'APSA, ainsi que nos autres collègues de la communauté rhumatologique du Canada et du monde entier sont les bienvenus. Nous sommes impatients de vous retrouver à Halifax, en avril 2026, et de célébrer ensemble toutes nos réalisations!

Marinka Twilt, M.D., M. Sc. E., Ph. D.
Rhumatologue pédiatrique,
Clinicienne-chercheuse,
Alberta Children's Hospital
Professeure,
Département de pédiatrie,
Cumming School of Medicine
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Des nouvelles du Comité d'examen des résumés

Par Mohammed Osman, M.D., Ph. D., FRCPC

Chers/chères collègues,

Les résumés ont été soumis et le comité d'examen des résumés de la SCR a travaillé dur, en les lisant et en les notant, avec l'aide de Virginia Hopkins (responsable de l'innovation et de la recherche). Le comité a pour objectif de sélectionner les résumés les plus dignes d'être présentés sous forme d'affiches ou oralement lors de la 80^e Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la SCR. Nous avons hâte de vous voir tous à Halifax!

Cette année, nous avons reçu 282 propositions de résumés. Chaque résumé sera évalué par trois évaluateurs, et les meilleurs de chaque catégorie seront choisis en fonction de la note moyenne. Le président départagera les *ex aequo* pour les présentations orales et les tournées d'affiches en personne. Un grand merci à tous nos évaluateurs pour leur aide et leur engagement!

L'ASA proposera des tournées d'affiches en personne, des séances d'affiches et un nouvel **atelier de résumés sur les sciences translationnelles** qui, avec les autres ateliers de résumés et les présentations orales, mettra en évidence les travaux passionnants de notre communauté! Au cours de ces séances, nous sélectionnerons les cinq meilleurs résumés dans chaque catégorie de prix :

- Meilleur résumé sur les initiatives concernant la qualité des soins rhumatologiques
- Meilleur résumé de recherche par un professeur en début de carrière
- Meilleur résumé de recherche pédiatrique par un professeur en début de carrière

- Meilleur résumé de recherche en sciences fondamentales présenté par un stagiaire
- Meilleur résumé de recherche clinique ou épidémiologique présenté par un stagiaire – Prix Phil Rosen
- Meilleur résumé sur la recherche sur le LED par un stagiaire – Prix Ian Watson
- Meilleur résumé présenté par un étudiant de médecine
- Meilleur résumé de recherche présenté par un résident en rhumatologie
- Meilleur résumé par un étudiant de premier cycle
- Meilleur résumé par un stagiaire de recherche de niveau maîtrise ou doctorat
- Meilleur résumé de recherche par un stagiaire en rhumatologie de 2^e ou 3^e cycle
- Meilleur résumé de recherche sur la spondylarthrite

Nous avons hâte de célébrer ces réalisations et de vous rencontrer lors de l'ASA de la SCR qui se tiendra en personne à Halifax!

Bien cordialement,

*Mohammed Osman, M.D., Ph. D., FRCPC
Président, Comité d'examen des résumés de la SCR
Consultant en rhumatologie et immunologie
Professeur agrégé, Département de médecine,
Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)*

Mise à jour du Comité des thérapeutiques

Par Alison Kydd, M.D., Ph. D., FRCPC

Le comité des thérapeutiques de la SCR a été très actif au cours de la dernière année. Voici quelques-uns des événements marquants de l'année écoulée :

- préparation de nombreux examens pour l'Agence des médicaments du Canada (AMC) en vue de leur soumission par la SCR;
- élaboration d'un résumé de l'étude sur l'accès aux traitements thérapeutiques afin de fournir une base pour la promotion de l'accès aux médicaments dans différentes juridictions;
- prises de position sur la vaccination des patients atteints de maladies rhumatismales, recommandations pour la surveillance de l'hydroxychloroquine par tomographie à cohérence optique, accès aux agents ciblés pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et aux inhibiteurs de JAK pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique, en collaboration avec le Comité exécutif pédiatrique;
- soumission de commentaires dans le cadre d'une consultation visant à recueillir des avis sur une stratégie nationale d'achats groupés.

Surveiller les pénuries de médicaments et défendre les intérêts des membres de la SCR ainsi que de leurs patients sont toujours nos priorités absolues. Nous continuerons à répondre aux problèmes émergents au nom de nos membres par le moyen de prises de position.

Ce travail n'est possible que grâce au dévouement des membres bénévoles de notre comité, qui sont tous très occupés par leurs nombreuses autres fonctions. Notre comité est impliqué, enthousiaste et il est très agréable de travailler avec lui. Comme toujours, je suis impressionnée par la réactivité et les conseils avisés des membres de notre comité. Notre travail ne serait pas possible sans Sarah Webster, une employée dévouée de la SCR, qui joue un rôle essentiel dans notre fonctionnement quotidien.

*Alison Kydd, M.D., Ph. D., FRCPC
Présidente, Comité des thérapeutiques
Professeure agrégée de clinique,
Rhumatologie, Université de la Colombie-Britannique
Nanaimo (Colombie-Britannique)*

Offrir un soutien opportun fondé sur des données probantes aux personnes atteintes d'arthrite

La Société de l'arthrite du Canada a pour mission de soutenir les six millions de personnes vivant avec l'arthrite au Canada en leur offrant gratuitement des programmes et des ressources fondés sur des données probantes qui favorisent une prise en charge efficace de l'arthrite et l'amélioration de la qualité de vie. Grâce à un écosystème national de services d'information, d'éducation et de soutien, l'organisme aide les gens à prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé et à relever les défis quotidiens de l'arthrite en toute confiance.

Outils et ressources pour la prise en charge de l'arthrite

La Société de l'arthrite du Canada offre une vaste bibliothèque de renseignements crédibles et à jour sur les types d'arthrite, les traitements, la prise en charge des symptômes, l'activité physique, la santé mentale et les stratégies pour la vie quotidienne. Ces ressources sont accessibles en tout temps à arthrite.ca, ce qui assure un accès national à des conseils fiables.

Aide entrAide

Aide entrAide propose des groupes d'entraide en ligne avec modérateur où les gens peuvent partager leurs expériences, échanger des stratégies et trouver une communauté avec d'autres personnes qui comprennent les réalités de l'arthrite. Le programme

favorise la connexion, la résilience et le soutien partagé. Visitez arthrite.ca/aideentraide pour plus d'informations.

Ligne d'information sur l'arthrite

La Ligne d'information sur l'arthrite est un service d'information national qui offre un soutien personnalisé de la part de professionnels qualifiés. Les personnes peuvent recevoir des conseils sur la prise en charge de l'arthrite, les considérations relatives au traitement, les ressources communautaires et les préoccupations quotidiennes en appelant le 1 800 321-1433 (appuyez sur le « 2 ») ou en envoyant un courriel à l'adresse suivante : info@arthrite.ca.

Conversations sur l'arthrite

Les Conversations sur l'arthrite sont une série de webinaires nationale avec des chefs de file cliniciens, chercheurs et des experts qui présentent des conseils basés sur des données probantes à propos de la gestion de la douleur, la santé articulaire, les thérapies émergentes et plus encore. Les participants peuvent s'inscrire aux webinaires à venir ou visionner des webinaires enregistrés sur le arthrite.ca/conversations.

Pour en apprendre davantage sur les programmes et les ressources de la Société de l'arthrite du Canada, visitez le arthrite.ca.

Mise à jour à jour du Comité exécutif pédiatrique

Par Nadia Luca, M.D., FRCPC, M. Sc.

Le Comité exécutif pédiatrique est un groupe diversifié et actif composé de 95 rhumatologues pédiatres, stagiaires et chercheurs(euses) de tout le Canada. Le Comité exécutif pédiatrique supervise le travail de plusieurs sous-comités, notamment ceux des ressources humaines et de l'éducation, ainsi que de nombreux groupes de travail. Le Comité exécutif pédiatrique se compose actuellement des docteurs Nadia Luca (présidente), Lillian Lim (vice-présidente et liaison avec le conseil d'administration de la SCR), Audrea Chen (secrétaire), Bobbi Berard (présidente sortante) et Mercedes Chan (membre à titre personnel). En novembre 2025, nous avons accueilli une représentante des stagiaires en rhumatologie pédiatrique, la D^{re} Daphne Cheung.

Les membres du Comité exécutif pédiatrique ont été très occupés au cours des 12 derniers mois, proposant diverses formations en plus de rédiger des manuscrits et des documents d'orientation. Voici un résumé de certains des travaux importants qui ont été réalisés au cours de l'année écoulée :

- Le comité directeur du Canadian Autoinflammatory Case Rounds (CANaC) a proposé deux présentations aux membres du comité pédiatrique *A Year in Review for SAIDs* et *Spectrum of Behcet's: Beyond the Basics* (présentées par les docteurs Lori Tucker et Dilan Dissanayake).
- Le sous-comité de l'éducation a proposé deux webinaires certifiés dans le cadre des *National Grand Rounds* : *Planetary Health* (présenté par la D^{re} Stephanie Tom) et *Changing Rheums: A Day in the Life of a Young Adult with a Rheumatic Disease, reviewing the new CRA Transition Clinical Practice Guidelines* (présenté par les docteurs Nadia Luca et Elizabeth Stringer, M^{me} Julie Herrington et M^{me} Emma Linsley).
- Les docteurs Evelyn Rozenblyum et Piya Lahiry ont animé un atelier lors du congrès de la Société canadienne de pédiatrie à Québec intitulé *Bugs, drugs and joints: Everything you ever wanted to know about infectious arthritis but were too afraid to ask!*
- Le sous-comité des ressources humaines a publié son étude qualitative décrivant les modèles de soins en



Membres du Comité exécutif pédiatrique de la SCR lors de l'ASA de la SCR à Calgary (février 2025).

rhumatologie pédiatrique à travers le Canada, dirigée par les docteurs Molly Dushnicky, Jennifer Lee et Deb Levy, intitulée *Pediatric Rheumatology Care in the Canadian Context: A Qualitative Analysis of Care Providers* (OID : 10.3899/jrheum.2024-0965).

- Les nouvelles lignes directrices cliniques transitoires ont été présentées, lors d'un atelier organisé dans le cadre de l'ASA de la SCR, par Natasha Trehan, Julie Herrington, la D^{re} Nadia Luca et la D^{re} Elizabeth Stringer.

Nadia Luca, M.D., FRCPC, M. Sc.

