

CRAJ SSCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



Point de mire sur : la santé planétaire et la rhumatologie

Éditorial

Longévité : trois facettes de la rhumatologie

Des nouvelles de l'ICORA

La TEP/TDM numérique au ¹⁸F-FDG comme outil diagnostique de première intention pour l'artérite à cellules géantes crânienne

Hommage boréale

L'empreinte environnementale des médicaments rhumatologiques : ce que les prescripteurs doivent savoir

Plaidoyer en faveur de la santé planétaire

Durabilité dans l'enseignement médical

Expositions environnementales et risque autoimmunitaire : implications pour la rhumatologie

Articulons nos pensées

Résultat du sondage du sous-comité de Choisir avec soins

Nouvelles régionales

Des nouvelles de l'Alberta

Que fait la SCR/FSCR pour vous?

Aller de l'avant ensemble : durabilité en rhumatologie

Créer une dynamique ensemble : feuille de route stratégique de la FSCR pour 2030

Arthroscopie

Points clés à retenir de la 13^e édition de la Conférence internationale sur la reproduction, la grossesse et les maladies rhumatismales

Les 10 principales avancées scientifiques financées par la Société de l'arthrite du Canada

Perspective d'une patiente : Lucy Kovalova-Woods

Prix, nominations et distinctions

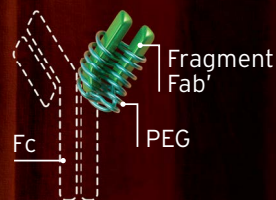
Les docteurs Cheryl Barnabe, Erkan Demirkaya, Lynn Hamilton, Gillian Hawker, Catherine Ivory, Shahin Jamail et Brent Ohata sont à l'honneur

Consultation de couloir

Évaluation des risques d'AVC liés à une artérite à cellules géantes

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-2500021F

CIMZIA[®]
(certolizumab pegol)

Longévité : trois facettes de la rhumatologie

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« La qualité de la vie, et non sa longévité, est ce qui compte. » – *Martin Luther King, Jr.*

« Longue vue et prospérité. » – *Spock, Star Trek*

« Que tu vives jusqu'à 120 ans. » – *Bénédiction juive traditionnelle*

La longévité, la durée de vie en bonne santé, les « zones bleues » (endroits où l'on trouve de nombreux centenaires) et les *biohacks* ont actuellement le vent en poupe dans les médias traditionnels et sociaux. Ces concepts ne sont pas entièrement nouveaux. Mon intérêt a été éveillé par trois liens avec la rhumatologie que j'ai découverts en explorant le sujet.

Le Dr James Fries, rhumatologue pionnier à Stanford, est connu pour avoir créé la base de données ARAMIS (Arthritis, Rheumatism and Aging Medical Information System) financée en 1975 par le National Institute of Health (NIH). Il a également développé le questionnaire original d'évaluation de la santé (HAQ), que nous utilisons tous dans nos cliniques sous une forme modifiée à ce jour. Son article publié en 1980 dans le *New England Journal of Medicine* (NEJM)¹ et son discours liminaire prononcé en 1982 à l'Institute of Medicine² traitaient de la plasticité du vieillissement, de la mort naturelle, de la sénescence et du concept de « compression de la morbidité », dans le but d'améliorer la durée de vie en bonne santé plutôt que la durée de vie. Il a émis l'hypothèse que des comportements sains — faire de l'exercice, bien manger, arrêter de fumer, passer régulièrement des examens médicaux et recevoir un traitement précoce — pourraient modifier la trajectoire de santé d'un individu, le faisant passer d'une mauvaise santé et de maladies chroniques pendant de nombreuses années à une bonne santé jusqu'à la fin de sa vie³.

Adopter des comportements sains, c'est très bien, mais il est dans la nature humaine de rechercher des raccourcis. Malheureusement, comme je l'ai appris en assistant récemment à une conférence donnée par la Dr^{ce} Coleen Murphy et en lisant son livre *How We Age: The Science of Longevity*, il n'existe pas vraiment de raccourcis. Cependant, nombreux sont ceux qui ont d'autres idées. On m'a offert un livre intitulé *Outlive: The Science and Art of Longevity*, écrit par le Dr Peter Attia, un gourou de la longévité récemment discrédité par son apparition dans les dossiers Epstein. J'ai apprécié les conseils sur l'exercice physique et la santé émotionnelle, mais je ne prévois pas de commencer à prendre de la metformine ou de la rapamycine pour leurs bienfaits potentiels sur la longévité.

Parallèlement, le Dr Michael Roizen, directeur du bien-être à la Cleveland Clinic et ancien consultant médical en chef de l'émission *The Dr. Oz Show*, a écrit un ouvrage sur ce sujet intitulé *The Great Age Reboot*. Il s'est maintenant associé

à d'autres pour lancer *Lifespan Edge*, avec des cliniques proposant le traitement par échange plasmatique thérapeutique (TPE), présenté comme « une thérapie révolutionnaire pour la longévité qui filtre les molécules nocives de votre circulation sanguine, telles que les protéines inflammatoires, les anticorps et les toxines, et remplace votre plasma par une solution propre et stérile. Considérez cela comme une « mise à jour du système » au niveau cellulaire. »⁴.

Je laisserai le TPE aux milliardaires de la technologie, ainsi que les injections de cellules souches, mais le flot d'informations continue de jaillir.

En décembre 2025, j'ai assisté à une conférence via Zoom présentée par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, mettant en vedette leur professeur résident 2025, le Dr Bertalan Mesko. Connu sous le nom de « futuriste médical », ce médecin basé à Budapest est spécialisé dans l'intelligence artificielle (IA) et les technologies numériques de la santé. Sa conférence était l'une des meilleures auxquelles j'ai assisté sur le sujet. J'ai alors commencé à le suivre sur LinkedIn, où je suis tombé sur son article « *Inside the World's Most Comprehensive Longevity Package* »⁵. Le PDG d'une société appelée MediPredict a contacté le Dr Mesko pour lui proposer leur programme complet de prévention en matière de longévité et de santé, d'une valeur normale de 20 000 euros. Il n'a pas pu résister. La société propose « un large éventail de services, notamment le séquençage complet du génome, la métagénomique du microbiome, la métabolomique, des paramètres de laboratoire approfondis et des diagnostics par imagerie ». Qu'est-ce que cela impliquait pendant un mois de tests? Tout ce qui suit, plus quatre consultations pour examiner les résultats :

Séquençage complet du génome (avec analyses spécialisées telles que le cancer ou les maladies cardiovasculaires, en fonction des antécédents familiaux), analyses sanguines (plus de 300 marqueurs, des hormones et vitamines aux marqueurs tumoraux et au test de tolérance au glucose), tests microbiologiques, échographie abdominale, analyse de la composition corporelle (DEXA), angiographie coronarienne par tomographie par ordinateur (CT), angiographie crânienne par résonance magnétique (IRM), ostéodensitométrie, IRM du corps entier, surveillance ambulatoire de la pression artérielle, patch d'électrocardiographie (ECG), test d'effort, test d'âge

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 direc
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

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 trouvez 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 : avril 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.

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

Longévité : trois facettes de la rhumatologie

Suite de la page 3

biologique à partir du sang, ECG au repos et à l'effort, test du sommeil, journal alimentaire, spirométrie, surveillance continue de la glycémie, analyse du sperme, examens physiques (dermatologie, otorhinolaryngologie (ORL), gastroentérologie, médecine interne, neurologie, ophtalmologie, urologie), gastro- et coloscopie, et test de toxicité! Cela nécessitait jusqu'à quatre tests par jour et était non seulement physiquement mais aussi émotionnellement éprouvant, en particulier en ce qui concerne ce que le D^r Masko a qualifié de *FOFO* (« *Fear of Finding out* » si les résultats étaient préoccupants).

Quels ont été les résultats? Certaines variantes génétiques potentiellement significatives ont été mises en évidence, ainsi que des tests positifs pour le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-ADN double brin, probablement sans importance chez un homme de 41 ans en bonne santé et asymptomatique. Lorsque vous prescrivez autant de tests à une personne dont la probabilité pré-test d'une maladie rhumatismale est faible, certains seront positifs, comme le savent tous les rhumatologues. Les conseils alimentaires après tous ces tests : « réduire la consommation globale de graisses et légèrement diminuer les glucides, en accordant une attention particulière à la qualité des protéines plutôt qu'à leur quantité, limiter les aliments frits, les graisses en excès, la consommation rapide ou excessive d'alcool, les apports protéiques importants en une seule fois et les viandes fortement transformées. L'apport en fibres et l'hydratation ont été soulignés comme des éléments à maintenir ou à augmenter. » J'aurais pu donner ces conseils de bon sens sans avoir recours à des tests coûteux.

Quelles ont été certaines des conclusions du D^r Masko?

- 1) La longévité exige BEAUCOUP d'efforts, de temps, d'intimité et d'argent;
- 2) Vivre longtemps s'accompagne de BEAUCOUP d'inquiétudes liées à la santé;
- 3) Le fardeau du bruit (résultats fortuits) dans les données est un problème;
- 4) Le mode de vie reste le facteur le plus déterminant pour la longévité. Malgré tous ces tests *high-techs*, les actions les plus efficaces restent l'activité physique/l'exercice, l'alimentation, le sommeil, la gestion du stress, les liens sociaux et la prévention des expositions nocives.

Un éditorial publié dans le numéro de Noël 2025 du *British Medical Journal* (BMJ) sur la science de la médecine de la longévité a renforcé ces mêmes idées. « Malgré le battage médiatique autour des nouvelles thérapies de longévité, les preuves les plus solides en faveur de l'allongement de la durée de vie en bonne santé restent les interventions structurées en matière de médecine du mode de vie. »... La médecine du mode de vie couvre des facteurs tels que l'alimentation, le sommeil, l'exercice physique, les relations sociales, la relaxation et l'évitement des habitudes néfastes... Une importance excessive accordée aux interventions spéculatives risque de

détourner l'attention des mesures fondées sur des preuves solides en matière de mode de vie. Des changements durables dans l'alimentation, l'activité physique, le sommeil et les relations sociales donnent systématiquement de meilleurs résultats que les alternatives pharmacologiques »⁶.

Peut-on trouver au Canada des cliniques spécialisées dans la médecine de la longévité avec une approche rhumatologique? Oui, c'est possible. Deux rhumatologues ontariens, le D^r Saeed Shaikh et le D^r Derek Haaland, ont ouvert la Precision Longevity Medical Clinic à St. Catharines, en Ontario⁷. La promesse : « Grâce à notre dépistage approfondi, à nos vastes bases de données et à nos plans d'action holistiques personnalisés, optimisez votre espérance de vie en bonne santé et libérez votre potentiel de longévité. » Je connais bien ces slogans désormais, et les tests vont du fibroscan à l'IRM du corps entier, en passant par l'analyse complète du génome ADN et les tests sanguins de détection précoce de plusieurs cancers par biopsie liquide. Des médicaments favorisant la longévité sont apparemment disponibles en fonction du niveau de programmation de longévité sélectionné. Tout cela semble très intéressant. Faites-moi savoir si vous essayez. Je peux vous assurer que vous ne me rencontrerez pas dans la salle d'attente de la clinique.