Présidente, Comité exécutif pédiatrique de la SCR

Professeure agrégée de pédiatrie,

Université d'Ottawa

Cheffe, Division de dermatologie et de rhumatologie,

Children's Hospital of Eastern Ontario

Ottawa (Ontario)

Mise à jour du Comité de l'éducation de la SCR

Par Beth Hazel, OLY, MDCM, FRCPC, MM

Au cours de la dernière année, le Comité de l'éducation de la SCR a continué de renforcer son engagement à positionner la SCR comme le principal fournisseur de ressources en rhumatologie et de formation professionnelle continue pour ses membres. Nous restons déterminés à répondre de manière proactive à leurs besoins éducatifs en constante évolution. En 2025, nos principaux domaines d'intervention comprenaient l'optimisation de la structure des programmes, l'amélioration de nos processus d'évaluation et de réponse aux besoins d'apprentissage des membres, ainsi que la planification de la relève des dirigeants.

Afin de mieux éclairer la planification des programmes et des activités, l'évaluation annuelle des besoins a été réalisée plus tôt dans l'année. Cet ajustement a permis de disposer de suffisamment de temps pour interpréter, partager et appliquer les conclusions aux initiatives à venir, tout en permettant au comité d'élargir son processus global de supervision et de coordination des priorités éducatives. Pour faciliter cela, un nouvel outil a été mis en place afin de rationaliser la diffusion du contenu éducatif, d'élargir l'éventail des sujets abordés et de réduire les redondances entre les programmes de la SCR. À partir de l'année prochaine, les comités et les groupes de planification utiliseront ce nouvel outil sous forme de matrice thématique pour orienter toutes les initiatives de planification éducative et garantir leur adéquation avec les besoins d'apprentissage prioritaires.

Afin de mieux cerner les besoins d'apprentissage non perçus, le comité a lancé des sondages trimestriels. Ces questionnaires courts et ciblés sont distribués aux membres afin d'explorer des moyens alternatifs d'évaluer les besoins en matière de développement professionnel continu (DPC). Les sondages complètent l'évaluation annuelle des besoins, permettant ainsi une approche plus réactive pour identifier les lacunes émergentes en matière d'éducation.

Cette année a marqué une avancée majeure dans la programmation des résidents avec la consolidation officielle des comités et sous-comités du programme des résidents au sein de la *RheumAcademy*, le nouveau cadre global chargé de dispenser un programme cohérent aux résidents par le biais des sous-comités suivants : cours préalable pour les résidents, l'examen NWRITE (*National Written Rheumatology In-Training Exam*) et l'examen OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*). La SRC poursuit son engagement constant en faveur de l'apprentissage axé sur l'évaluation, avec le NWRITE, établi depuis longtemps dans le cadre des programmes pour adultes, et le tout premier pNWRITE pédiatrique, qui a été lancé avec succès cette année. Depuis 2021, la SRC soutient également un OSCE virtuel national, s'appuyant sur des années d'expérience en présentiel lors du *National Rheumatology Residents Weekend* (NRRW).

Le sous-comité de DPC a continué d'examiner les programmes internes et externes, garantissant ainsi des normes élevées en matière de qualité de l'enseignement et de cohérence en matière d'accréditation. Le sous-comité des études supérieures a poursuivi son engagement dans le développement de ressources en rhumatologie, notamment l'élaboration d'un programme national d'immunologie destiné aux étudiants et aux enseignants en rhumatologie, reflétant ainsi l'engagement de la SCR à améliorer la formation de base. Le programme LEadership (LEAP) de la SCR a proposé une combinaison de programmes virtuels et en présentiel à la cohorte actuelle de futurs leaders en rhumatologie qui s'étend sur deux ans.

L'Assemblée scientifique annuelle (ASA) demeure un événement phare pour la SCR; le Comité de l'éducation continue de contribuer à la planification scientifique du contenu et d'appuyer les programmes des présentateurs lors de la conférence. Le comité continue de participer à la collaboration inter-comités, supervise le programme du prix Réflexion sur la pratique et a récemment appuyé le programme pilote du modèle de vérification de mini-pratique (mPAM).

Enfin, en 2025, le comité a été ravi d'accueillir Medha Soowamber en tant que vice-présidente, apportant ainsi un leadership précieux pour soutenir la planification de la relève à long terme et assurer la continuité.

Le Comité de l'éducation reste déterminé à offrir des possibilités de formation pertinentes, de grande qualité et coordonnées à toutes les étapes de la carrière d'un rhumatologue. Nous ferons évoluer nos approches afin de garantir que les offres de formation de la SCR restent adaptées, inclusives et alignées avec les besoins de développement professionnel de nos membres.

Elizabeth M. Hazel, OLY, MDCM, FRCPC, MM
Directrice de division, Rhumatologie,
Centre de santé universitaire McGill
Vice-doyenne, FMDD, CBME
Professeure agrégée de médecine,
Division de rhumatologie, Université McGill
Montréal (Québec)

Mise à jour du Groupe de travail sur l'équité, la diversité et l'inclusion

Par Nicole Johnson, M.D., FRCPC

Amorell Saunders N'Daw continue de collaborer avec le Groupe de travail sur l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) en tant que conseillère et a fait part de ses réflexions sur cette collaboration : « J'ai travaillé avec de nombreuses organisations et comités, et je dois dire que les membres du Groupe de travail sur l'EDI de la SCR font preuve d'une passion et d'un engagement impressionnants, tant dans leurs intentions que dans leurs actions pour promouvoir des pratiques inclusives et équitables. »

L'été dernier, le Groupe de travail sur l'EDI a lancé une enquête sur l'inclusivité afin de mieux comprendre comment les membres de la SCR perçoivent les initiatives de l'organisation en matière d'EDI.

Les membres ont été invités à participer à des groupes de discussion ou à répondre à un sondage. Trois groupes de discussion ont été organisés entre les mois de juillet et de septembre, réunissant au total 11 participant(e)s. Ces séances ont permis d'obtenir des commentaires précieux sur les efforts de la SCR en matière d'EDI, les participants ayant fait part de réflexions approfondies et de remarques encourageantes sur l'engagement et les progrès de l'organisation. Si vous souhaitez toujours donner votre avis en répondant au sondage, veuillez écrire un courriel à l'adresse estewart@rheum.ca.

Le rapport final issu de l'analyse d'inclusivité sera terminé une fois que toutes les réponses au sondage auront été reçues et analysées. Cela se fera après la date limite de publication de cet article. Une fois que nous aurons les résultats définitifs, surveillez les mises à jour à venir!

Vous souhaitez rejoindre le Groupe de travail sur l'EDI?

Le Groupe de travail sur l'EDI recherche activement de nou-

veaux membres. Les membres actuels partagent comment cette expérience les a influencés :

« J'ai rejoint le Comité sur l'EDI afin d'approfondir ma compréhension de l'équité, de la diversité et de l'inclusion, ainsi que pour apprendre auprès de collègues ayant des perspectives diverses. Grâce à ce travail, j'ai grandi en tant que défenderesse et j'ai appliqué ces connaissances pour aider à améliorer la culture de la SCR, l'expérience des membres et, en fin de compte, les soins que nous fournissons aux patients. » – la D^{re} Natasha Gakhil.

« Cela a été une leçon d'humilité de voir les membres du Groupe de travail sur l'EDI de la SCR se réunir pour s'attaquer à la tâche difficile, mais importante de promouvoir l'équité et l'inclusion au sein de notre organisation. Je me sens chanceux de travailler aux côtés de collègues aussi dévoués et je suis reconnaissant de participer à cet effort. » – le D^r Alan Zhou.

« Faire partie du Groupe de travail sur l'EDI m'a permis d'enrichir ma compréhension des autres, favorisant ainsi mon développement personnel, ma compassion et une meilleure communication. » – la D^{re} Manisha Mulgund.

Si vous souhaitez contribuer à cette importante initiative, veuillez envoyer un courriel à info@rheum.ca pour obtenir plus d'informations ou faire part de votre intérêt.

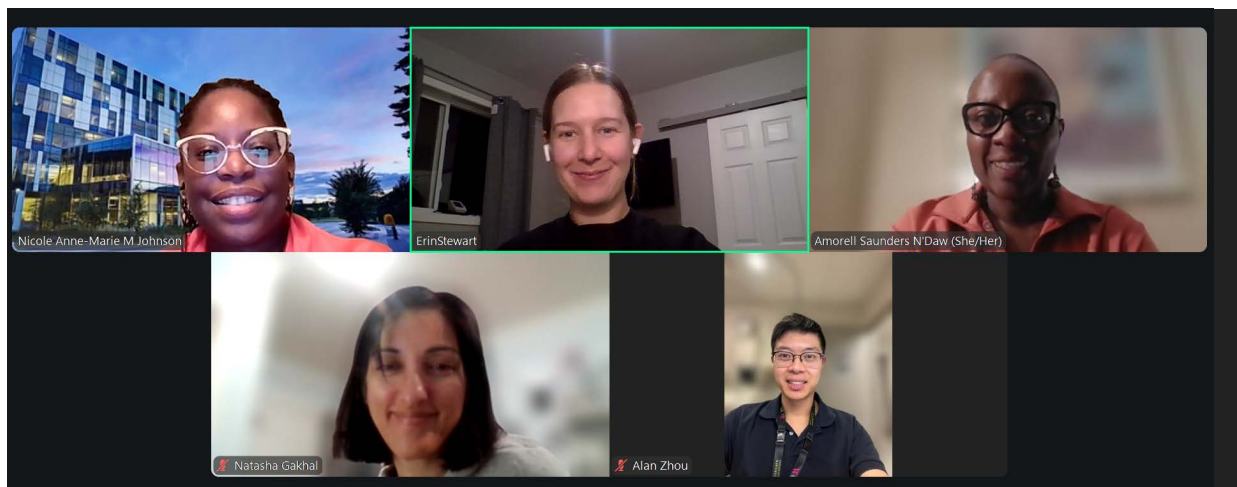
Nicole Johnson, M.D., FRCPC

Rhumatologue pédiatre,

Professeure agrégée de clinique, Université de Calgary,

Présidente du Groupe de travail sur l'EDI de la SCR,

Calgary (Alberta)



Les membres du groupe de travail sur l'EDI de la SCR lors d'une récente réunion virtuelle.

CRA+SCR

2026
ANNUAL
SCIENTIFIC
MEETING



2026
ASSEMBLÉE
SCIENTIFIQUE
ANNUELLE

APRIL 16-19 • HALIFAX, NS • 16-19 AVRIL

ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE ANNUELLE (ASA) DE LA SCR, DU 16 AU 19 AVRIL 2026



asm.rheum.ca

Inscriptions dès le 1^{er} décembre 2025 | EN PERSONNE

Nouvelle plage
de dates, même
conférence très
appréciée!

**L'ASA 2026 de la SCR vous accueille,
EN PERSONNE, à Halifax, du jeudi 16 au
dimanche 19 avril 2026!**

**Volets formation inédits, offre scientifique de pointe,
programmes interactifs, possibilités de maillage au sein de la
plus grande communauté rhumato du Canada...**

Placée sous le thème « **La rhumatologie : du changement de
courants au changement à accueillir à bras ouverts** », cette
édition, occasion de nous ouvrir à de nouvelles perspectives, de
bousculer les vieux postulats et de façonner, ensemble, l'avenir des
soins rhumatologiques, est un rendez-vous à ne pas manquer.

En apprendre plus et s'inscrire sur **asm.rheum.ca**

Date limite des inscriptions : le 20 mars 2026



VIRTUAL | VIRTUELLE

RheumReview



En apprendre
plus :

Le 20 février 2026

Inscription dès le 14 novembre 2025

Rafraîchissez votre socle de connaissances sous l'impulsion d'un programme à haut rendement axé sur des sujets cliniquement pertinents! Séance virtuelle d'une journée, **le RheumReview de la SCR : Mises à jour cliniques canadiennes** apporte aux rhumatologues des mises à jour pratiques, factuelles, portant sur des sujets de l'heure dans le domaine de la rhumatologie.

Date limite des inscriptions : le 30 janvier 2026

Promouvoir l'excellence et soutenir les membres grâce à l'innovation : mise à jour du Comité sur la qualité et l'innovation

Par Amanda Steiman, M.D., M. Sc., FRCPC

Le Comité sur la qualité et l'innovation (CQI), anciennement connu sous le nom de Comité pour l'optimisation des soins, a connu une évolution réfléchie cette année afin de mieux refléter son double objectif : améliorer la qualité des soins et soutenir les approches innovantes visant à optimiser la pratique et le bien-être des médecins. Le comité reste engagé dans sa collaboration continue avec *Choosing Wisely*, sous la direction de la D^{re} Arielle Mendel, afin de garantir une harmonisation continue avec des soins rhumatologiques fondés sur des données probantes et à forte valeur ajoutée. Cette année, outre la poursuite des efforts axés sur le développement et l'adaptation des indicateurs existants en rhumatologie, des mesures ont également été prises pour sensibiliser les praticien(ne)s aux déclarations *Choosing Wisely* émises par d'autres groupes de sous-spécialités, qui sont pertinentes pour la pratique de la rhumatologie.

Une des initiatives clés du CQI cette année est le lancement du *Innovation Lab* de la SCR, conçu pour aider les membres à améliorer l'efficacité de leurs pratiques, à optimiser leur flux de travail et, finalement, à renforcer les soins prodigués aux patients. L'*Innovation Lab* de la SCR repose sur un modèle collaboratif – tous enseignent, tous apprennent – dans lequel les membres partagent des outils, des stratégies et des modèles de soins qui fonctionnent efficacement à travers le pays.

Le sondage national sur la santé des médecins de 2025 a récemment été publié par l'Association médicale canadienne. Il révèle que l'épuisement professionnel des médecins reste élevé, soit à 46 %. Les principales conclusions du sondage ont mis en évidence l'importance du fardeau administratif, puisque la majorité des médecins consacrent plus d'une journée de travail complète (10,4 heures) par semaine à leurs dossiers médicaux électroniques (DME) en dehors de leur temps clinique. C'est en tenant compte de ce défi que nous avons lancé la série *Innovation Lab*.

La première séance, qui s'est tenue le 15 octobre 2025, intitulée « Épuisement professionnel et efficacité : vous n'êtes pas le problème », a réuni les docteurs Diane Lacaille, Mamta Gautam et Anand Doobay. Ensemble, ils ont animé une discussion passionnante sur les multiples facteurs contribuant à l'épuisement professionnel et ont exploré des stratégies concrètes pour favoriser la résilience et le changement au niveau du système. Les participant(e)s ont également examiné les « poches de déviance positive », c'est-à-dire les pratiques innovantes au sein de notre communauté qui améliorent à la fois la prestation des soins et la satisfaction professionnelle.

Les initiatives futures porteront sur l'optimisation des flux de travail, l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) et des scribes humains, ainsi que l'exploitation des données DME pour améliorer les indicateurs de qualité et l'apprentissage collaboratif. Le CQI se réjouit de poursuivre sa collaboration avec les membres de la SCR dans le cadre de ces initiatives afin de continuer à promouvoir l'innovation, à améliorer la qualité et à soutenir le bien-être de notre communauté rhumatologique.

Amanda Steiman, M.D., M. Sc., FRCPC
Professeure agrégée, Université de Toronto
Rhumatologue, Division de rhumatologie,
Mount Sinai Hospital/University Health Network
Rebecca MacDonald Centre for Arthritis &
Autoimmune Disease,
Toronto (Ontario)

**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 :

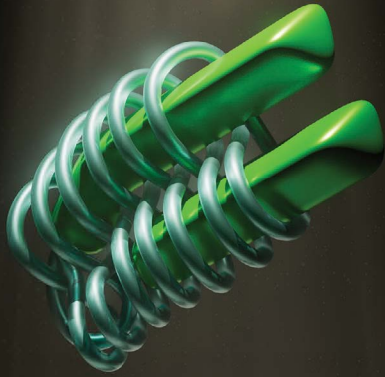
- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Réactions d'hypersensibilité graves
- Vaccination
- Infections, y compris la tuberculose
- Femmes enceintes ou qui allaitent
- Femmes en mesure de procréer

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.

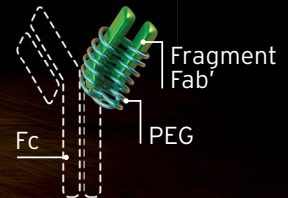
* La signification clinique comparative est inconnue.

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



* La signification clinique comparative est inconnue.

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

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

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

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

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

CIMZIA est indiqué pour :

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

† La signification clinique est inconnue.

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

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

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

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

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

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



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

CA-CZ-2500027F



Mise à jour de l'ORA

Par Deborah Levy, M.D., FRCPC

Au nom de l'Ontario Rheumatology Association (ORA), je vous adresse mes salutations les plus chaleureuses! Le JSCR est un excellent forum pour partager nos succès avec nos collègues et réfléchir aux réalisations de l'année écoulée. J'ai la chance de travailler avec une équipe de direction, un conseil d'administration ainsi que des présidents et des membres de comités dévoués, qui ont tous contribué au succès de nos initiatives et de nos événements. Ensemble, nous nous engageons à améliorer les soins rhumatologiques en Ontario et à l'échelle nationale grâce à nos partenariats importants.

Quelques points saillants :

L'Assemblée scientifique annuelle (ASA) sur le thème « La force de la collaboration, l'innovation dans la pratique » s'est tenue au Kingbridge Centre en mai dernier et a remporté un vif succès, dépassant une fois de plus nos records de fréquentation précédents. Notre réunion à la pointe de la technologie a réuni des conférenciers canadiens et internationaux de renom, notamment la D^{re} Mandy Nikpour, la D^{re} Victoria Werth, la D^{re} Elizabeth Stringer, la D^{re} Maja Djikic, le D^r Tom Appleton, le D^r Mats Junek et la D^{re} Janet Pope, ainsi que plusieurs autres rhumatologues « locaux » très respectés. Les commentaires et les avis des participants, notamment des rhumatologues, des professionnels paramédicaux et des partenaires industriels, ont été unanimement excellents. Nous attendons déjà avec impatience l'ASA 2026, qui se tiendra du 22 au 24 mai au même endroit. Cette réunion est ouverte aux rhumatologues de tout le pays, alors n'oubliez pas de la noter dans vos agendas. Les détails seront disponibles au cours de la nouvelle année.

Le Comité informatique, présidé par le D^r Tom Appleton, s'apprête à lancer RheumViewPLUS™ cet automne. Ce nouveau produit comprendra un puissant assistant IA intégré appelé ROXI (*Rheumatology Optimized eXpert Intelligence*). ROXI fait passer l'IA dans la pratique de la rhumatologie à un niveau supérieur. En plus des capacités d'un scribe IA et d'un générateur de notes classiques, ROXI offre la fonctionnalité inédite d'un agent de cartographie qui extrait les informations clés d'une transcription et les saisit immédiatement sous forme de données structurées dans le dossier. ROXI propose également un service intégré d'assistance en rhumatologie assisté par l'IA qui prend en charge les consultations par chat IA. ROXI combine la puissance de l'IA, l'expertise en rhumatologie et RheumView™. Nous sommes ravis de mettre cet outil à la disposition de nos membres!

Le Comité des affaires gouvernementales, présidé par la D^{re} Jane Purvis, continue de rencontrer régulièrement le ministère afin de s'assurer que les rhumatologues de l'Ontario et leurs pa-



La D^{re} Dana Jerome s'est vu remettre le Prix du rhumatologue de l'année de l'ORA par le D^r Philip Baer.

tients bénéficient pleinement des programmes gouvernementaux. Les objectifs comprennent la simplification des formalités administratives pour les prescripteurs et la réduction des délais d'attente pour les patients qui ont besoin de médication. Le comité milite également activement en faveur d'une désignation de pratique axée sur les médecins généralistes en rhumatologie de premier recours. Cela a nécessité une collaboration avec la section de rhumatologie de l'OMA, des professionnels de la santé associés et des témoignages de patients.

Le Comité RheumOpportunities, présidé par la D^{re} Faiza Khokar, a tenu son premier événement *Rheum to Discover* le 27 septembre 2025 à l'Université McMaster. Cet événement a accueilli 35 étudiants en médecine de première et de deuxième année provenant des sept facultés de médecine de l'Ontario pour une journée d'initiation à la rhumatologie. La journée a débuté par une conférence inspirante du D^r Simon Carrette, suivie d'ateliers pratiques, de séances d'apprentissage interactives et de tables rondes avec des rhumatologues pour adultes



La D^{re} Catherine Ivory s'est vu remettre le Prix du jeune rhumatologue en début de carrière par la D^{re} Deborah Levy.

et pédiatriques représentant différentes étapes de carrière et différents environnements de travail. Les commentaires ont été très positifs, et nous sommes impatients d'inscrire cet événement annuel de l'ORA à notre calendrier. Grâce à cette initiation précoce, nous prévoyons un avenir prometteur pour les professionnels de la rhumatologie en Ontario.