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

Références :

1. Fries J.F. Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. *New England Journal of Medicine*. 1989; 303:130-35.
2. Fries J.F. The Compression of Morbidity. *Milbank Q*. 2005 Dec; 83(4):801-823. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00401.
3. Goldman B. Stanford Medicine professor James Fries, proponent of healthy aging, dies at 83. Disponible au <https://med.stanford.edu/news/all-news/2021/12/james-fries-obituary.html>. Consulté le 1^{er} février 2026.
4. The Science of Feeling Better, Longer. Disponible au <https://lifespan-edge.com/services/>. Consulté le 1^{er} février 2026.
5. Inside the World's Most Comprehensive Longevity Package. Disponible au <https://medicafuturist.com/inside-the-worlds-most-comprehensive-longevity-package>. Consulté le 1^{er} février 2026.
6. Joshi M, Singh S, Rowley N. Science of longevity medicine. *BMJ*. 2025; 391 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.r2536> (Publié le 12 décembre 2025).
7. Precision Longevity. Disponible au <https://precisionlongevity.ca/>. Consulté le 1^{er} février 2026.

La TEP/TDM numérique au ^{18}F -FDG comme outil diagnostique de première intention pour l'artérite à cellules géantes crânienne

Par Aubert Roy, PGY-4; Nandini Dendukuri, Ph. D.; Jean-Paul Makhzoum, M.D., FRCPC; Marie Hudson, M.D., MPH, FRCPC; Michael Stein, M.D., FRCPC; Étienne Rousseau, M.D., FRCPC; Patrick Liang, M.D., FRCPC; Leonard Levin, M.D., Ph. D., FRCPC; Christian Pineau, M.D., FRCPC; et Gad Abikhzer, M.D., FRCPC



Grâce à une subvention de l'ICORA, nous avons mené une étude prospective internationale afin de relever un défi persistant en rhumatologie : le diagnostic précis de l'artérite à cellules géantes (ACG). Bien que la biopsie de l'artère temporale et l'échographie restent les tests diagnostiques standard, ils présentent des limites en termes de sensibilité et de dépendance à l'opérateur. Bien que la TEP/TDM au ^{18}F -FDG soit reconnue pour détecter l'inflammation des gros vaisseaux, elle n'était pas recommandée comme test de première intention pour la AC crânienne, car les anciens appareils analogiques n'avaient pas la résolution nécessaire pour visualiser les petites artères crâniennes. Les systèmes TEP/TDM modernes utilisant la technologie numérique bénéficient d'une résolution nettement améliorée, ce qui permet de détecter des lésions plus petites, telles que l'inflammation active des vaisseaux de la tête et du cou. L'objectif de notre étude était d'évaluer la précision diagnostique de ces appareils numériques par rapport à l'échographie chez les patients suspects d'être atteints d'ACG.

Nous avons recruté des patients âgés de 50 ans ou plus présentant des symptômes classiques de l'ACG dans cinq centres au Canada, en France et aux Pays-Bas, qui ont subi un examen TEP/TDM au ^{18}F -FDG dans les trois jours suivant le début du traitement par corticostéroïdes. La cohorte comprenait 84 patients inclus dans l'analyse finale, le diagnostic clinique final

servant de référence après six mois de suivi. Les images ont été interprétées par des experts en aveugle à l'aide d'échelles de notation visuelle standardisées.

Les résultats ont démontré que la TEP/TDM numérique au ^{18}F -FDG offre des performances diagnostiques supérieures. En intégrant l'évaluation des vaisseaux crâniens, désormais possible de manière fiable avec les appareils TEP/TDM numériques, la sensibilité était de 86 % et la spécificité de 100 % pour le diagnostic de l'ACG. En comparaison, le DUS a démontré une sensibilité de 68 % et une spécificité de 93 %. De plus, l'analyse bayésienne a indiqué une probabilité de 98 % que la TEP/TDM numérique surpasse l'échographie en termes de sensibilité.

Cette étude confirme que la TEP/TDM numérique au ^{18}F -FDG est une technique non invasive très précise pour diagnostiquer l'ACG, en particulier chez les patients présentant des symptômes crâniens. En permettant une évaluation intégrée des vaisseaux crâniens et des gros vaisseaux, la TEP/TDM numérique peut désormais être considérée comme une modalité diagnostique de première intention viable. En validant la précision de la TEP/TDM numérique, cette étude fournit les preuves nécessaires pour privilégier l'imagerie haute résolution comme modalité de première intention, ce qui pourrait réduire la fréquence des biopsies invasives dans les soins standard de l'ACG.

Créer une dynamique ensemble : feuille de route stratégique de la FSCR pour 2030



La Fondation de la Société canadienne de rhumatologie (FSCR) poursuit sur sa lancée en soutenant la recherche, l'éducation et la défense des droits afin d'améliorer les soins prodigués aux personnes atteintes de maladies rhumatismales partout au Canada.

Créée en 2022, la FSCR a été mise sur pied afin d'offrir une plateforme caritative nationale qui complète le travail de la SCR. Son objectif est simple, mais important : créer des occasions significatives de philanthropie qui aident les professionnels de la rhumatologie à faire progresser les soins, la formation et la recherche. Guidée par sa vision (guérir les maladies rhumatismales, grâce à vous), la Fondation entre dans une nouvelle phase de croissance passionnante.

L'année 2025 a été marquée par d'importants progrès. Le premier « Ralliement pour la rhumatologie » a réuni des rhumatologues, des stagiaires, des patients et des alliés de tout le pays, permettant de recueillir plus de 85 000 dollars tout en renforçant le sentiment d'appartenance à une cause commune et la dynamique existante. Parallèlement, la FSCR a continué à proposer son programme de bourses d'été, soutenant ainsi des chercheurs(euses), des mentors et des étudiant(e)s d'un océan à l'autre. L'année a également été marquée par le lancement du Fonds de recherche communautaire, qui élargit

les possibilités de soutien à la recherche communautaire et systémique. En coulisses, la FSCR a entrepris un examen approfondi de l'Initiative canadienne pour les résultats en rhumatologie (ICORA), en écoutant attentivement les bailleurs de fonds et les parties prenantes afin de s'assurer que le programme continue de refléter les besoins et les priorités de la communauté rhumatologique.

Pour l'avenir, l'année 2026 sera axée sur le renforcement de ces bases solides. Il est prévu de lancer une version actualisée du programme de l'ICORA, de développer le « Ralliement pour la rhumatologie » en tant que campagne nationale phare et d'étendre le soutien aux étudiants, à la recherche communautaire et à l'éducation. La FSCR continuera également à renforcer ses partenariats avec l'industrie, les fondations et le gouvernement, tout en augmentant sa visibilité nationale grâce à une communication coordonnée et à la mise en avant de témoignages.

Alors que la FSCR se tourne vers 2030, l'accent reste mis sur la collaboration : instaurer la confiance, partager l'impact et créer des opportunités pour la communauté rhumatologique et ses partisans afin de contribuer à façonner un avenir plus solide pour les soins aux patients et la recherche au Canada.

Aller de l'avant ensemble : durabilité en rhumatologie

Par la D^{re} Stephanie Tom, au nom du Groupe de travail sur la santé planétaire de la SCR



Le Groupe de travail sur la santé planétaire de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) a été créé en 2024. Il est composé des D^s Philip Baer, Claire Barber, Sasha Bernatsky, Molly Dushnicky, Beth Hazel, Fergus To et Stephanie Tom (présidente). Au printemps 2025, nous avons lancé une boîte à outils bilingue sur la durabilité après avoir recueilli les commentaires d'autres rhumatologues, professionnels de la santé et groupes de patients. Cette boîte a été téléchargée plus de 500 fois au cours des neuf premiers mois. À l'automne 2025, nous avons diffusé les balados *Around the Rheum (Autour de la rhumato)* en anglais et en français. Au cours de la dernière année, nous avons accumulé des milliers d'impressions sur les comptes LinkedIn et X de la SCR sur les médias sociaux.


Nous avons présenté nos travaux dans le cadre de REACT-Rheum, de la Coalition canadienne pour des soins de santé écologiques, de l'Association canadienne des médecins pour l'environnement, du réseau CASCADES, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, de plusieurs cycles universitaires, de l'Association australienne de rhumatologie, de l'American College of Rheumatology et des conférences Choisir avec soins à Winnipeg (2025) et à Toronto (2026). Nous remercions la SCR pour son soutien et son aide en matière de communication, ainsi que la Fondation du Collège royal et Choisir avec soins pour leurs subventions. Pour conclure les activités de notre groupe de travail pour 2026, nous lançons *RheumBingo!* un outil ludique visant à mettre en œuvre les mesures les plus efficaces dans les cabinets de rhumatologie afin de réduire notre empreinte carbone.

Inspiré par notre jeu *RheumJeopardy!* organisé lors de notre réunion scientifique annuelle, des points seront attribués à l'équipe Ouest ou à l'équipe Est. Les équipes seront équilibrées, l'Ontario servant de ligne de démarcation. L'Ouest comprend London, Kitchener, Waterloo, Guelph, Hamilton et plus à l'ouest, tandis que l'Est comprend Oakville, Mississauga, Toronto et plus à l'est. Les catégories de points sont

Or (9/9 tâches ci-dessous accomplies; vaut 3 points), Argent (6-8 tâches/2 points) et Bronze (4-5 tâches/1 point). Ceci est un événement déclaré par les participants eux-mêmes, et les points sont attribués par membre de la SCR. Ainsi, si une équipe de trois rhumatologues d'une clinique partagée participe, vous recevez le triple des points pour votre équipe. Pour les soumissions et les questions supplémentaires, vous pouvez nous contacter à l'adresse info@rheum.ca.

- Déprescription** : les deux tiers de l'empreinte carbone du secteur des soins de santé sont liés à la chaîne d'approvisionnement, qui comprend les médicaments et les équipements que nous utilisons. En réduisant la polypharmacie, nous réduisons également le cycle de vie de la fabrication, du transport, de l'utilisation et de l'élimination des produits (par exemple, en réduisant progressivement les thérapies avancées lorsque cela est cliniquement approprié, en concertation avec les patients, ou en réduisant les tests de laboratoire inutiles)^{1,2,3}.
- Réduire les déchets** : la plupart des déchets médicaux peuvent être envoyés en toute sécurité dans des décharges, mais tout ce qui est considéré comme présentant un risque biologique doit être incinéré, ce qui entraîne des émissions de carbone plus élevées que dans les décharges⁴. En veillant à ce que le tri soit effectué correctement au niveau des utilisateurs, nous réduisons les coûts liés à l'élimination des déchets pour les cliniques (par exemple l'hygiène des mains avec des gants dans certains contextes cliniques où il n'y a pas de problèmes de contrôle des infections ou de procédures invasives). Encouragez les patients à apporter leurs propres vêtements adaptés aux examens physiques.
- Élimination sécuritaire des médicaments** : les médicaments envoyés dans les décharges ou jetés dans

RHEUMBINGO!

DÉPRESCRIPTION	PARCS SUR ORDONNANCE	RÉGIME MÉDITERRANÉEN
RÉDUIRE LES DÉCHETS	 VOTRE IDÉE ICI	MÉDECINE PRÉVENTIVE
TABLE D'EXAMEN SANS ROULEAU DE PAPIER	ÉLIMINER SANS DANGER LES MÉDICAMENTS	PRENEZ LA PAROLE

les toilettes finissent dans les eaux souterraines et d'autres sources. Vous pouvez demander aux patients de rapporter les médicaments inutilisés à leur pharmacie afin qu'ils soient éliminés de manière sécuritaire⁵.

- Médecine préventive** : l'arrêt du tabac (en raison du lien entre le tabagisme et les poussées de maladies autoimmunes) et la recommandation de vaccins (par exemple, les vaccins contre la grippe saisonnière) pourraient réduire les risques d'hospitalisation et de visites aux urgences⁶.
- Prescription d'exercice physique ou de plein air** : encourager l'activité physique (en fonction des intérêts du patient, de son accès et de l'état de sa maladie) améliore ses capacités fonctionnelles⁷. Tout professionnel de la santé (médecin, infirmier(ère), ergothérapeute ou physiothérapeute) peut prescrire un laissez-passer gratuit par mois pour les parcs nationaux du Canada dans le cadre du programme PaRx⁸.
- N'utilisez pas de rouleaux de papier pour table d'examen** : il est prouvé que les surfaces les plus touchées sont les côtés de la table⁹. Si les surfaces doivent être désinfectées, envisagez d'utiliser des chiffons lavables et des solutions à base d'alcool éthylique ou isopropylique à 70 % ou plus¹⁰.
- Régime méditerranéen et options à base de plantes** : il existe des preuves que le régime méditerranéen améliore les maladies autoimmunes et la santé cardiovasculaire. Les régimes à base de plantes ont généralement une empreinte carbone beaucoup plus

faible que les régimes riches en viande rouge. Les options alimentaires doivent tenir compte de la diversité culturelle, des coûts et des distances de transport des denrées alimentaires^{11,12}.

- Faites entendre votre voix** : plaidez en faveur d'options d'approvisionnement écologiques; mentionnez l'importance de réduire les plastiques à usage unique et les emballages des médicaments (une étude préliminaire française indique que les seringues préremplies ont des coûts d'émission beaucoup plus faibles que les auto-injecteurs); participez à des ateliers ou envisagez des projets d'amélioration de la qualité sur l'impact (planétaire et/ou financier) des changements environnementaux^{13,14}.
- Insérez votre idée ici!** Choisissez une idée qui vous plaît et racontez-nous ce que vous avez fait. Pour plus d'idées, consultez la boîte à outils sur la durabilité de la SCR au <https://rheum.ca/fr/resources/la-sante-planetaire-et-la-rhumatologie/>.

Stephanie Tom, M.D., FRCPC

Vice-présidente, Société canadienne de rhumatologie (SCR)
Présidente du groupe de travail sur la santé planétaire de la SCR
Trillium Health Partners
Mississauga (Ontario)

Références :

- Tennison I, Roschnik S, Ashby B, et coll. Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. *Lancet Planet Health*. 2021;5(2):e84-e92.
- Hazlewood G, Jung M, Kaminska E, et coll. One-Year Outcomes After Decision Aid-Led Tapering of Advanced Therapy in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Rheumatology*. 2025;52(2):26-27.
- Ulijn E, den Broeder N, Bevers K, et coll. Long-Term Routine Laboratory Toxicity Monitoring of Immunomodulatory Drugs in Rheumatoid Arthritis: A Retrospective Cohort Study. *Annals of Internal Medicine*. 2025;178(10):1400-1408.
- Duong D. Improper disposal of medical waste costs health systems and the environment. *CMAJ*. 2023;195(14):E518-519.
- Health Products Stewardship Association. Disponible au healthsteward.ca. Consulté le 24 janvier 2026.
- Bass A, Chakravarty E, Akl E, et coll. 2022 American College of Rheumatology Guideline for Vaccinations in Patients With Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Arthritis Care & Research*. 2023;75(3):449-464.
- Andonian B and Lassell R. Physical Activity for Human and Planetary Health: Incorporating Green Exercise in the Management of Rheumatic Disease. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2026;52(1):163-180.
- PaRx. Disponible au <https://www.parkprescriptions.ca/en-ca>. Consulté le 24 janvier 2026.
- Chiarritti N, Graves Z, Lavoie C, Reid RER. Does Examination Table Paper Use Mitigate the Risk of Disease Transmission in a Family Medicine Clinic? *Ann Fam Med*. 2024;22(3):230-232.
- Public Health Ontario Infection Prevention and Control for Clinical Office Practice. 2015. Disponible au www.publichealthontario.ca/-/media/documents/B/2013/bp-clinical-office-practice.pdf. Consulté le 24 janvier 2026.
- England B, Smith B, Baker N, et coll. 2022 American College of Rheumatology Guideline for Exercise, Rehabilitation, Diet, and Additional Integrative Interventions for Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research*; 2023;75(8):1603-1615.
- Katsumoto TR, Sung LH, Shah NS. Food as Medicine for Rheumatic Diseases and Planetary Health. *Rheum Dis Clin North Am*. 2026;52(1):181-201.
- Moninot I, Chapurlat R, Feurer E, et coll. Abstract Number 0995: What Is the Carbon Footprint of Adalimumab Originator and Its Various Biosimilar Drugs? American College of Rheumatology Convergence 2024.
- Sustainable quality improvement & patient safety. CASCADES Disponible au <https://cascadescanada.ca/action-areas/quality-improvement-patient-safety/>. Consulté le 24 janvier 2026.

L'empreinte environnementale des médicaments rhumatologiques : ce que les prescripteurs doivent savoir

Par Neha Mathur, M.D.; et Myles Sergeant, M.D., FCFP

Chaque ordonnance que nous délivrons en tant que médecins cache un parcours complexe à travers les processus de production et les chaînes d'approvisionnement qui s'étendent souvent au-delà des frontières internationales, à l'insu des patients et des prestataires de soins. Notre article « Le parcours d'un comprimé » en donne un exemple concret en retraçant en détail le parcours mondial d'un seul comprimé de clonazépam, un médicament fréquemment prescrit pour traiter divers troubles médicaux tels que l'insomnie, l'anxiété et les troubles convulsifs¹. En suivant le parcours de l'extraction, de la fabrication, du transport, de la distribution et de l'élimination, nous estimons que chaque comprimé parcourt généralement plus de 52 000 km avant même d'atteindre le patient (figure 1). Ce parcours mondial n'est pas propre au clonazépam; il reflète l'empreinte environnementale plus large inhérente à presque tous les médicaments que nous prescrivons.

L'approvisionnement désigne le processus par lequel les systèmes acquièrent les fournitures et services essentiels nécessaires aux soins des patients. Il représente l'un des principaux secteurs émetteurs de gaz à effet de serre (GES) du système de santé. Selon une évaluation du Service national

de santé britannique, les médicaments représentent environ 25 % des émissions de GES dans les systèmes de santé². Les produits pharmaceutiques ont un impact disproportionné en raison de la complexité des chaînes d'approvisionnement et de la mondialisation de la fabrication. Il est important de noter que les médicaments dits « traditionnels », c'est-à-dire ceux que nous prescrivons régulièrement depuis des années, voire des décennies, ont souvent le plus grand impact sur l'environnement, car leur empreinte cumulative en matière de production et de distribution augmente avec le temps. Cela représente une opportunité majeure pour les médecins, car une prescription judicieuse et réfléchie peut réduire considérablement l'impact environnemental.

Les médicaments rhumatologiques présentent de nombreuses caractéristiques uniques qui peuvent augmenter de manière disproportionnée leur impact sur l'environnement. Par exemple, les patients atteints de maladies rhumatologiques suivent souvent des traitements traditionnels, dont beaucoup commencent dès leur plus jeune âge. En particulier au début de la maladie, il peut être nécessaire d'essayer plusieurs médicaments avant de trouver un traitement stable, que ce soit en raison d'un changement non médical, d'ajus-

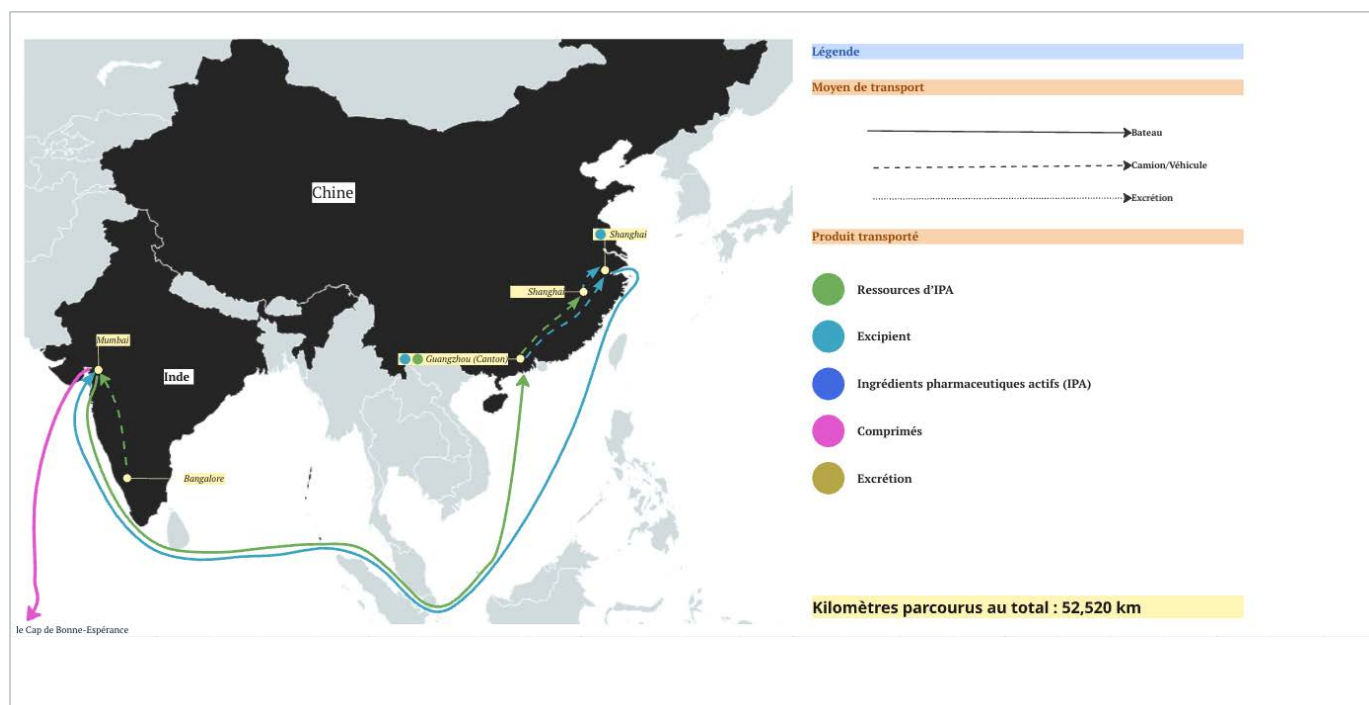


Image réalisée par Yusra Naqvi.