Le Comité du Nord de l'Ontario, présidé par le D^r Kamran Shaikh, travaille d'arrache-pied pour améliorer l'accès équitable aux soins rhumatologiques dans les communautés du Nord. Un projet pilote lancé en 2022 à Thunder Bay a donné des résultats concluants, ce qui a conduit à son extension à d'autres centres du Nord de l'Ontario. Le comité a également créé un document intitulé « Perles cliniques » sur la prestation de soins aux populations autochtones. Cette ressource a été diffusée aux membres de l'ORA et est également disponible sur notre site web.

Le D^r Jonathan Park et la D^{re} Jennifer Lee coprésident notre comité pédiatrique. Ils travaillent à une initiative provinciale

d'amélioration de la qualité visant à évaluer et à améliorer l'accès aux soins pour les patients nouvellement diagnostiqués avec l'arthrite juvénile idiopathique (AJI) en Ontario. Les quatre centres universitaires de rhumatologie pédiatrique (Londres, Hamilton, Toronto et Ottawa) évaluent actuellement les indicateurs d'accès aux soins, en particulier pour déterminer si les enfants diagnostiqués avec une AJI sont rapidement examinés par un rhumatologue pédiatrique, tout en identifiant les lacunes existantes en matière de soins. Nous attendons avec impatience les résultats de cette étude lors de la prochaine assemblée annuelle de la SCR.

Au conseil d'administration de l'ORA, nous remercions la D^{re} Dana Cohen pour les services qu'elle a rendus jusqu'à la fin de son mandat et souhaitons la bienvenue au D^r Andrew Chow en tant que nouveau membre du conseil. L'exécutif poursuivra son élan sans changement jusqu'après l'AG 2026, et j'attends avec impatience l'événement de mobilisation des membres qui se tiendra à Ottawa en janvier 2026. Nous remercions tout particulièrement Sahil Koppikar d'avoir mené à terme son mandat à la présidence du Comité du Nord de l'Ontario et d'avoir consacré d'innombrables heures à la mise en place d'un financement gouvernemental pour les nouveaux modèles de soins. Nous souhaitons également la bienvenue à la D^{re} Gemma Cramarossa, qui a accepté la coprésidence du Comité des jeunes rhumatologues de l'Ontario (JRO).

Nous tenons également à féliciter les lauréat(e)s des Prix de l'ORA 2025, remis lors de notre ASA. La D^{re} Dana Jerome a reçu le prix rhumatologue de l'année de l'ORA, la D^{re} Catherine Ivory a reçu le prix du rhumatologue en début de carrière, et les D^{rs} Michael Sugai et Lynn Hamilton ont reçu le prix des membres émérites. Chaque prix était bien mérité et très apprécié.

L'ORA mène actuellement plusieurs autres initiatives passionnantes. Tous ces événements et initiatives ne seraient pas possibles sans les innombrables heures de bénévolat consacrées par notre équipe de direction dévouée et les membres de l'ORA. Nous sommes également extrêmement reconnaissants envers notre fantastique directrice générale, Sandy Kennedy, pour son dévouement qui garantit notre succès continu.

Meilleurs vœux pour l'année à venir.

Deborah Levy, M.D., MS, FRCPC

Présidente, ORA

Rhumatologue pédiatrique,

Toronto (Ontario)

Société des rhumatologues de la Colombie-Britannique (BCSR) – Des nouvelles du Pacifique

Par Jason Kur, M.D., FRCPC

Climat politique

Le paysage des soins de santé en Colombie-Britannique (C.-B.) a considérablement changé au cours de la dernière année. Bien que le gouvernement NPD demeure au pouvoir, il doit désormais composer avec un contexte financier beaucoup plus difficile. Les déficits de financement et la réduction des budgets ont touché de nombreux secteurs des soins de santé dans toute la province. En conséquence, les négociations relatives à la gestion des listes d'attente pour les spécialistes sont au point mort, et l'expansion des programmes de soins prodigués par des équipes de spécialistes a ralenti. Malgré ces défis, quelques développements positifs méritent d'être soulignés.



Le Dr John Esdaile et l'éminente conférencière, la Dr^{re} Neda Amiri.

Couloirs de soins

Le Dr Brent Ohata collabore avec le *Provincial Pathways Program* afin de mettre en place des « couloirs de soins ». *Pathways* est une ressource en ligne qui permet aux médecins et à leurs équipes d'accéder rapidement à des informations précises sur les références, notamment les délais d'attente actuels et les domaines d'expertise des spécialistes. L'initiative des « couloirs de soins » vise à améliorer l'accès à la rhumatologie dans les communautés isolées de la C.-B. en les mettant en relation, par le biais de *Pathways*, avec des rhumatologues offrant des délais d'attente plus courts.

Codes de soins complexes

Depuis plus d'une décennie, les rhumatologues de la C.-B. peuvent utiliser un code de consultation complexe en fonction du temps pour prendre en charge les patients atteints de maladies multisystémiques. Ce code tient compte du temps et de la planification supplémentaires nécessaires pour ces consultations initiales complexes. Après avoir obtenu gain de cause dans le cadre d'une décision relative à la disparité en 2020, la BCSR se prépare maintenant à introduire deux nouveaux codes de suivi complexes; l'un en fonction du temps et l'autre axé sur les maladies multi-organiques. Ceux-ci sont sur le point d'être appliqués.

L'objectif de ces nouveaux codes est multiple. L'un des principaux objectifs est de contribuer à réduire les disparités salariales entre les genres en rhumatologie. Des études montrent que les femmes médecins consacrent souvent plus de temps aux patients complexes, mais gagnent moins pour le même nombre d'heures travaillées. Ces nouveaux codes constituent une avancée modeste, mais importante, vers la re-

connaissance de cet effort supplémentaire.

De plus, le code de suivi des maladies multi-organiques vise à soutenir les cliniques de rhumatologie spécialisées, où les médecins prennent en charge des patients particulièrement complexes, et sont souvent confrontés à des contraintes financières. Ensemble, ces nouveaux codes de facturation sont conçus pour renforcer les soins prodigués aux patients les plus vulnérables de la C.-B.

Recrutement et fidélisation

De nombreuses régions de la C.-B. continuent de faire face à une pénurie de médecins spécialistes. Les rapports faisant état de fermetures de services d'urgence dans les petites collectivités et de démissions de spécialistes en milieu hospitalier sont de plus en plus fréquents. En rhumatologie communautaire, d'importantes lacunes persistent, en particulier dans le nord de la C.-B. et dans certaines régions de l'intérieur, comme Kamloops. En revanche, Vancouver et Victoria disposent actuellement d'une couverture adéquate en rhumatologie.

Cette année, la C.-B. a accueilli deux grands congrès de rhumatologie :

- le congrès de la Western Alliance of Rheumatology (WAR) à Kelowna (en mai);
- la 20^e édition de la conférence annuelle BRIESE à Vancouver (en novembre).

La WAR a été très bien représentée dans tout l'Ouest, avec notamment une importante délégation de la Saskatchewan cette année. La conférence BRIESE a également été un grand succès, avec des présentations très instructives présentées par la Dr^{re} Neda Amiri (UBC), du Dr Jonathan Chan (UBC), de la Dr^{re} Ann Clarke (Université de Calgary), de la Dr^{re} Narsis Daftarian (Arthrite-recherche Canada) et de la Dr^{re} Anisha Dua (Northwestern University School of Medicine).

Honorer nos collègues

Alors que nous faisons le bilan de l'année, nous souhaitons également rendre hommage à un membre de la communauté rhumatologique de la C.-B. qui a récemment pris sa retraite.

La Dr^{re} Jolanda Cibere a apporté une contribution inestimable au département de rhumatologie de l'Université de la Colombie-Britannique et à Arthrite-recherche Canada. Elle a été une figure dominante dans le domaine des soins liés à l'arthrose et une championne de l'excellence en recherche



Les participant(e)s à la réunion de la Western Alliance of Rheumatology à Kelowna, en Colombie-Britannique, en mai 2025.

et de l'enseignement bienveillant. Nous sommes nombreux à avoir grandement bénéficié de son dévouement et de son expertise.

*Jason Kur, M.D., FRCPC
Artus Health Center, Université de la Colombie-Britannique,
Président, B.C. Society of Rheumatologists
Summerland (C.-B.)*

L'AMRQ : une année de consolidation et d'élan vers l'avenir

Par Hugues Allard-Chamard, M.D., Ph. D., FRCPC

L'Association des médecins rhumatologues du Québec (AMRQ), en collaboration avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), a vu les négociations avec les autorités provinciales s'intensifier au cours des derniers mois. Malgré les changements ministériels importants qui freinent les négociations actuellement, nous espérons une résolution prochaine des enjeux cruciaux liés à l'organisation des soins et la rémunération de nos quelque 160 rhumatologues québécois ainsi qu'à l'accès aux plateformes techniques nécessaires à une pratique optimale. Nous militons également pour l'intégration d'une clause d'arbitrage afin d'encadrer les conditions de travail en cas de conflit, garantissant ainsi des processus équitables et transparents pour nos membres dans le futur et d'éviter de répéter le marasme des négociations actuelles avec la prochaine administration.

Afin de moderniser notre pratique, nous avons lancé, cette année, un chantier stratégique visant à évaluer l'intégration de l'échographie dans notre pratique clinique. Ce projet vise à reconnaître pleinement sa valeur diagnostique et thérapeutique, et à assurer une rémunération juste et adaptée.

Par ailleurs, notre projet pilote avec l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM), visant à soutenir la pratique médicale en rhumatologie, poursuit ses activités pour la prochaine année en attendant une reconduction par le gouvernement provincial. Trois sites sont désormais pleine-

ment opérationnels, et nous avons bon espoir de poursuivre le déploiement de ce projet novateur qui permet un meilleur accès aux soins pour les patients québécois.

Lors de notre Congrès annuel qui s'est tenu à Québec, du 2 au 4 octobre 2025, nous avons eu le plaisir de remettre la Bourse du mérite de l'AMRQ à la D^{re} Gaëlle Chédeville, rhumatologue pédiatre au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), en reconnaissance de son engagement exceptionnel envers la discipline. Nous avons également inauguré une nouvelle distinction : le Prix Étoile-Montante de la rhumatologie au Québec, décerné à la D^{re} Arielle Mendel, une jeune rhumatologue du CUSM dont la carrière en recherche connaît un essor remarquable.