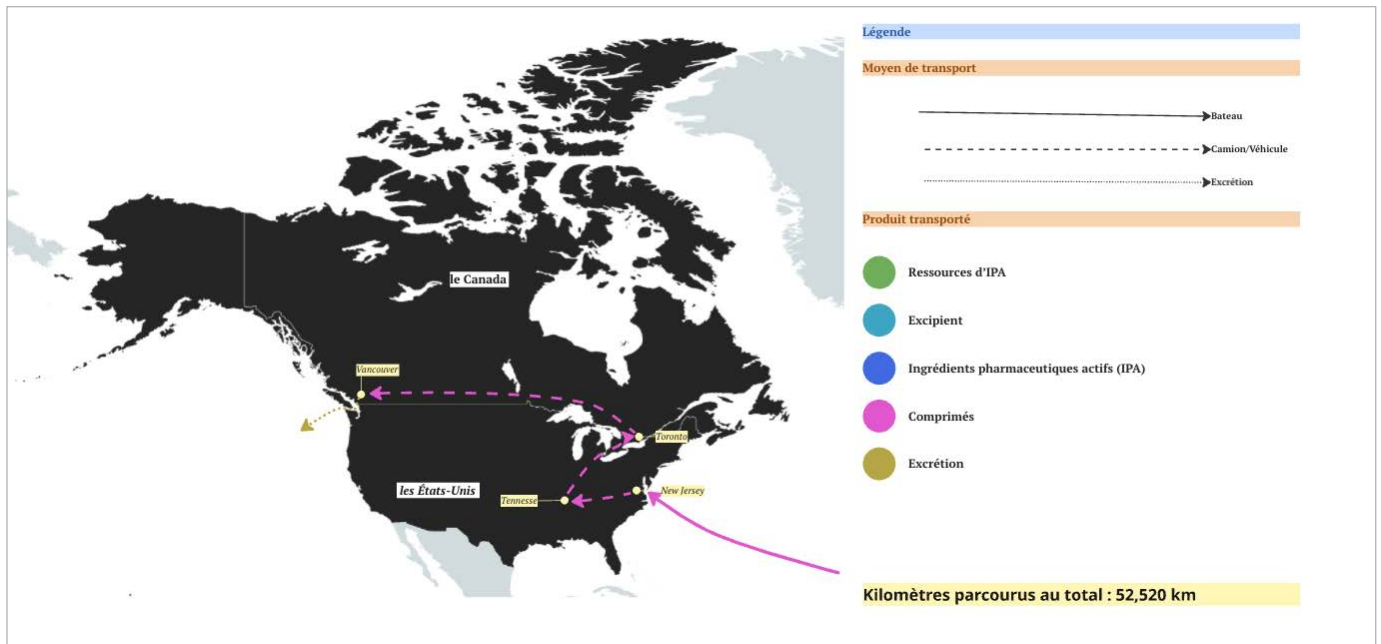


Image réalisée par Yusra Naqvi.

tements de la posologie ou d'une fragmentation des soins. Lorsque les traitements sont souvent longs et nécessitent beaucoup de ressources pour être produits et distribués, la stabilité des prescriptions réduit les médicaments inutilisés, minimise le transport dans la chaîne du froid et les expéditions urgentes, et permet aux chaînes d'approvisionnement de fonctionner plus efficacement. De plus, le domaine de la rhumatologie a vu l'augmentation de l'utilisation de médicaments biologiques, qui ont leurs propres caractéristiques en matière d'impact environnemental, car ils ont souvent une empreinte environnementale élevée dans leur processus de fabrication. Comme le souligne le document « *Sustainable Health Care: An Implementation Guide for Rheumatology* », les traitements biologiques et synthétiques ciblés génèrent également d'importants déchets en aval, notamment par le biais des dispositifs d'administration, de l'élimination des objets tranchants et des consommables liés à la perfusion³. Cela rend les stratégies de réduction des déchets, telles que les programmes de conteneurs réutilisables pour objets tranchants et l'élimination appropriée des médicaments, particulièrement pertinentes dans cette spécialité. En outre, une coordination réfléchie des changements de médicaments et des transitions vers des biosimilaires peut contribuer à éviter les prescriptions parallèles, le stockage et l'élimination inutile de médicaments, préservant ainsi les ressources environnementales et systémiques.

En gardant à l'esprit le parcours de chaque ordonnance, nous, prescripteurs, disposons de nombreux moyens d'influencer consciemment l'empreinte environnementale générée par nos soins. Il est par exemple important de militer au sein des systèmes hospitaliers, des cabinets médicaux et des pharmacies pour que l'impact des fournisseurs choisis soit soigneusement pris en compte. Influencer les décisions d'approvisionnement grâce à notre expertise clinique peut conduire à des choix plus durables en amont. Évaluer nos

propres pratiques de prescription et réduire ou stabiliser la prescription lorsque cela est cliniquement approprié peut réduire davantage le gaspillage. Impliquer les stagiaires dès le début de leur formation pour leur inculquer ces concepts peut avoir des effets significatifs en aval et conduire à un changement de culture visant à prendre en compte la durabilité dans les décisions quotidiennes relatives aux soins des patients. Comprendre le parcours caché de nos médicaments nous rappelle que la durabilité n'est pas un simple ajout aux soins cliniques — elle est intégrée à chaque décision de prescription que nous prenons.

Neha Mathur, M.D.
Résidente en médecine interne,
Université Western

Myles Sergeant, M.D., FCFP
Médecin de famille,
Hamilton Health Sciences et Shelter Health Network
Directeur général,
Coalition canadienne pour des soins de santé écologiques

Images réalisées par :
Yusra Naqvi, M. Sc.
Assistante de recherche,
Université McMaster

Références :

1. Kaur H, Parascandolo F, Krantzberg G, Ko E, Mathur N, Gill A. S, Razack F, & Sergeant M. Journey of a pill. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 2025; 71(4):263-269. <https://doi.org/10.46747/cfp.7104263>
2. Areas of focus. London, UK: National Health Service England. Disponible au www.england.nhs.uk/greenernhs/a-net-zero-nhs/areas-of-focus. Consulté le 29 janvier 2026.
3. Tom S, Barber C, Bernatsky S, Hazel E, Dushnicky M, Baer P, To F, Mendel A, Kaminski J, Sypus A & Waddington K. (2025). Sustainable Healthcare: An Implementation Guide for Rheumatologists. Canadian Coalition for Green Health Care & Canadian Rheumatology Association.

Plaidoyer en faveur de la santé planétaire

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

L'Association médicale canadienne, ainsi que d'autres organisations, ont qualifié le changement climatique de « situation d'urgence de niveau rouge » pour l'humanité. Cette formulation permet de mettre en évidence les répercussions importantes du changement climatique sur la santé humaine ainsi que l'urgence du problème. En effet, une proportion croissante de Canadiens subissent les répercussions importantes du changement climatique sur leur santé, notamment les déplacements directs dus aux incendies de forêt, aux inondations et à d'autres phénomènes météorologiques extrêmes, ainsi que les risques élevés pour la santé liés à la mauvaise qualité de l'air pendant la saison des incendies de forêt et à la chaleur extrême. Les communautés autochtones ont été touchées de manière disproportionnée par ces événements. De même, les personnes vivant dans des logements précaires, les personnes âgées, les enfants, les femmes enceintes et les personnes atteintes de maladies chroniques sont plus vulnérables aux effets du changement climatique sur la santé. Enfin, les répercussions du changement climatique sur la santé mentale ont atteint des proportions épidémiques, en particulier chez les jeunes.

Sur le plan personnel, je vis en Alberta depuis 2011, et ma province a connu certaines des pires catastrophes climatiques de l'histoire du Canada, notamment des feux de forêt massifs, des tempêtes de grêle, des sécheresses et des inondations. Chaque printemps, je regarde la rivière qui coule près de chez moi gonfler et je me demande si cette année encore, elle va déborder. En été, je me demande si je peux emmener ma petite fille jouer dehors. Je m'inquiète à l'idée de partir en famille à la montagne alors que le risque de feux de forêt est élevé, car les prévisions annoncent que la célèbre région de Bow Valley pourrait être ravagée par les flammes pendant un certain temps. Ces dernières années, ma famille a passé ses vacances dans plusieurs endroits qui ont été réduits en cendres l'année suivante, notamment le parc national Jasper. En 2023, ma fille a nagé dans un lac de l'intérieur de la Colombie-Britannique pendant que des bombardiers à eau y puisaient de l'eau pour éteindre les incendies que nous pouvions voir à proximité. Cette situation n'est pas normale. Je suis très inquiet pour le monde que nous laisserons aux générations futures. Ce stress est aggravé par le fait que de nombreuses politiques gouvernementales continuent de privilégier les intérêts et les profits de l'industrie plutôt que la stratégie environnementale à long terme. Ce manque de vision menace la santé de notre planète et a un coût élevé pour la santé et le bien-être humains¹. Cette myopie menace la santé de notre planète et coûte cher à la santé et au bien-être humains. Une stratégie fondée sur des preuves pour gérer l'anxiété liée au climat consiste à agir en faveur du climat. Au cours des dernières années, je me suis engagé de plus en plus activement sur plusieurs fronts, tant sur le plan personnel que



La D^e Barber anime un panel d'experts lors d'un événement intitulé « Science and the Cinema » organisé à la bibliothèque publique de Calgary pour discuter du film *Plastic People*.

professionnel, pour lutter contre le changement climatique, notamment par le biais du plaidoyer.

Les médecins sont depuis longtemps à l'avant-garde de la promotion de la santé, ce qui constitue d'ailleurs un principe fondamental de la compétence des médecins dans le cadre CanMEDS. Les médecins n'ont pas besoin d'être des climatologues; nous pouvons utiliser nos connaissances sur les effets du changement climatique sur la santé des populations dont nous nous occupons pour créer un plaidoyer fondé sur des preuves, enrichi de récits et d'impact. C'est ce qui permet de créer un message puissant en faveur du changement.

Quel est l'impact du changement climatique sur vous et votre famille?

Quel est l'impact sur vos patients?

À qui allez-vous en parler pour faire bouger les choses?

Même si devenir un défenseur de la cause du changement climatique et de la santé peut sembler intimidant, il y a beaucoup à faire, à petite et à grande échelle. Chaque petit geste compte. Voici quelques idées :



La D^{re} Barber lors d'une manifestation pour le climat organisée pendant la Conférence mondiale sur le pétrole dans le centre-ville de Calgary (le port du masque faisait partie d'une performance menée par l'un des groupes).

1. Écrivez une lettre à un rédacteur

- a. Truc de pro : collaborez avec des amis ou des étudiants en médecine pour rendre cela plus amusant.
- b. Consultez les liens ci-dessous pour voir des exemples :
 - <https://www.nationalobserver.com/2024/11/12/opinion/op-ed-alberta-coal-power-mine-expansion>
 - <https://healthydebate.ca/2024/09/topic/fossil-fuels-ban-ads-greenwash/>

2. **Lancer ou rejoindre une campagne existante** : cela peut être aussi simple que de signer une pétition ou de personnaliser et de transmettre une lettre à votre député provincial ou à un autre représentant du gouvernement.

- a. Vous voulez agir dès maintenant? Découvrez les campagnes actives menées par ces organisations :
 - <https://www.forourkids.ca>
 - <https://davidsuzuki.org/>
 - <https://cape.ca/>
 - <https://cpaws.org/take-action/>
 - <https://www.coalpetition.ca/>

3. **Demandez à rencontrer un représentant du gouvernement** : préparez-vous à l'avance en rédigeant un message simple et une demande claire. Demandez-lui si vous pouvez lui laisser une note d'orientation ou un document d'une page afin qu'il puisse diffuser le message, et si vous pouvez faire un suivi.

4. **Rejoignez un comité local ou une organisation nationale** : cela peut être aussi simple que de vous inscrire à une liste de diffusion pour vous tenir au courant des campagnes en cours. Vous pouvez également assister aux réunions mensuelles et vous impliquer davantage dans les événements locaux. En prime, vous ferez de nouveaux amis et vous saurez que vous n'êtes pas seul dans votre combat pour la lutte contre le changement climatique.

5. **Soutenir la communication avec le public** : cela peut se faire par le biais de conversations individuelles avec les patients, leur famille et leurs amis, ou en partageant ou en créant des publications sur les réseaux sociaux sur des sujets pertinents fondés sur des données probantes et liés aux effets du changement climatique sur la santé. Les organisations régionales ou locales peuvent également parrainer différents événements auxquels vous pouvez participer ou pour lesquels vous pouvez vous porter volontaire afin de sensibiliser le public, tels que des projections de films avec des panels d'experts ou d'autres événements communautaires.

6. **Participez à une manifestation pour le climat** : lorsque le Congrès mondial du pétrole ou le sommet du G7 se tient dans votre ville, faites-leur part de votre opinion. Rassemblez quelques amis, demandez à vos enfants de vous aider à fabriquer des pancartes et participez à une manifestation pacifique.