Enfin, nous tenons à souligner que l'année écoulée a été riche en réalisations, et que l'année à venir s'annonce déterminante pour l'amélioration de nos conditions de travail et l'avenir de la rhumatologie au Québec. L'AMRQ poursuivra ses efforts avec détermination, portée par l'engagement de ses membres et la vision de son conseil d'administration.

Ensemble, nous continuerons à faire progresser notre spécialité et à offrir des soins de qualité aux patients du Québec.

*Hugues Allard-Chamard, M.D., Ph. D., FRCPC
Président de l'Association des médecins rhumatologues du Québec
Montréal (Québec)*

DPC pour des rhumatologues bien occupés

Maintien du certificat : comment puis-je commencer à explorer cette nouvelle approche?

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

La D^{re} Aki Joint, membre de la Société canadienne de (SCR), a déclaré : « Il existe un nouveau programme de Maintien du certificat (MDC) du Collège royal qui comporte des lignes directrices différentes. Cependant, je ne sais pas exactement en quoi elles consistent. »

Depuis le 1^{er} janvier 2024, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a modifié les exigences de son programme de MDC. Cette mise à jour s'appuie sur les commentaires des membres du Collège royal et des professionnels de la santé. Le programme de MDC fait partie intégrante du processus permettant de conserver le statut de membre en règle du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, et répond aux exigences de la plupart des associations de réglementation médicale (www.royalcollege.ca/en/cpd/moc-program). De plus, les résidents peuvent également accumuler des crédits et transférer jusqu'à 75 crédits dans leur premier cycle de 5 ans, avec un maximum de 25 crédits pour chacune des trois sections (www.royalcollege.ca/en/cpd/moc-program/resident-affiliates.html). Chaque cycle quinquennal va du 1^{er} janvier au 31 décembre.

En 2024, les modifications suivantes ont été apportées au programme de MDC :

- 1) chaque cycle quinquennal nécessite désormais un total de 250 heures de crédits;
- 2) un minimum de 25 heures de crédit par an;
- 3) un minimum de 25 heures de crédit provenant de la section 3;
- 4) une activité doit être réalisée dans la catégorie « Commentaire reçu » de la section 3 (aucun crédit minimum n'est requis pour cette activité). Pour plus d'informations. Veuillez consulter le cadre du programme de MDC du CRMCC (www.royalcollege.ca/en/cpd/moc-framework.html).

Les trois sections du programme de MDC sont :

- 1) **section 1** : les activités d'apprentissage collectif englobent toutes les connaissances, compétences et aptitudes acquises dans le cadre d'expériences d'apprentissage en binôme, en groupe et en équipe. Toutes les activités doivent comporter un volet interactif offrant des possibilités de discussion. Le nom de cette section reste inchangé; et les réseaux sociaux, les discussions basées sur des cas concrets, les cours de

réanimation et l'apprentissage en partenariat avec des patients ont été ajoutés.

- 2) **section 2** : l'apprentissage individuel comprend toutes les connaissances, compétences et aptitudes acquises grâce à un apprentissage autonome et indépendant. Le nom de cette section reste inchangé; et les cours, les formations à des tâches individuelles et les préparations d'activités centrées sur le patient ont été ajoutés.
- 3) **section 3** : les commentaires et les améliorations comprennent les activités qui consistent à recevoir des commentaires, à donner des commentaires ou à entreprendre une initiative d'amélioration de la qualité. Le nom de cette section a été modifié afin de reconnaître explicitement les activités d'amélioration de la qualité. Parmi les ajouts, on peut citer les initiatives d'amélioration de la qualité, la déclaration des effets indésirables et les activités de *coaching*.

« *Je comprends mieux les changements apportés aux catégories* », déclare la D^{re} Joint. « *Mais comment dois-je déclarer les crédits que j'ai obtenus pour l'année allant du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025?* »

Des modifications ont également été apportées au processus par lequel les membres doivent enregistrer leurs heures de crédit du programme de MDC et le module par lequel ils le font.

- 1) La plateforme MAINPORT a été remplacée par MyMOC; celle-ci est accessible à partir de MyMOC (www.royalcollege.ca/en/members/moc/dashboard.html).
- 2) Pour les sections 1, 2 et 3, les informations suivantes doivent maintenant être incluses :
 - a. le titre de l'activité;
 - b. un élément clé retenu;
 - c. vos réponses aux questions de réflexion (facultatif).
- 3) Pour les activités de la section 3, une brève description des changements qui seront apportés à votre pratique doit également être incluse.

Tableau

Résumé des modifications apportées au programme de maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2024)

Aspects	Ancien programme de MDC	Nouveau programme de MDC (actualisation 2024)
Total des crédits (cycle de 5 ans)	400 crédits	250 crédits
Crédits annuels minimum	40 crédits/année	25 crédits/année
Minimums section 1 & 2	Minimums nécessaire	Aucun minimum
Exigences section 3	Aucune activité spécifique de commentaires requise	Minimum de 25 crédits + 1 activité « Commentaires reçus »
Activités éligibles	Activités traditionnelles de DPC uniquement	Comprend les réseaux sociaux, l'apprentissage en partenariat avec les patients, les discussions basées sur des cas concrets
Plateforme de suivi des crédits	MAINPORT	MyMOC (lancé en août 2024)
Domaines d'intérêt	Documentation de DPC	Amélioration de la qualité, bien-être des médecins, apprentissage modernisé

(<https://car.ca/news/royal-college-makes-changes-and-updates-to-maintenance-of-certification-framework/>)

« Je viens de prendre connaissance des changements apportés au programme de MDC. Puisque mon cycle se termine en décembre 2026, mes crédits antérieurs sont transférés sans changement et je peux saisir mes nouvelles activités d'apprentissage dans le nouveau portail. Je dois m'assurer que mes résidents sont informés de ces changements, car ils peuvent transférer certains de leurs crédits d'activités d'apprentissage vers leur programme de MDC. »

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

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

Madelaine Beckett M.D., FRCPC
Résidente en rhumatologie pour adultes,
Université de la Colombie-Britannique

Douglas L. Wooster, M.D., FRCSC, FACS, DFSVS,
FSVU, RVT, RPVI
Professeur de chirurgie,
Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto
Professeur de clinique
École de médecine, Toronto Metropolitan University
Résident en rhumatologie adulte,
Université de Colombie-Britannique

De la polyarthrite à la nodulose agressive : une évolution inhabituelle de la PR

Par Kavya Mulgund et Tripti Papneja, M.D., FRCPC

Présentation de cas

Une femme de 61 ans souffrant d'hypertension s'est présentée pour la première fois en 2011, se plaignant de douleurs articulaires, de raideurs matinales et de fatigue depuis plusieurs semaines. L'examen a révélé un gonflement de plusieurs articulations métacarpophalangiennes (MCP) sans signes extra-articulaires. Les analyses de laboratoire ont révélé un taux d'hémoglobine de 88 g/L, un taux de ferritine de 8 µg/L, une vitesse de sédimentation de 71 mm/h, un taux de protéine C-réactive de 34,8 mg/L, un facteur rhumatoïde de 299 UI/ml et un taux d'ANA de 1:640. L'anti-CCP était négatif. Elle a reçu un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde (PR) séropositive et a commencé un traitement par méthotrexate et hydroxy-chloroquine, auquel elle a bien répondu. Sa PR est entrée en rémission en 2013 et elle a choisi d'arrêter le traitement par des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM). Entre 2013 et 2024, elle a été traitée pour une ostéoporose, passant d'un traitement aux bisphosphonates à des injections de dénosumab. Elle a continué à prendre du valsartan et de l'amlodipine pour son hypertension. Elle a développé le phénomène de Raynaud en février 2023.

Elle était au Pakistan d'avril à mai 2024 et a commencé à se sentir très mal, avec de la fièvre, une fatigue marquée et des douleurs/gonflements articulaires. Elle ne pouvait plus bouger son coude droit. Elle a commencé un traitement à base de prednisone à raison de 60 mg par jour, à réduire de 5 mg tous les deux jours. En juin 2024, elle a développé des nodules sur les mains (Figure 1) et a signalé une anorexie avec une perte de poids de 9 kg, une fièvre intermittente de faible intensité, une toux et une xérostomie. L'examen a révélé 6 articulations enflées, touchant principalement les articulations MCP et interphalangiennes proximales (IPP), ainsi que de multiples nodules discrets et sensibles sur la face dorsale et palmaire des deux mains.

Les analyses sanguines ont montré les résultats suivants : hémoglobine 114 g/L, leucocytes $4,1 \times 10^9/L$, plaquettes $219 \times 10^9/L$, vitesse de sédimentation de 40 mm/h, protéine C-réactive de 1,3 mg/L, ANA persistants $\geq 1:640$ mouchetés, SSA/SSB positifs ($> 8,0$, la normale étant $< 1,0$), RNP légèrement positifs (2,0, la normale étant $< 1,0$), faibles taux de complément (C3 0,80 g/L, C4 0,14 g/L) et tests anti-ADN double brin, hépatite B/C, VIH et Quantiferon Gold TB négatifs. Un diagnostic provisoire de poussée de PR a été posé et un traitement à base de prednisone et de léflunomide a été instauré.

La biopsie à l'emporte-pièce d'un nodule de la main (août 2024) a révélé une prolifération dermique d'histiocytes et de cellules géantes multinucléées contenant un cytoplasme éosinophile « en verre dépoli » avec un stroma sclérotique, confirmant le diagnostic de réticulohistiocytose multicentrique (RHM). La biopsie d'une lésion sur son dos était compatible avec un granulome annulaire.

Compte tenu du diagnostic de RHM, un dépistage du cancer a été effectué. La coloscopie, la mammographie et la tomodensitométrie cérébrale étaient normales. La tomodensitométrie abdominale/pelvienne a révélé des kystes hépatiques et rénaux. La tomodensitométrie thoracique a montré une maladie pulmonaire interstitielle kystique avec de multiples kystes à paroi mince, correspondant le plus à une pneumonie interstitielle lymphoïde. Son test de fonction pulmonaire a révélé des anomalies restrictives. Elle a subi une échographie endobronchique le 6 novembre afin

de prélever des échantillons des ganglions lymphatiques médiastinaux, dont les résultats sont en attente. L'ORL surveille une masse paratrachéale droite de 3,7 x 3,0 cm, vraisemblablement due à une hypertrophie de la thyroïde.

Discussion

La réticulohistiocytose multicentrique (RHM) est une histiocytose rare, multisystémique, de classe IIb, non liée aux cellules de Langerhans, caractérisée par une prolifération granulomateuse du système phagocytaire mononucléaire. Elle se manifeste par une polyarthrite destructrice et des lésions cutanées papulonodulaires. La polyarthrite est souvent le premier symptôme et le plus visible, évoluant vers une arthrite destructrice et un handicap. Nous présentons un cas de RHM et passons en revue les publications actuelles sur ses caractéristiques cliniques, son approche diagnostique et sa prise en charge.



Figure 1. Lésions cutanées papulonodulaires sur les mains de notre patiente.

Épidémiologie

La RHM est une maladie rare avec un peu plus de 300 cas signalés dans le monde. L'incidence et la prévalence réelles de cette maladie sont inconnues. Elle touche principalement les femmes caucasiennes âgées de 50 à 60 ans, avec un rapport femmes/hommes de 3:1.

La RHM est souvent associé à des maladies auto-immunes et à des tumeurs malignes internes. Une étude de la Mayo Clinic (1980-2017) portant sur 24 cas a rapporté des maladies autoimmunes dans 29 % des cas, des tumeurs malignes dans 25 % des cas et un taux de survie à cinq ans de 85 % (IC à 95 : 74-100 %)². La RHM coexiste fréquemment avec des maladies autoimmunes, notamment le syndrome de Sjögren, le lupus érythémateux disséminé, la sclérose systémique, la dermatomyosite, la maladie cœliaque et la cirrhose biliaire primitive.

Bien que les cas de RHM aient été associés à presque tous les types de cancer, tant solides qu'hématologiques, les tumeurs malignes les plus couramment observées sont les carcinomes du poumon, de l'estomac, du sein, du col de l'utérus, du côlon et de l'ovaire. La question de savoir si la réticulohistiocytose multicentrique est un véritable trouble paranéoplasique est controversée, car aucun type de cancer cohérent n'a été associé à la RHM. De plus, comme la réticulohistiocytose multicentrique est très rare, l'association avec le cancer peut être fortuite. En outre, aucune corrélation entre l'ablation du cancer et la disparition ou l'amélioration de la réticulohistiocytose multicentrique n'a été établie.

Caractéristiques cliniques

Chez la moitié des patients, le premier signe de la maladie est l'arthrite. Chez un quart d'entre eux, ce sont des papules et des nodules qui apparaissent en premier. Les autres développent simultanément des manifestations cutanées et articulaires. Les manifestations articulaires les plus fréquentes comprennent une arthrite inflammatoire symétrique et érosive touchant principalement les mains, mais la RHM peut également toucher les coudes, les épaules, les hanches, les genoux et les pieds. Si elle n'est pas traitée, elle peut entraîner une arthropathie progressivement déformante et destructrice, notamment des contractures et une arthrite mutilante.

Les lésions cutanées apparaissent généralement dans les trois ans suivant l'apparition de l'arthrite, sous forme de papulonodules acraux jaunâtres à brun rougeâtre. Ces lésions surviennent le plus souvent sur la moitié supérieure du corps, en particulier le visage, les oreilles, les muqueuses (lèvres, langue, gencives, narines, gorge, paupières), les mains et les avant-bras. Leur taille varie de 1 à 2 mm à plusieurs centimètres de diamètre et elles apparaissent de manière isolée ou en grappes ou en groupes, avec un aspect pavé. Des lésions muqueuses sont présentes dans environ 50 % des cas. Les lésions cutanées peuvent entraîner la destruction du cartilage autour des oreilles et du nez. Les lésions sont généralement asymptomatiques, mais un tiers des patients se plaignent de prurit. Les lésions cutanées papulo-nodulaires périunguéales sont pathognomoniques et fusionnent souvent pour former l'aspect classique de « perles de corail » ou de « collier de perles ». Chez notre patient, les nodules sont apparus dix ans après les premiers symptômes articulaires.

Les symptômes systémiques courants comprennent la fièvre, un malaise général et une perte de poids, souvent accompagnés d'une vitesse de sédimentation élevée, d'une anémie et d'une hypercholestérolémie¹. L'atteinte systémique peut inclure des épanchements pleuraux ou péricardiques, une insuffisance cardiaque, une lymphadénopathie mésentérique et des lésions urogénitales³.

Environ un tiers présentent des sérologies auto-immunes (anti-Ro, anti-CCP, ANA). L'histopathologie révèle des infiltrats lymphohistiocytaires avec des cellules géantes multinucléées contenant un cytoplasme éosinophile en verre dépoli². La pathogenèse implique l'activation des monocytes/macrophages et l'activité ostéoclastique.

En cas de suspicion de RHM, les tests diagnostiques présentés dans le tableau 1 doivent être envisagés.

Approches thérapeutiques

Le traitement vise à contrôler l'inflammation et à prévenir la destruction articulaire. La RHM étant une maladie rare, il n'existe pas de directives thérapeutiques standardisées. Les traitements comprennent les corticostéroïdes, les MAMM tels que le méthotrexate, l'azathioprine, la cyclosporine, le cyclophosphamide, le chlorambucil, le tacrolimus topique et le rituximab⁴-⁶. Tariq et ses collaborateurs ont rapporté que le méthotrexate contrôlait l'arthrite chez 28 % des patients et les lésions cutanées chez 38 %, tandis que le cyclophosphamide permettait d'obtenir une rémission complète chez 20 % des patients et une amélioration partielle chez 40 à 45 % d'entre eux⁷. Les agents anti-TNF, l'anakinra, les bisphosphonates, les inhibiteurs de Janus Kinase (JAK) (upadacitinib) et le tocilizumab constituent des options supplémentaires⁸.

Chez de nombreux patients, la réticulocytose multicentrique peut entrer en rémission après une durée moyenne de 8 ans; cependant, à ce stade, une destruction articulaire considérable peut déjà s'être produite. Une arthrite mutilante peut se développer dans 50 % des cas. Les patients se retrouvent alors avec des articulations déformées et invalidantes et un visage défiguré. Un diagnostic précoce et un traitement rapide par ARMM sont essentiels, car la RHM suit souvent une évolution agressive et érosive qui conduit à la destruction articulaire si elle n'est pas traitée.

Tableau 1. **Tests diagnostiques courants pour le RHM**

Catégorie	Tests	Constatations/remarques typiques
Analyses sanguines	Hémogramme complet (HCC)	Anémie normocytaire légère; leucocytose occasionnelle.
	Vitesse de sédimentation globulaire (VSG), protéine C-réactive (PCR)	Généralement élevé en cas de maladie active.
	Facteur rhumatoïde (FR), anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP), anticorps antinucléaires (ANA)	Généralement négatif; un faible titre de RF ou d'ANA peut apparaître dans les cas de chevauchement.
	Profil lipidique	Peut présenter une hyperlipidémie chez un sous-groupe de patients.
	Tests de la fonction hépatique et rénale	Pour exclure toute maladie concomitante ou atteinte d'autres organes.
	Immunoglobulines (IgG, IgA, IgM, IgE), électrophorèse des protéines sériques et urinaires	Une hypergammaglobulinémie polyclonale peut être observée. Afin d'exclure la présence de protéines monoclonales.
Imagerie	Hépatite B/C, VIH, tuberculose (Quantiferon)	Prévisible négatif; nécessaire avant l'administration d'immunosuppresseurs.
	Radiographies des articulations touchées, telles que les mains/poignets	Érosions marginales avec préservation relative de l'espace articulaire.
	TDM thoracique/abdominale/pelvienne, mammographie	Dépistage des tumeurs malignes adapté à l'âge. Inclure également la coloscopie.
Pathologie	Biopsie de la peau ou d'un nodule synovial	Infiltration cutanée et sous-cutanée par des cellules géantes multinucléées et des histiocytes avec cytoplasme éosinophile en verre dépoli.

Retour au cas clinique

Malgré l'intensification du traitement avec l'ajout de prednisone, d'hydroxychloroquine, de léflunomide et de méthotrexate en septembre 2024, elle a continué à souffrir de fatigue persistante, d'arthrite et de nodules progressifs. En août 2025, un traitement par adalimumab a été instauré. Au moment de la rédaction du présent rapport, elle a suivi huit semaines de traitement par adalimumab sans amélioration significative des symptômes rhumatologiques ou dermatologiques. Un changement de traitement vers le tocilizumab est envisagé.

Conclusion

La RHM est une maladie systémique rare mais grave qui se caractérise par des manifestations cutanées et articulaires distinctives. Son association avec des tumeurs malignes et des maladies autoimmunes nécessite une évaluation approfondie. Un diagnostic précoce et la mise en place rapide d'un traitement immunosuppresseur ou biologique améliorent les résultats.

Glossaire :

ANA: anticorps antinucléaire
 Anti-PCC: anticorps anti-peptide citrulliné cyclique
 Anti-dsDNA: anti-ADN double brin
 Anti-Ro: anticorps anti-Ro, aussi appelés anticorps anti-SSA/Ro
 PCR : protéine C-réactive
 ORL : spécialiste des oreilles, du nez et de la gorge
 VSE : vitesse de sédimentation
 VIH : virus de l'immunodéficience humaine
 RNP : ribonucléoprotéine
 SSA/SSB: anticorps A du syndrome de Sjögren's/anticorps B du syndrome de Sjögren
 TB: tuberculose
 GB : globule blanc

Références :

1. Ashaolu O, Ng S, Smale S, Hughes J. Multicentric Reticulohistiocytosis—A rare and disabling disease. *Clinical Case Reports*. 2023; 11(9):e7846. <https://doi.org/10.1002/ccr3.7846>
2. Sanchez-Alvarez C, Singh Sandhu A, Crowson CS, et coll. Multicentric reticulohistiocytosis: the Mayo Clinic experience (1980–2017). *Rheumatology*. 2020; 59(8):1898-1905. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez555>
3. Mariotti E, Corrà A, Lemmi E, et coll. Multicentric Reticulohistiocytosis Associated with an Early Form of Systemic Lupus Erythematosus: A Case Report of a Rare Disease, with Mini Review of the Literature. *Journal of Clinical Medicine*. 2022; 11(21):6529-6529. <https://doi.org/10.3390/jcm11216529>
4. Bin FB. Multicentric reticulohistiocytosis in a Malaysian Chinese lady: A case report and review of literature. *Dermatology Online Journal*. 2009;15(1). <https://doi.org/10.5070/d34wm552ck>
5. Liu YH, Fang K. Multicentric reticulohistiocytosis with generalized systemic involvement. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2004; 29(4):373-376. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.2004.01531.x>
6. Lim K, D'Souza J, Vasquez JB, et coll. Looks Can Be Deceiving: A Case Report on Multicentric Reticulohistiocytosis Successfully Treated with Rituximab. *Cureus*. Published online May 3, 2017. <https://doi.org/10.7759/cureus.1220>
7. Tariq S, Hugenberg ST, Hirano-Ali SA, et coll. Multicentric reticulohistiocytosis (MRH): case report with review of literature between 1991 and 2014 with in depth analysis of various treatment regimens and outcomes. *SpringerPlus*. 2016; 5:180. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-1874-5>
8. Pacheco-Tena C, Reyes-Cordero G, Ochoa-Albíztegui R, et coll. Treatment of Multicentric Reticulohistiocytosis With Tocilizumab. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2013; 19(5):272-276. <https://doi.org/10.1097/rhu.0b013e31829cf32b>