7. **Faites un don** : si vous n'avez pas le temps de faire tout ce qui précède, envisagez de faire un don à un groupe qui œuvre dans ce domaine.

Référence :

1. Canadian Climate Institute. The Costs of Climate Change: A Series of Five Reports (2020). Disponible au <https://climateinstitute.ca/reports/the-costs-of-climate-change/>. Consulté le 5 mars 2026.

*Claire E. H. Barber, M.D., Ph. D., FRCPC
Professeure agrégée,
Département de médecine,
Département des sciences de la santé publique
Vice-présidente associée chargée de la santé planétaire,
Département de médecine,
Cumming School of Medicine,
Université de Calgary*

Durabilité dans l'enseignement médical

Par Beth Hazel, OLY, MDCM, FRCPC, MM

La santé planétaire est dans tous les esprits. Nous nous inquiétons pour l'avenir de notre planète et essayons d'apporter des changements individuels pour améliorer la situation, mais nous reconnaissons tous que ce sont les changements à grande échelle qui ont le plus d'impact.

Il n'est pas surprenant que le nouveau plan stratégique du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada comporte une section consacrée à la promotion de la santé planétaire et des soins de santé durables. Il invite ses membres à promouvoir des soins de santé respectueux de l'environnement dans le cadre de notre responsabilité envers les générations futures et la stabilité à long terme du système de santé canadien. Ils reconnaissent que les médecins spécialistes et les équipes de soins de santé peuvent jouer un rôle unique en tant que gardiens de soins de santé durables et défenseurs de la santé des populations, y compris des groupes systématiquement marginalisés qui pourraient être plus fortement touchés par les changements climatiques.

Afin de soutenir la santé planétaire et les soins de santé durables, le Collège royal s'est fixé les objectifs suivants :

- Développement et conservation de ressources pédagogiques sur la santé planétaire et les soins de santé durables;
- Collaboration avec d'autres organisations pour définir et soutenir le rôle des médecins spécialistes dans le domaine de la santé planétaire.

À cette fin, ils ont reconnu l'importance d'ajouter la santé planétaire et les soins de santé durables au programme d'études des programmes de résidence. Dans la nouvelle version du cadre CanMEDs, l'enseignement et l'évaluation des compétences liées à la gestion environnementale seront intégrés aux exigences de formation et feront l'objet d'une surveillance en matière d'accréditation.

Dans le cadre de sa mission visant à soutenir la santé planétaire et les soins de santé durables, le Collège royal examine actuellement l'impact de l'organisation des examens et réfléchit à la manière de minimiser les déplacements et de réduire l'empreinte carbone associée à la tenue d'examen officiels. En outre, il s'efforce d'améliorer la gestion des ressources en revoyant ses responsabilités sociales afin d'élaborer un cadre en la matière.

Ils ont sélectionné certaines mesures pratiques que les spécialistes comme nous peuvent prendre pour réduire les dommages environnementaux au travail et ont produit une série de vidéos YouTube intitulée « Cette planète a deux minutes ».

Enfin, le Collège royal cherche à soutenir des groupes passionnés, comme notre propre groupe de travail de la SCR, en parrainant des projets et en contribuant à une coalition pour la santé planétaire composée de membres et d'organisations partenaires.

Lorsque nous enseignons une nouvelle compétence à nos stagiaires, nous leur disons que la clé de la maîtrise réside dans le principe « voir, faire, enseigner ». Il en va de même pour la préservation de notre planète, mais nous sommes tous à la fois élèves, enseignants et modèles. Cela fait partie de notre parcours d'apprentissage tout au long de la vie.

*Elizabeth M. Hazel, OLY, MDCM, FRCPC, MM
Directrice de la division de rhumatologie,
Centre universitaire de santé McGill
Vice-doyenne, PGME, CBME
Professeure agrégée de médecine,
Division de rhumatologie,
Université McGill*

Expositions environnementales et risque auto-immunitaire : implications pour la rhumatologie

Par Sasha Bernatsky, M.D., Ph. D.; et Autumn Neville, B. A.

Depuis plus d'une décennie, je m'intéresse vivement au lien entre la pollution atmosphérique et le dérèglement immunitaire, ainsi qu'au développement des maladies rhumatismales. Lorsque le *Journal de la Société canadienne de rhumatologie (JSCR)* m'a invité à écrire un article sur mes recherches dans ce domaine, j'étais ravie! Bien sûr, en rhumatologie, nous savons que les expositions environnementales, parallèlement à la prédisposition génétique, jouent probablement un rôle clé dans l'apparition et la progression de la maladie. Cependant, de nombreuses expositions qui sont des facteurs déclenchants importants pour certaines maladies rhumatismales autoimmunes (comme la silice respirable) sont relativement rares. La pollution atmosphérique, en revanche, est un facteur auquel tout le monde est exposé.

À partir d'importants ensembles de données provenant du Canada (et des États-Unis), mon groupe a examiné les particules fines (particules atmosphériques d'un diamètre inférieur à 2,5 µ, PM_{2,5}) et d'autres polluants atmosphériques courants en relation avec les auto-anticorps et les maladies rhumatismales cliniques. L'un des thèmes clés de cette recherche est l'identification de marqueurs précliniques de l'auto-immunité (tels que les auto-anticorps) qui peuvent être influencés par des expositions environnementales bien avant que les patients ne se présentent pour des soins rhumatologiques.

Plusieurs études ont suggéré l'existence d'un lien entre la pollution atmosphérique et les auto-anticorps. Dans le cadre d'une vaste analyse menée en Ontario, nous avons démontré qu'une exposition prolongée aux PM_{2,5} était associée à la présence d'anticorps antinucléaires (ANA) dans la population générale. Nous avons également constaté que l'exposition à la pollution atmosphérique industrielle, notamment au dioxyde de soufre et aux PM_{2,5}, était fortement corrélée à la présence d'anticorps anti-protéines citrullinées (ACPA) dans une cohorte québécoise. tant donné que la positivité aux ANA et aux ACPA peut précéder de plusieurs années l'apparition d'une maladie autoimmune systémique, ces résultats corroborent l'hypothèse selon laquelle la pollution atmosphérique pourrait agir à un stade précoce du processus auto-immunitaire, contribuant potentiellement à l'activation du système immunitaire.

Des travaux plus récents ont étendu ces conclusions à l'incidence des maladies. En nous appuyant sur des bases de données administratives relatives à la santé, nous avons examiné l'exposition à long terme aux PM_{2,5} ambiantes et l'apparition de maladies rhumatismales autoimmunes systémiques (SARD) et de polyarthrite rhumatoïde (PR). L'exposition aux PM_{2,5} a été associée à un risque accru de maladie incidente, même après prise en compte des principaux facteurs sociodémographiques. Collectivement, ces études renforcent la plausibilité biologique selon laquelle les particules inhalées provenant de la pollution atmosphérique favorisent l'inflammation systémique et le dérèglement immunitaire liés aux maladies rhumatologiques.

La rigueur méthodologique, notamment l'évaluation précise de l'exposition, les analyses de sensibilité et la prise en compte des facteurs de confusion potentiels, a toujours constitué un défi dans ce type de recherche. Bien que ces études soient observationnelles, leur convergence en termes de résultats (auto-anticorps et incidence de la maladie) souligne la pertinence de la qualité de l'air en tant qu'exposition environnementale modifiable dans le contexte du fardeau des maladies rhumatismales.

Parallèlement à ce programme de recherche, des rhumatologues de toute l'Amérique du Nord (et au-delà) ont œuvré à promouvoir le transfert des connaissances et l'engagement des cliniciens par le biais de REACTRheum (Rheumatology Engaged in Action for Climate Health). REACTRheum est un consortium international de rhumatologues, de chercheurs, de stagiaires et de professionnels de la santé associés qui s'intéressent à la santé planétaire et explorent les liens entre le changement climatique, la pollution atmosphérique et les maladies rhumatismales. Cette initiative fournit des ressources éducatives, des webinaires et favorise le dialogue sur la manière dont les considérations relatives à la santé environnementale peuvent être intégrées dans la pratique et la recherche en rhumatologie.

Les thèmes abordés récemment par REACTRheum vont des effets de la pollution sur la santé aux approches durables en matière de soins cliniques, avec pour objectif général de donner à la communauté rhumatologique les moyens de mener des actions et des campagnes de sensibilisation fondées sur des données probantes.

En résumé, les recherches récentes renforcent l'importance de la pollution atmosphérique en tant que facteur potentiel contribuant à l'auto-immunité et aux maladies rhumatismales systémiques, tandis que des initiatives telles que REACTRheum contribuent à traduire ces connaissances en actions éducatives, de sensibilisation et de mobilisation au sein de la communauté rhumatologique. J'espère que vous vous joindrez à nous! Pour plus d'informations et de ressources, rendez-vous sur le <https://reactrheum.org>.

Sasha Bernatsky, M.D., Ph. D.

Professeure de médecine titulaire de la chaire James McGill,
Département de médecine,
Université McGill
Chercheuse principale,
Centre de recherche et d'évaluation des résultats
Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill

Autumn Neville, B.A.

Coordonatrice de recherches,
Centre de recherche évaluative en santé
Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill

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

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

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

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

Pour de plus amples renseignements :

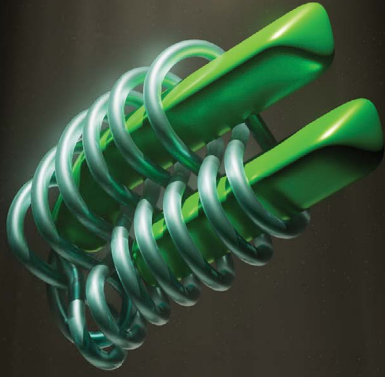
Consultez la monographie du produit à l'adresse ucb-canada.ca/fr/bimzelx pour obtenir des renseignements importants sur :

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

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

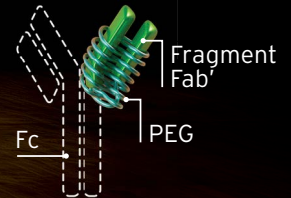
* La signification clinique comparative est inconnue.