Kavya Mulgund
 Étudiante, B. Sc. Santé,
 Université Queen's
 Kingston (Ontario)

Tripti Papneja, M.D., FRCPC
 Professeure clinicienne,
 Université de Toronto
 William Osler Hospital
 Brampton (Ontario)

Résultats du sondage sur la charge administrative

Dans le sondage *Articulons nos pensées* de ce numéro, le Comité des relations extérieures de la SCR a interrogé les membres de la SCR sur la manière dont l'augmentation du fardeau administratif lié au remplissage des formulaires d'assurance les touche, afin de mieux comprendre l'ampleur et l'impact de cette question à l'échelle nationale. Le sondage a reçu 94 réponses, soit le plus grand nombre de réponses reçues pour un sondage *Articulons nos pensées* dans les dernières années. Les répondants représentaient un large éventail de rhumatologues canadiens.

La première partie du sondage demandait aux membres : « Êtes-vous régulièrement tenu de remplir des formulaires d'assurance pour que les patients puissent avoir accès à des médicaments? » Un pourcentage impressionnant de 99 % des participants ont répondu « oui ».

Lorsqu'on leur a demandé si cela posait problème, près de 96 % des personnes interrogées ont affirmé que cette exigence constituait un obstacle important dans leur flux de travail clinique.

En réponse à la question « Avez-vous généralement des formulaires supplémentaires à remplir après avoir soumis la demande initiale à l'assurance pour commencer un nouveau traitement? », 76 % des répondants ont indiqué que des formulaires supplémentaires sont généralement requis après la demande initiale d'assurance, ce qui alourdit encore plus la charge administrative. Les formulaires supplémentaires proviennent de diverses sources, notamment des assureurs (95,7 %), des tiers (par exemple, les gestionnaires de régimes

d'avantages sociaux, 61,4 %) et d'autres sources telles que les programmes provinciaux d'accès spécial, les sociétés pharmaceutiques et les voies d'accès compassionnelles (12,9 %).

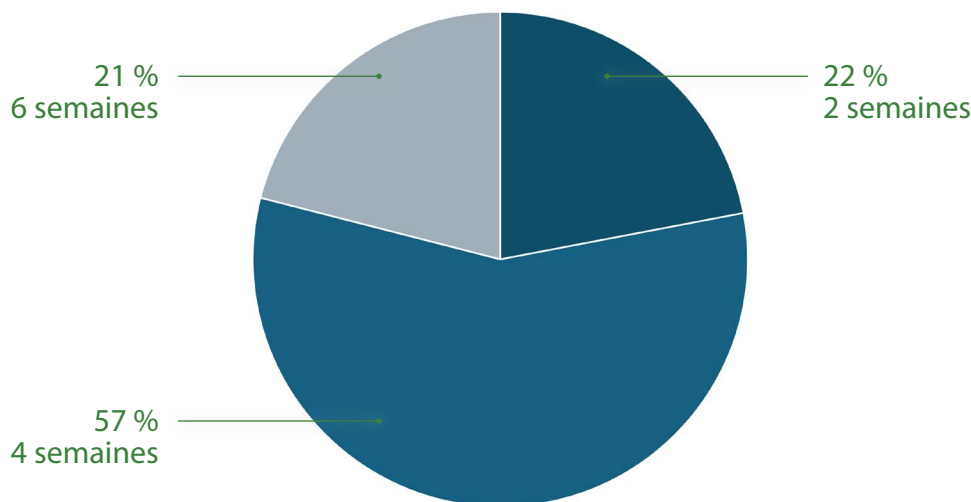
Comme le montre la figure 1, 78 % des répondants ont déclaré avoir subi des retards déraisonnables dans l'accès aux traitements prescrits en raison d'exigences administratives, 57 % d'entre eux faisant état d'un retard moyen de quatre semaines, 22 % d'un retard de 2 semaines et 21 % d'un retard de 6 semaines ou plus.

Les commentaires qualitatifs issus de ce sondage ont mis en évidence l'épuisement professionnel et le poids émotionnel liés à la paperasserie répétitive, la nécessité de disposer de formulaires standardisés, les incohérences entre les assureurs et l'impact sur les soins aux patients, notamment dans les cas urgents (par exemple le tocilizumab pour l'artérite à cellules géantes, les produits biologiques hors AMM pour la myosite ou la vascularite du SNC).

Dans l'ensemble, ce sondage souligne le fardeau administratif considérable auquel sont confrontés les rhumatologues canadiens afin d'assurer l'accès aux traitements pour leurs patients. Le Comité des relations externes de la SCR utilisera ces résultats pour préconiser la simplification des processus, la standardisation des formulaires et l'amélioration des voies de communication avec les assureurs.

Pour toute question ou commentaire, veuillez contacter info@rheum.

Figure 1. Délais moyens signalés dans l'accès aux traitements prescrits pour les patients en raison d'exigences administratives



Effets de la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux services et aux traitements rhumatologiques – Conclusions clés d'évaluations portant sur la population

Par Jessica Widdifield, Ph. D.;
et Bindee Kuriya, M.D., SM, FRCPC



La pandémie de COVID-19 a perturbé les systèmes de santé dans le monde entier, avec des répercussions importantes pour les personnes atteintes de maladies rhumatismales. Grâce à une série d'études menées auprès de la population de l'Ontario, nous avons examiné comment la pandémie a transformé chaque étape des soins rhumatologiques, depuis la prestation des services jusqu'à l'accès rapide aux spécialistes, en passant par l'utilisation des traitements antiviraux contre la COVID-19 et les conséquences ultérieures telles que l'invalidité.

Dans notre première étude, nous avons utilisé des données administratives provenant de toute la province de l'Ontario afin de comprendre comment les soins rhumatologiques ont évolué pendant la pandémie. Lorsque les restrictions sanitaires ont été mises en place en mars 2020, les consultations externes en personne ont immédiatement chuté de 76 %, tandis que la télémedecine connaissait une croissance fulgurante. La télémedecine a représenté la moitié de toutes les consultations en rhumatologie tout au long de l'année 2021, ce qui témoigne d'un changement durable dans la prestation des soins. Les consultations de nouveaux patients ont été particulièrement touchées, avec une baisse de 50 % au début de la pandémie et un retour incomplet aux niveaux pré-pandémie au cours des deux années suivantes. Ces baisses soutenues soulèvent des inquiétudes quant aux retards dans le diagnostic et le début du traitement des maladies inflammatoires.

Bien que le nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid®) ait été disponible gratuitement pour les Canadiens admissibles, y compris les personnes immunosupprimées, les rhumatologues s'inquiétaient du fait que les patients ne recevaient pas ce traitement hautement efficace pour réduire la gravité de la COVID-19. À l'aide d'une cohorte validée de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) issus de la population générale, nous avons identifié toutes les personnes âgées de 18 ans et plus qui ont reçu du nirmatrelvir/ritonavir entre avril 2022 et janvier 2023. Il est frappant de constater que seulement 2,4 % des patients atteints de PR dont le test PCR pour le SARS-CoV-2 était positif ont reçu ce traitement. L'utilisation du nirmatrelvir/ritonavir était concentrée chez les personnes âgées présentant de multiples maladies concomitantes, et seulement 60 ordonnances provenaient de rhumatologues. Nous avons constaté d'importantes inégalités sociodémographiques : les personnes vivant dans des quartiers à revenus élevés et moins diversifiés étaient plus susceptibles de recevoir

du nirmatrelvir/ritonavir, alors que les communautés plus diversifiées étaient davantage touchées par la COVID-19. Ces résultats soulignent les écarts importants en matière d'accès équitable au traitement antiviral pour les personnes atteintes de PR.

Notre troisième étude; la première à examiner cette question à l'échelle de la population en Ontario, a révélé une augmentation marquée des demandes de prestations d'invalidité liées à la PR chez les personnes en âge de travailler, avec un pic au cours des deux premières années de la pandémie. Cette tendance pourrait refléter une détérioration du contrôle de la maladie en raison d'un accès retardé ou réduit aux soins rhumatologiques, d'interruptions de traitement ou d'une augmentation des risques liés à la COVID-19 ayant une incidence sur la capacité de travail.

Dans leur ensemble, ces études fournissent une image complète au niveau de la population de la manière dont la pandémie a remodelé les soins rhumatologiques, depuis la prestation des services jusqu'à l'utilisation équitable des traitements contre la COVID-19, en passant par les résultats pour les patients à long terme. Les conclusions soulignent l'importance de renforcer la résilience du système de santé, de combler les lacunes en matière d'accès aux soins spécialisés et aux traitements essentiels, et de garantir une prise en charge rapide et équitable des personnes atteintes de maladies rhumatismales lors de futures perturbations du système de santé.

Jessica Widdifield, Ph. D.