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



Le fragment Fab' seulement

CIMZIA® - un fragment d'anticorps **pégylé** - est le seul anti-TNF α 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; TNF α : facteur de nécrose tumorale alpha

Veillez 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




cimzia[®]
(certolizumab pegol)

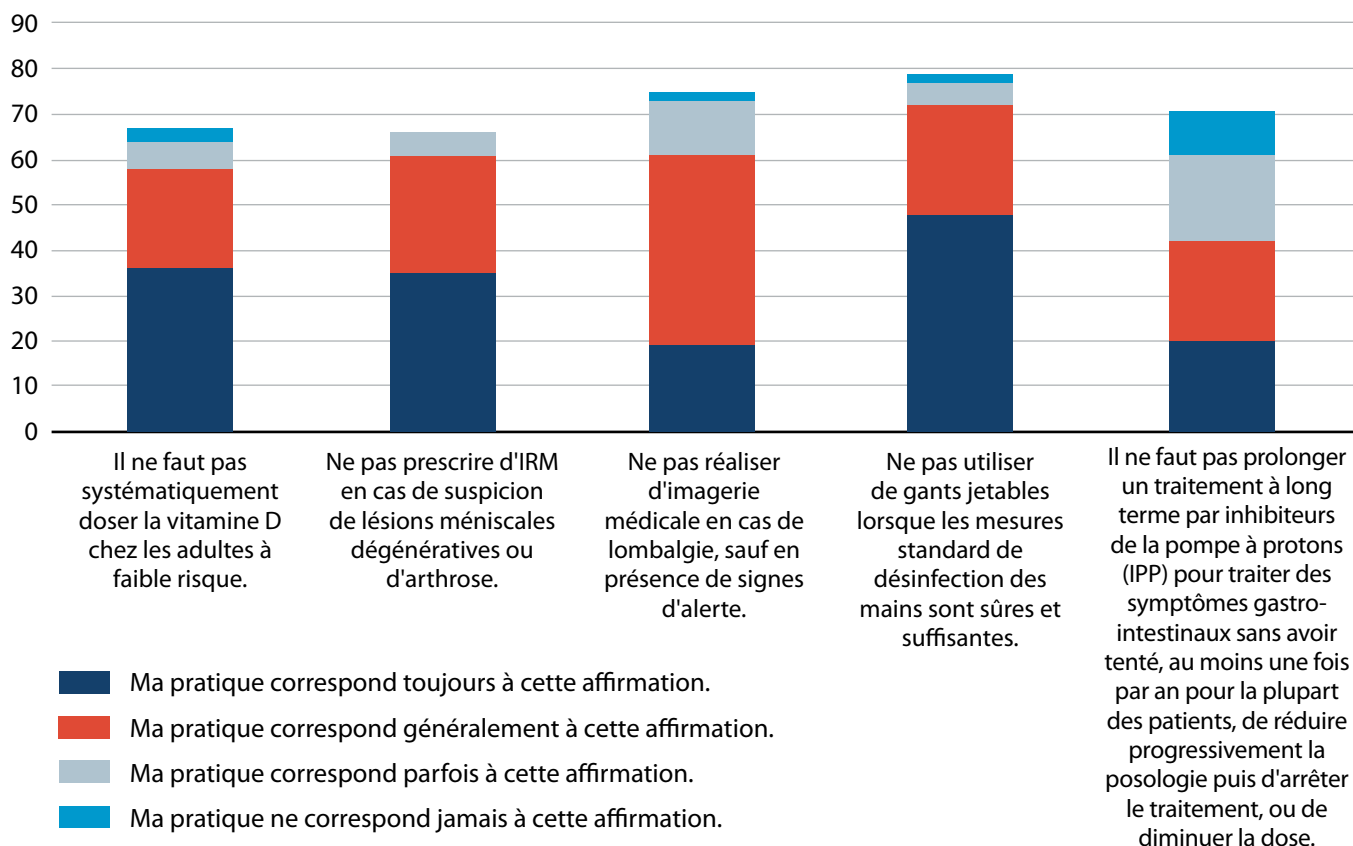
Résultat du sondage du sous-comité de Choisir avec soins

Le sondage *Articulons nos pensées* de cette édition a examiné les points de vue des membres de la SRC sur les lignes directrices de Choisir avec soins provenant d'autres spécialités. L'objectif du sondage était de sensibiliser la communauté rhumatologique aux recommandations d'autres sociétés que le sous-comité de Choisir avec soins jugées pertinentes pour la rhumatologie. Au total, 79 réponses au sondage ont été soumises par des rhumatologues pour adultes et pédiatriques de neuf des dix provinces.

Nous avons demandé : « À quelle fréquence les déclarations suivantes de Choisir avec soins correspondent-elles à votre pratique? » Les résultats sont présentés dans la figure 1. Pour plusieurs déclarations, la plupart des répondants ont indiqué que leur pratique correspondait toujours ou généralement, notamment à « évitez l'imagerie pour une lombalgie, sauf en présence de signaux d'alarme » (81,3 %); « ne vérifiez pas d'emblée les taux de vitamine D chez les adultes à risque faible » (86,6 %); « ne demandez pas d'IRM lorsque vos soupçons se portent sur une déchirure méniscale dégé-

nérative ou sur l'arthrose. » (92,2 %); et « ne portez pas des gants jetables si les pratiques standards d'hygiène des mains sont sécuritaires et suffisantes pour la désinfection » (91,2 %). Les taux de réponse à l'énoncé « éviter de maintenir un traitement de longue durée par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pour soulager des symptômes gastro-intestinaux sans revoir l'indication, la posologie et la durée du traitement, et sans essayer d'interrompre ou de réduire le traitement chez les patients appropriés » (58,3 %) présentaient une variabilité considérablement plus importante. Bien qu'ils soient généralement sûrs et efficaces, les IPP sont souvent prescrits pour une durée plus longue ou à une dose plus élevée que celle recommandée par les lignes directrices (référence 1). Il est recommandé d'optimiser l'utilisation des IPP en ne les prescrivant que lorsqu'ils sont indiqués, en utilisant la dose et la durée recommandées, et en les supprimant lorsqu'ils ne sont pas nécessaires. L'arrêt de la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons pourrait permettre de réduire le risque d'effets secondaires tels qu'une diminution de l'absorption

Figure 1. À quelle fréquence les affirmations suivantes de Choisir avec soins correspondent-elles à votre pratique? (Adultes)



du calcium et l'ostéoporose, ainsi que la polypharmacie, tout en limitant l'impact environnemental et en générant des économies. Choisir avec soins Canada a créé une boîte à outils pour la prescription et la déprescription des IPP (lien : https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2025/07/CWC_Toolkit_AskWhyPPI_2025.pdf).

En ce qui concerne les recommandations spécifiques à la pédiatrie, la majorité des répondants ont convenu qu'ils « ne prescrive pas d'orthèses ou de semelles intérieures sur mesure à un enfant qui présente des pieds plats asymptomatiques ou minimalement symptomatiques. » (94,4 %) et « ne demande pas de radiographies du genou pour diagnostiquer la maladie d'Osgood-Schlatter chez l'enfant. » (94,4 %), bien que le nombre total de répondants pour lesquels ces affirmations étaient pertinentes soit faible (17). Voir la figure 2 pour plus de détails.

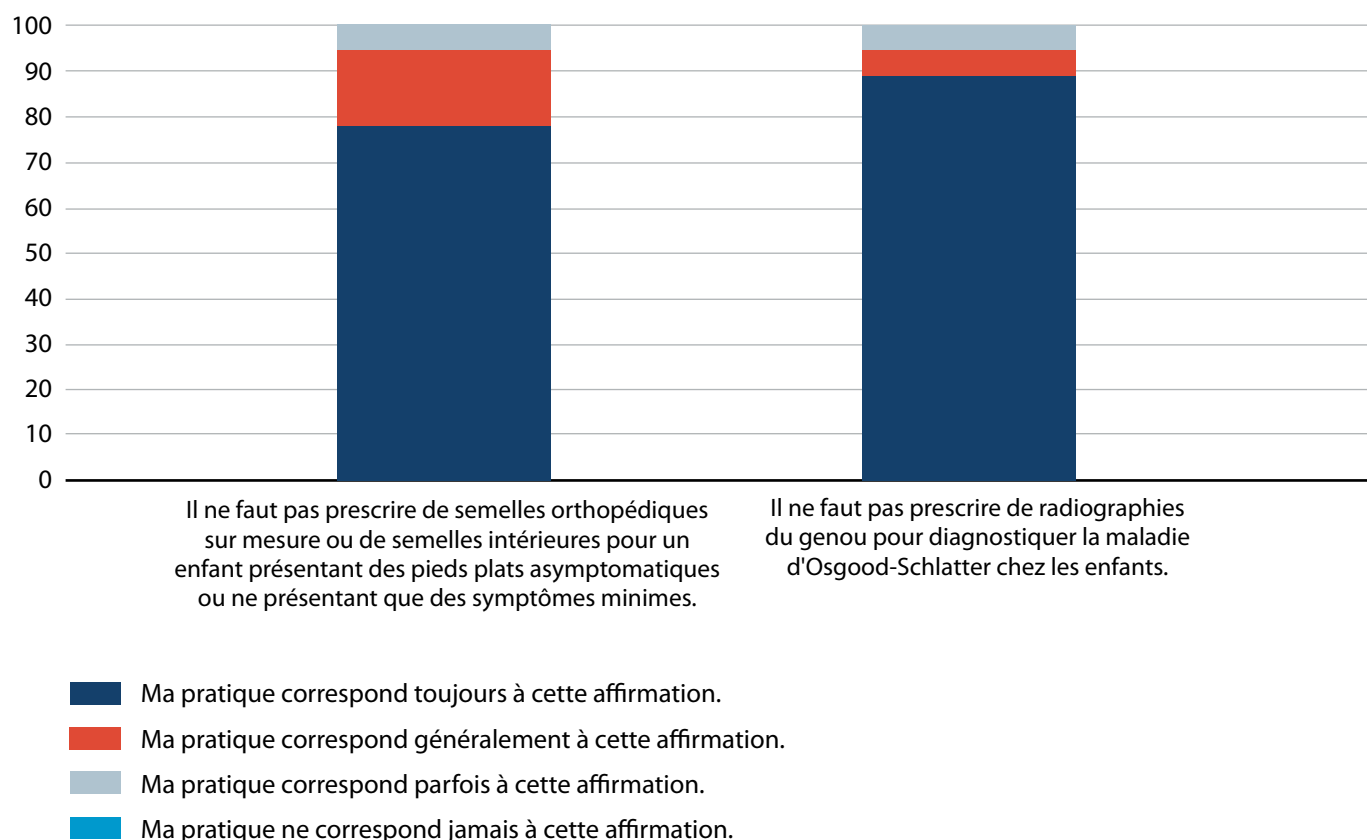
Les commentaires généraux ont principalement porté sur la nécessité de veiller à ce que les lignes directrices ne soient pas

appliquées de manière trop générale, soulignant que certains patients atteints de rhumatisme pourraient ne pas constituer la population cible de ces déclarations. Il a également été judicieusement souligné qu'« il serait bon de disposer d'un mécanisme susceptible d'entraîner un changement de comportement. En tant que déclarations, la liste Choisir avec soins a davantage un caractère consultatif qu'exécutif ». Nous sommes impatients de continuer à diffuser les informations issues des lignes directrices de Choisir avec soins tout en recherchant des mécanismes permettant de les mettre en œuvre auprès des populations concernées dans les cabinets de rhumatologie à travers le Canada. Pour toute question ou commentaire, veuillez nous contacter à l'adresse info@rheum.ca.

Référence :

Choisir avec soin Canada. « Demandez pourquoi à propos des IPP. » Disponible au : https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2025/07/CWC_Toolkit_AskWhyPPI_2025_FR.pdf. Consulté le 28 janvier 2026.

Figure 2. À quelle fréquence les affirmations suivantes de Choisir avec soins correspondent-elles à votre pratique? (Pédiatrie)



Points clés à retenir de la 13^e édition de la Conférence internationale sur la reproduction, la grossesse et les maladies rhumatismales

Par Shahin Jamal, M.D., M. Sc., FRCPC; et Stephanie Keeling, M.D., M. Sc., FRCPC; au nom de Maeve Gamble, M.D., FRCPC; Dharini Mahendira, M.D., M. Sc. Santé publique., FRCPC; Viktoria Pavlova, M.D., FRCPC; Thanu Ruban, M.D., FRCPC; et Jenny Shu, M.D., FRCPC

La 13^e édition de la Conférence internationale sur la reproduction, la grossesse et les maladies rhumatismales s'est tenue en mai 2025 dans la magnifique ville de Vienne et a réuni des rhumatologues de tout le Canada. Cette réunion collaborative a rassemblé des médecins et des professionnels de la santé du monde entier, issus de divers domaines tels que la médecine de la fertilité, la rhumatologie, la néonatalogie, l'obstétrique et la gynécologie, ainsi que la médecine interne.