*Titulaire de la Chaire Holland en recherche musculosquelettique,
Maître de recherches, Sunnybrook Research Institute,
Programme de recherche Holland Bone & Joint
Maître de recherches,
Programme ICES Chronic Disease & Pharmacotherapy
Professeure agrégée, Université de Toronto,
Institute of Health Policy, Prise en charge & évaluation*

Bindee Kuriya, M.D., SM, FRCPC

*Professeure adjointe,
Département de médecine, Université de Toronto
Rhumatologue, Division de rhumatologie,
Sinai Health System & University Health Network
Chercheuse principale,
Initiative de recherche sur les meilleures pratiques en Ontario*

Réflexion sur ma place au sein de la communauté rhumatologique – et invitation à faire de même

Par Dawn P. Richards

J'ai le privilège d'avoir été invitée à contribuer au *Journal de la Société canadienne de rhumatologie* en partageant la perspective d'une patiente. Cette invitation m'a donné l'occasion de réfléchir à certains de mes autres privilèges. Je suis une colonisatrice non invitée vivant à Toronto, le territoire ancestral des Mississaugas de Credit, des Anichinabés, des Haudenosaunes, des Ojibwés et des Wendats. Je suis propriétaire de ma maison et titulaire d'un doctorat obtenu dans une institution prestigieuse. Je suis une femme cisgenre blanche. Et, pour faire simple, j'ai la chance de bien vivre avec ma polyarthrite rhumatoïde (PR). Lorsque j'ai reçu mon diagnostic de PR il y a près de 20 ans, je travaillais au Réseau canadien de l'arthrite. J'ai pu profiter de mes relations dans le domaine de la recherche sur l'arthrite et de la rhumatologie : j'ai eu accès à des cliniciens experts pour obtenir un diagnostic rapide et un traitement fondé sur des données probantes. Ces privilèges me permettent aujourd'hui de réfléchir et de partager mes espoirs et mes perspectives avec vous. Au fil de votre lecture, je vous invite à réfléchir à votre propre position dans le domaine de la rhumatologie et dans le monde en général.

En rédigeant cet article, j'ai réfléchi à ce que ma propre position m'a permis d'obtenir, même en vivant avec une arthrite inflammatoire. Tout d'abord, le fait de vivre dans une grande ville m'a aidé à accéder à des soins affiliés à un institut de recherche. J'ai participé à des recherches et, grâce à celles-ci, j'ai pu bénéficier de traitements qui n'auraient pas été disponibles autrement. Mon expérience dans le domaine de la recherche m'a également appris comment les patients peuvent contribuer en tant que partenaires à la recherche¹. En tant que membres de l'équipe de recherche, nous apportons des points de vue, des perspectives et des expériences qui complètent les connaissances acquises par les autres membres de l'équipe. Dans le cadre de mon travail professionnel, je contribue actuellement à la recherche au Canada et ailleurs en aidant les personnes et les organisations à impliquer les patients en tant que partenaires dans la recherche.

Ma position m'a permis de m'intégrer à la communauté rhumatologique au Canada et ailleurs. Depuis une décennie, je fais partie du comité directeur de l'Alliance canadienne des arthritiques. Je suis également membre du comité des lignes directrices de la Société canadienne de rhumatologie et j'ai contribué à des projets de l'European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) et à d'autres initiatives mondiales dans le domaine de la rhumatologie. J'ai observé une autre facette des politiques en matière de soins de santé et de produits



pharmaceutiques au Canada, notamment toutes les imperfections et les fardeaux qui pèsent sur les patients à un moment où nous avons déjà tant à gérer. Je découvre les inégalités dans les soins rhumatologiques : pour beaucoup de gens, les soins ne sont pas déterminés par les données issues de la recherche, mais par leur code postal, la couleur de leur peau et d'autres facteurs sociodémographiques^{2,3}.

Cet article est ma façon de demander aux autres de réfléchir à ceux qui ne sont pas régulièrement invités dans nos espaces. Qui sont les personnes défavorisées sans que cela soit de leur faute dans le monde de la rhumatologie? Après 20 ans, je prends

activement du recul par rapport au récit de mon histoire. À la place, je laisse la place à d'autres. Je décline les invitations et je suggère d'autres personnes à ma place. J'aide à renforcer les capacités et j'accompagne d'autres partenaires patients afin qu'ils contribuent à la recherche en tant que partenaires et que leurs expériences vécues influencent la recherche. Je participe à moins de conférences et je me retire des comités et des équipes de recherche. C'est ma façon de créer des opportunités pour de nouvelles perspectives, différentes des miennes, qui ne sont pas bien représentées dans ces espaces⁴. Cela ne signifie pas que je quitte la communauté rhumatologique. J'en suis membre à vie grâce à ma combinaison de gènes et d'environnement. Après deux décennies passées dans cette communauté, le moins que je puisse faire pour rendre la pareille est d'ouvrir la porte à d'autres.

Remerciements : Merci à la D^{re} Clare Arden pour sa relecture éditoriale, ainsi qu'à Linda Wilhelm et Laurie Proulx pour leurs relectures également.

Références :

1. Canadian Institutes of Health Research's Definition of Patient and Patient Engagement [cited 2025 October 28]. Disponible à l'adresse suivante : www.cihr-irsc.gc.ca/e/48413.html.
2. Pianarosa E, Hazlewood GS, Thomas M, et coll. Supporting Equity in Rheumatoid Arthritis Outcomes in Canada: Population-specific Factors in Patient-centered Care. *J Rheumatol*. 2021; 48(12):1793-802.
3. Thomas M, Barnabe C, Kleissen T, et coll. Rheumatoid Arthritis Care Experiences of Black People Living in Canada: A Qualitative Study to Inform Health Service Improvements. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2024; 76(4):470-85.
4. Abelson J, Canfield C, Leslie M, et coll. Understanding patient partnership in health systems: lessons from the Canadian patient partner survey. *BMJ Open*. 2022; 12(9):e061465.

Dawn P. Richards, *défenderesse des patients*
Toronto (Ontario)



D^r Jorge Sanchez-Guerrero – Prix « Maître » de la SCR

Originaire du Mexique, le D^r Sanchez-Guerrero a obtenu son diplôme de médecine à l'Université de Guadalajara avant de suivre une formation en médecine interne et en rhumatologie à Mexico. Il a ensuite effectué un stage postdoctoral sur le lupus érythémateux disséminé au Brigham and Women's Hospital de Boston, puis obtenu une maîtrise en sciences à la Harvard School of Public Health.

Au cours de sa carrière, il a publié plus de 180 articles dans des revues à comité de lecture, notamment le *New England Journal of Medicine*. En 2001, il a reçu le Prix Edmund L. Dubois de l'American College of Rheumatology pour ses travaux de recherche. Il a également été membre du Comité éducatif et scientifique de la Lupus Foundation of America.

De 2002 à 2011, il a été chef du département d'immunologie et de rhumatologie de la National Institute of Nutrition and Medical Sciences Salvador Zubirán au Mexique. Il a ensuite occupé le poste de directeur de la division de rhumatologie du Sinai Health System et du University Health Network, à Toronto, de 2011 à 2022. Il est actuellement professeur de médecine à l'Université de Toronto.



D^{re} Carrie Ye – Prix du chercheur en début de carrière de l'IRSC

La D^{re} Carrie Ye a reçu le prix du chercheur en début de carrière de l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) dans le domaine du cancer, au printemps 2025, pour son projet intitulé *Gaining Insight into Immune Checkpoint Inhibitor Associated Inflammatory Arthritis Using Administrative Health Data*. Ce prix, créé pour récompenser l'excellence en recherche chez les chercheur(euse)s en début de carrière, est décerné chaque année aux jeunes chercheur(euse)s ayant obtenu les meilleurs résultats (en pourcentage [%]) dans le cadre du concours de subventions de projet.

Nouvelles de la Colombie-Britannique

Une initiative provinciale collaborative : travailler ensemble pour améliorer l'accès aux thérapies novatrices au moyen de la recherche clinique en Colombie-Britannique

Heureusement, les essais cliniques sont relancés afin d'améliorer l'accès à la médication pour les patients de l'Ouest canadien. Le Mary Pack Arthritis Centre (MPAC) comprend des cliniques quaternaires pour diverses affections rhumatismales et offre des possibilités de formation aux étudiants dans le domaine de la santé. Soucieux d'améliorer la qualité de vie des patients, le MPAC propose des programmes éducatifs, des perfusions, des soins infirmiers et un accès à des services paramédicaux. À Vancouver, les D^{rs} Azin Ahrari, Neda Amiri, Antonio Avina-Zubieta, Corisande Baldwin, Natasha Dehghan, Daniel Ennis, Angela Hu, Raheem Kherani, Alice Mai, Jennifer Reynolds et l'équipe du MPAC (Jeremiah Tan, Sofia Rieger-Torres; anciennement Anirudh Kotlo) travaillent à la reconstruction des infrastructures nécessaires aux essais cliniques menés par l'industrie et les chercheurs.

Après une interruption de 12 ans, le MPAC est la principale initiative provinciale collaborative menant des essais cliniques sur les maladies rhumatismales, avec le soutien d'Arthrite-recherche Canada et du Vancouver Coastal Health Research Institute (VCHRI). Après avoir commencé par des études de phase III sur le syndrome de Sjögren, nous menons actuellement 10 études couvrant 6 indications (myosite, ostéoporose, psoriasis, syndrome de Sjögren, lupus érythémateux disséminé [LED] et vascularite). Avec plusieurs études à l'horizon, nous sommes ravis de lancer prochainement l'une des premières études canadiennes sur la thérapie cellulaire CAR-T pour le LED. Notre centre d'essais cliniques est ouvert aux patients de toute la Colombie-Britannique!



De gauche à droite : les D^{rs} Ann Marie Colwill, Antonio Avina-Zubieta, Shahin Jamal (lauréat du prix d'enseignement BCSR/UBC), John Wade, Neda Amiri (lauréate du prix de l'innovation) et Jason Kur; le D^r Simon Huang, lauréat du prix de défense des droits BCSR/UBC, n'apparaît pas sur la photo.



De gauche à droite : les D^{rs} Michael Nimmo et Brent Ohata (lauréat du prix VMDAS pour l'excellence communautaire).



De gauche à droite : Anirudh Kotlo, Jeremiah Tan, Sofia Rieger-Torres et le D^r Raheem B. Kherani.

Raheem B. Kherani, B. Sc. (Pharm.), M.D., FRCPC, MHPE
Professeur de clinique agrégé,
Université de la Colombie-Britannique
Directeur du Programme intensif collaboratif sur l'arthrite,
Mary Pack Arthritis Program
Clinicien-chercheur, Arthrite-recherche Canada
Chef de la division de rhumatologie, Richmond Hospital
Rhumatologue, West Coast Rheumatology Associates
Richmond (C.-B.)

Sofia Rieger-Torres, B. Sc. (Biologie)
Assistante-chercheuse,
Arthrite-recherche Canada

Jeremiah Tan, B. Sc. (Biologie)
Coordonnateur de recherche,
Arthrite-recherche Canada

Anirudh Kotlo, M. Sc. Santé mondiale
Coordonateur des données,
BC Cancer Breast and Sarcoma Tumor Group

**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.