Certaines des principales conclusions pertinentes pour les rhumatologues canadiens sont présentées ci-dessous.

Fertilité

Malgré une diminution de la réserve ovarienne avec l'âge, on observe une augmentation du nombre de naissances chez les femmes de plus de 35 ans. Cela s'explique en partie par l'évolution des normes sociales et les progrès technologiques, notamment l'utilisation d'ovules congelés et le don d'ovules. Chez les femmes atteintes de maladies rhumatismales, l'inflammation chronique, les médicaments gonadotoxiques et les auto-anticorps ciblant la fonction ovarienne peuvent tous avoir un impact sur la fertilité. Chez les hommes atteints de maladies rhumatismales, l'inflammation chronique et les médicaments gonadotoxiques peuvent avoir un impact sur le nombre et la motilité des spermatozoïdes. Les maladies rhumatismales bien contrôlées ne sont généralement pas la cause de l'infertilité, et un examen approfondi doit être effectué pour exclure d'autres causes. Celles-ci peuvent inclure des facteurs hormonaux et anatomiques. Une évaluation et des conseils interdisciplinaires sont essentiels. N'oubliez pas qu'une exposition chronique aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peut entraîner une infertilité et retarder la grossesse.

Cryoconservation

La cryoconservation est plus efficace chez les personnes jeunes. Chez les femmes, elle doit idéalement être initiée au moins 7 jours avant et au plus tard 2 à 3 semaines après l'exposition à des médicaments cytotoxiques. Les analogues de l'hormone

de libération des gonadotrophines (GnRH) peuvent ne pas être suffisants pour protéger la fertilité pendant l'induction par cyclophosphamide. Chez les hommes, le sperme doit être prélevé et conservé avant l'exposition aux médicaments cytotoxiques. Veillez à fournir des conseils avisés sur les risques et les considérations juridiques avant d'entreprendre un traitement de cryoconservation.

Conseils en matière de grossesse dans le cas de maladies rhumatismales

Un cadre utile pour aborder la grossesse :

- DISCUTER – planification/prise en charge de la grossesse et de l'allaitement;
- DOMMAGE – prendre en compte les maladies concomitantes préexistantes;
- activité de la MALADIE (DRUG activity) – garder contrôle;
- innocuité du MÉDICAMENT (DRUG safety) – continuer avec les médicaments compatibles.

En 2024, le groupe de travail de l'EULAR composé de 27 experts a présenté une mise à jour des points à prendre en considération pour l'utilisation des médicaments antirhumatismaux dans le cadre de la reproduction, de la grossesse et de l'allaitement¹. La publication finale est en attente. Ces points comprenaient des principes généraux, une mise à jour sur les médicaments compatibles pour les hommes, les femmes (avant et pendant la grossesse) et l'allaitement, ainsi que des recommandations sur les vaccins pour nourrissons. Les principes généraux comprennent (A) des conseils précoces et réguliers, (B) un traitement avant, pendant et après la grossesse visant à réduire l'activité de la maladie ou à obtenir une rémission, (C) un traitement médicamenteux équilibrant le risque pour le fœtus et le risque lié à une maladie maternelle non traitée, (D) le fait de ne PAS décourager les femmes d'allaiter lorsqu'elles prennent des médicaments compatibles et (E) le choix du traitement avant, pendant et après la grossesse doit être partagé avec la patiente. Les médicaments compatibles avec la grossesse chez les femmes comprennent l'hydroxy-



De gauche à droite : les docteurs Thanu Ruban, Viktoria Pavlova, Stephanie Keeling, Shahin Jamal, Maeve Gamble, Jenny Shu et Dharini Mahendira lors de la 13^e Conférence internationale sur la reproduction, la grossesse et les maladies rhumatismales, qui s'est tenue en mai 2025 à Vienne, en Autriche.

chloroquine, la sulfasalazine, l'azathioprine, la cyclosporine, le tacrolimus, la colchicine et les antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), y compris les inhibiteurs non spécifiques du facteur de nécrose tumorale (TNF). Les AINS et les glucocorticoïdes doivent être utilisés de manière sélective. Pendant l'allaitement, les médicaments compatibles comprennent l'azathioprine, le célécoxib, la chloroquine, la colchicine, la cyclosporine, l'hydroxychloroquine, l'IVIG, les pulsations de méthylprednisolone, les AINS non sélectifs, la prednisone, la prednisolone, le tacrolimus et les ARMM. Chez les hommes, les options compatibles comprennent l'azathioprine, la colchicine, la cyclosporine, l'hydroxychloroquine, l'IVIG, le léflunomide, le méthotrexate (< 25 mg/semaine), le mycophénolate, les AINS, la prednisone, le sildénafil, la sulfasalazine, le tacrolimus et les ARMM.

Avec l'apparition de nouvelles thérapies, le UK Teratology Information Service (UKTIS) (uktis.org) dispose d'informations actualisées et fondées sur des preuves concernant l'exposition aux médicaments, aux vaccins, aux produits chimiques et aux rayonnements pendant la grossesse. Ces informations peuvent être utilisées par les professionnels de santé et les patients.

Issues de grossesse et maladies rhumatismales

Les issues de grossesse chez les patientes atteintes de maladies rhumatismales se sont améliorées au cours des 10 dernières années, en partie grâce à une utilisation accrue des traitements conventionnels et biologiques sans danger pour la grossesse. Malgré ces progrès, les patientes atteintes de maladies rhumatismales continuent d'avoir des taux globalement plus élevés

Points clés à retenir de la 13^e édition de la Conférence internationale sur la reproduction, la grossesse et les maladies rhumatismales

Suite de la page 21

de césariennes. En outre, les patientes atteintes de lupus et de sclérose systémique présentent davantage de cas de prééclampsie et de fausses couches, et les patientes atteintes du syndrome de Sjögren ont un taux plus élevé de pertes fœtales précoces. Une mauvaise observance du traitement pendant la grossesse est associée à des issues défavorables. Le conseil aux patientes, l'éducation et la prise de décision partagée sont essentiels pour optimiser les résultats.

Syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL) obstétrique :

Les traitements les plus courants du syndrome APL obstétrique comprennent l'acide acétylsalicylique (AAS) à enrobage entérique et l'héparine de bas poids moléculaire. Malgré ces traitements, les grossesses à haut risque présentent des taux d'effets indésirables de 20 à 40 %. D'autres traitements ont également été utilisés, notamment l'hydroxychloroquine, la pravastatine, l'immunoglobuline intraveineuse (IVIG) et les glucocorticoïdes systémiques. De nouvelles données font état de l'utilisation de produits biologiques pendant la grossesse, avec des études animales positives et de petites séries de cas ayant utilisé avec succès le rituximab, le belimumab et les inhibiteurs du TNF.

L'étude IMPACT (*Improve Pregnancy in Antiphospholipid Syndrome with Certolizumab Therapy*) a été publiée en 2025 et portait sur 45 patientes à très haut risque (APS clinique, + anticoagulant lupique) qui ont été traitées par certolizumab pegol entre la 8^e et la 28^e semaine de grossesse². Sur la base des contrôles historiques, le taux de complications pendant la grossesse était estimé à 40 %. Dans cette étude ouverte, cependant, le taux de survie néonatale était de 93 %, ce qui suggère que le certolizumab pourrait être efficace pour prévenir les complications placentaires chez les patientes à haut risque atteintes du SAPL.

Ménopause et maladies rhumatismales

Les changements immunitaires associés à la ménopause comprennent une augmentation des cytokines inflammatoires, une diminution des lymphocytes B circulants et de la libération d'anticorps, un déplacement de l'immunité vers l'axe Th1 et une augmentation de l'activité cytotoxique des cellules NK. En raison de ces changements immunitaires, le risque de polyarthrite rhumatoïde augmente après la ménopause, avec une incidence plus élevée chez les femmes et une forme plus grave de la maladie. À l'inverse, le risque de LED après la ménopause est plus faible et la maladie moins grave. Les symptômes de la ménopause peuvent ressembler à ceux observés chez les patientes atteintes de maladies du tissu conjonctif et comprennent des bouffées de chaleur, des

douleurs articulaires, des changements cognitifs et une dépression. L'hormonothérapie substitutive peut être utilisée en toute sécurité chez la majorité de nos patientes, mais doit être utilisée avec prudence chez celles qui présentent des anticorps antiphospholipides et des antécédents de thrombose. De plus, la ménopause peut augmenter le risque d'ostéoporose, de dépression et de maladies cardiovasculaires chez les patientes atteintes de maladies rhumatismales.

Participation des femmes enceintes à la recherche

Traditionnellement, les femmes enceintes et allaitantes ont été exclues des essais cliniques, en particulier ceux évaluant de nouveaux médicaments. Très peu de médicaments sont réellement indiqués comme pouvant être utilisés sans danger pendant la grossesse, même s'ils sont couramment utilisés pour traiter les symptômes associés à la grossesse. Au cours des dernières années, on a assisté à une montée en puissance des revendications en faveur de l'inclusion des femmes enceintes et allaitantes dans les essais cliniques, l'argument étant que le préjudice causé par leur exclusion l'emporte sur la crainte de les inclure. Pendant la pandémie de COVID, des patientes enceintes ont été incluses dans certains essais cliniques sur les vaccins. Avec la formalisation et le développement de la médecine obstétricale, on espère que les femmes enceintes et allaitantes commenceront à être incluses dans la recherche clinique. Pour plus d'informations sur la défense des droits et la recherche, voici une excellente ressource : <https://www.bridgeforwocba.org/recommendations-report>.

Le Consortium canadien sur la grossesse et les maladies rhumatismales est une base de données nationale destinée à l'étude observationnelle prospective des patientes enceintes atteintes de maladies rhumatismales, dont les sites s'étendent à de nombreux centres à travers le Canada.

Références :

1. Förger F, Pluma Sanjurjo A, Rüegg L, et coll. AB1439 Update of the EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis*. 2024;83:2075-2076.
2. Rüegg L, Pluma A, Hamroun S, et coll. EULAR recommendations for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy, and lactation: 2024 update. *Ann Rheum Dis*. 2025 Jun;84(6):910-926. Disponible au [https://ard.eular.org/article/S0003-4967\(25\)00818-0/fulltext](https://ard.eular.org/article/S0003-4967(25)00818-0/fulltext).
3. Branch DW, Kim MY, Guerra MM, et coll. Certolizumab pegol to prevent adverse pregnancy outcomes in patients with antiphospholipid antibody syndrome and lupus anticoagulant (IMPACT): results of a prospective, single-arm, open-label, phase 2 trial. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2025; 84 (6): 1011-1022.

Shahin Jamal, M.D., M. Sc., FRCPC;
Stephanie Keeling, M.D., M. Sc., FRCPC
Maeve Gamble, M.D., FRCPC;
Dharini Mahendira, M.D., M. Sc. CH, FRCPC;
Viktoria Pavlova, M.D., FRCPC;
Thanu Ruban, M.D., FRCPC; et
Jenny Shu, M.D., FRCPC

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



La Société de l'arthrite du Canada est fière de présenter les 10 principales percées de la recherche pour 2025 et de mettre en lumière les découvertes qui font progresser la manière de diagnostiquer, traiter et prévenir l'arthrite.

Qu'il s'agisse de définir les fenêtres de possibilités critiques pour les traitements précoces ou de trouver de nouvelles relations entre les maladies, la recherche financée par la Société de l'arthrite du Canada ouvre la voie vers des soins efficaces et personnalisés. Pour les enfants atteints d'arthrite idiopathique juvénile (AIJ) non systémique, commencer la prise de médicaments biologiques tôt – dans les six mois suivants les premiers symptômes – peut améliorer le succès du traitement, d'après la recherche de Susan Benseler, Ph. D., de l'Université de Calgary et Rae Yeung, Ph. D., de l'Hôpital pour enfants malades, dans le cadre des consortiums UCAN CAN-DU et UCAN CURE. Leur étude a démontré que 83 % des enfants qui ont reçu des traitements précoces ont rendu la maladie inactive, comparativement à 57 % qui ont commencé les traitements plus tard. Cette recherche lance un message important : le dia-

gnostic précoce et un traitement en temps opportun peuvent faire une différence qui change les vies.

Une étude pilotée par Anthony Perruccio, Ph. D., du Schroeder Arthritis Institute du University Health Network conclut que les femmes atteintes d'arthrose ont un risque 90 % plus élevé de développer des maladies cardiovasculaires dans les six années suivantes comparativement aux femmes du même âge qui n'en sont pas atteintes. Cette découverte met en lumière le fait que l'inflammation systémique peut mettre en relation l'arthrose et la santé cardiaque, particulièrement chez les femmes, ce qui rend la sensibilisation précoce et la prévention encore plus importantes.

Ces percées approfondissent notre compréhension de l'arthrite et nous rapprochent d'un avenir sans douleur.

Consultez la liste complète des 10 principales percées de la recherche pour 2025 à arthrite.ca/a-propos-de-nous/ce-que-nous-faisons/recherche/.

Évaluation des risques d'AVC liés à une artérite à cellules géantes

Par Mats Junek, M.D., M. Sc., FRCPC

Présentation du cas

On vous demande d'examiner un homme de 74 ans, auparavant en bonne santé, dans le cadre du suivi d'un diagnostic d'artérite à cellules géantes (ACG). Il s'est initialement présenté au service des urgences avec des maux de tête récents, une sensibilité du cuir chevelu, une claudication de la mâchoire et de la langue, et un taux de protéine C-réactive de 137,2 mg/L. Il a commencé un traitement à base de 60 mg de prednisone. Vous le voyez quatre semaines plus tard, à un moment où son état clinique s'est amélioré et où une échographie des artères temporales montre des signes d'ACG. Peu avant cette consultation, il rapporte avoir constaté une nouvelle apparition d'une vision floue dans son œil droit. Il a consulté un ophtalmologiste qui n'a trouvé aucun signe d'ACG oculaire, mais qui s'est inquiété d'un éventuel accident vasculaire cérébral. Une angiographie par tomodensitométrie (TDM) réalisée en urgence n'a révélé aucune vascularite ni aucun accident vasculaire cérébral. Lors d'un examen de suivi, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a montré des modifications inflammatoires persistantes des artères temporales ainsi qu'un petit accident vasculaire cérébral subaigu du cervelet gauche.

Comment gérez-vous ce cas?

Les accidents vasculaires cérébraux sont l'une des conséquences les plus redoutées mais les moins fréquentes de l'ACG, touchant 2 à 6 % des personnes atteintes¹. Ils peuvent être causés par une vascularite des artères vertébrales, carotides et/ou intracrâniennes, provoquant soit une occlusion directe et une ischémie, soit agissant comme un foyer pour un événement thromboembolique.

Les éléments clés à prendre en compte lors de l'évaluation et de la prise en charge d'un AVC potentiel dans le cadre d'une ACG sont les suivants :

1) Confirmer le diagnostic d'artérite à cellules géantes

Les symptômes neurologiques, les maux de tête, les symptômes constitutionnels et les marqueurs inflammatoires élevés peuvent indiquer diverses maladies autoimmunes, dont l'ACG. Bien que la présence de symptômes plus spécifiques (par exemple, maladie oculaire ischémique, claudication de la mâchoire) suggère une ACG, il convient d'envisager une évaluation plus large d'autres étiologies, telles que la pachymeningite provoquant des maux de tête et des troubles de la vision. Les principaux diagnostics alternatifs à envisager comprennent la maladie liée à l'IgG4, la vascularite associée aux ANCA, la vascularite primaire du système nerveux central (PCNSV), la sarcoïdose, la maladie de Behçet et la vascularopathie infectieuse (notamment la vascularopathie varicelle-zona).

Une imagerie dédiée par échographie, angiographie par résonance magnétique (ARM) et/ou d'autres modalités d'imagerie devraient suggérer une vascularite des gros vaisseaux et devrait être réalisée dès que possible; l'exposition aux glucocorticoïdes peut réduire la sensibilité de l'imagerie de 90 % à 70 % en une semaine d'utilisation². Les biopsies de l'artère temporale peuvent être utiles. Cependant, dans les cas d'ACG avec accident vasculaire cérébral, les artères non temporales sont souvent touchées et l'imagerie est l'examen de référence.

2) Confirmer que les symptômes neurologiques sont attribuables à un AVC

Les personnes atteintes de maladies neuro-inflammatoires peuvent présenter d'autres manifestations neurologiques en plus d'un AVC, ce qui suggère d'autres diagnostics. Ainsi, tous les symptômes neurologiques doivent pouvoir être facilement localisés à l'endroit de l'infarctus et/ou de l'hémorragie. Les symptômes inexplicables doivent être évalués afin de détecter d'autres processus neurologiques à l'aide d'examen sérologiques et d'imagerie complets, ainsi que d'un seuil bas pour les tests du liquide céphalo-rachidien.

Les AVC attribuables à l'ACG surviennent généralement avant le traitement ou au cours des 1 à 2 premières semaines de traitement, avant l'obtention d'une réponse complète. Si les AVC surviennent en dehors de cette période, d'autres étiologies doivent être envisagées. Une attention particulière doit être accordée à la localisation de la cause des symptômes visuels, car l'ACG peut provoquer des syndromes rétinien ischémiques, une périnévrite du nerf optique mise en évidence à l'imagerie et/ou un AVC postérieur. Jusqu'à 80 % des AVC surviennent dans la circulation postérieure et sont attribués à une atteinte des vaisseaux vertébraux, probablement en raison du calibre plus petit de ces vaisseaux^{3,4}. Les glucocorticoïdes peuvent également provoquer des symptômes visuels et des complications qui peuvent imiter une activité persistante de la maladie au début du traitement.

3) Confirmer la localisation de la maladie et l'étendue de l'ACG

Comprendre l'étendue et la gravité de la maladie aide à déterminer le traitement. L'échographie de l'artère temporale est insuffisante pour évaluer les patients victimes d'un AVC; une tomodensitométrie et/ou, de préférence, une ARM avec

imagerie de la paroi vasculaire sont nécessaires. Les vaisseaux vertébraux, carotidiens et intracrâniens doivent être soigneusement examinés par un radiologue neurovasculaire expérimenté afin d'évaluer l'étendue de l'ACG et la présence d'une atteinte intracrânienne. Il convient de noter qu'entre 14 et 25 % des personnes atteintes d'ACG peuvent présenter une maladie intracrânienne asymptomatique sans accident vasculaire cérébral; on ne sait pas si ces personnes ont besoin d'un traitement ou d'une surveillance supplémentaires^{5,6}.

4) Traiter en fonction de la gravité et de l'étendue de la maladie

Toutes les personnes victimes d'un AVC ischémique dans le contexte d'une ACG doivent être traitées à l'aspirine et subir une évaluation complète afin de déterminer les autres mesures de prévention secondaire à prendre, notamment l'arrêt du tabac et le contrôle de la pression artérielle, le cas échéant. Une fois les examens terminés, si le diagnostic d'AVC dans le contexte d'une ACG active est confirmé, trois scénarios thérapeutiques sont généralement envisagés :

- a. **Les personnes ayant subi un seul AVC et ne présentant aucune maladie intracrânienne** : ces personnes peuvent être traitées de la même manière que celles présentant une ACG sévère sans AVC (c'est-à-dire avec une neuropathie optique ischémique) à l'aide de glucocorticoïdes et de tocilizumab. Aucune donnée ne permet de déterminer si ces personnes tirent profit des glucocorticoïdes administrés par voie intraveineuse (IV).
- b. **Les personnes atteintes de vascularite intracrânienne et d'accident vasculaire cérébral** : ces personnes sont considérées comme présentant le phénotype le plus grave de l'ACG et peuvent présenter un chevauchement avec le PCSNV. Les données concernant le traitement sont limitées; le cyclophosphamide IV suivi du tocilizumab ou le tocilizumab avec méthotrexate ont tous deux été utilisés avec des glucocorticoïdes intraveineux suivis de glucocorticoïdes oraux³.
- c. **Les personnes ayant subi plusieurs AVC sans vascularite intracrânienne** : ces personnes souffrent d'une maladie intracrânienne non détectée à l'imagerie, soit pour des raisons techniques, soit parce qu'elles ont reçu un traitement partiel aux glucocorticoïdes avant l'acquisition des images, et elles sont généralement traitées comme si elles souffraient d'une maladie intracrânienne.

5) Prendre en compte les conséquences d'un AVC dans le cadre d'un ACG

Des études de cohorte suggèrent qu'il existe un risque plus élevé de décès au cours des deux premières années suivant un diagnostic d'ACG, qui peut revenir à la normale après cette période⁷. Cela peut s'expliquer en partie par le risque élevé d'accident vasculaire cérébral. Le risque accru d'infections dû à l'immunosuppression et d'autres thromboses sont d'autres facteurs potentiels. Les personnes atteintes d'une maladie intracrânienne symptomatique présentaient un taux de mortalité pouvant atteindre 32,6 %, ce qui indique qu'elles ont un pronostic particulièrement défavorable qui nécessite probablement un traitement agressif³.

MESSAGES CLÉS :

1. Les accidents vasculaires cérébraux sont rares mais graves dans le cas de l'ACG; ils touchent le plus souvent la circulation postérieure et doivent être suspectés chez les patients présentant de nouveaux signes neurologiques et/ou des troubles visuels persistants qui ne s'expliquent pas par une ACG oculaire.
2. L'ACG extracrânienne avec accident vasculaire cérébral peut être traitée de la même manière que la GCA avec perte de vision.
3. Les cas d'ACG intracrânienne et/ou ceux présentant plusieurs AVC ont généralement un pronostic défavorable; le tocilizumab associé au méthotrexate et au cyclophosphamide constituent des options thérapeutiques possibles.
4. Les personnes atteintes d'ACG et ayant subi un AVC doivent bénéficier d'évaluations cardiovasculaires complètes et de mesures préventives secondaires appropriées.

Comment cette affaire a été gérée

L'IRM du patient a été réévaluée par un radiologue neurovasculaire qui a constaté une occlusion quasi totale de l'artère vertébrale droite, non signalée précédemment, ainsi qu'une atteinte des artères occipitale et maxillaire. Il n'y avait aucune maladie intracrânienne et aucun autre diagnostic n'était envisageable.

Le patient a commencé un traitement à l'AAS et a été envoyé dans une clinique spécialisée dans les AVC où un bilan complet n'a rien révélé d'anormal. Il a commencé un traitement au tocilizumab et a très bien réagi. Comme il n'y avait pas d'atteinte intracrânienne ni de symptômes persistants, le patient a continué le tocilizumab et a pu arrêter complètement la prednisone.

Références :

1. Bonnan M, Debeugny S. Giant-cell arteritis related strokes: scoping review of mechanisms and rethinking treatment strategy? *Front Neurol*. 2023;14:1305093.
2. Hauenstein C, Reinhard M, Geiger J, et coll. Effects of early corticosteroid treatment on magnetic resonance imaging and ultrasonography findings in giant cell arteritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2012;51(11):1999-2003.
3. Patel S, Okaj I, Scott J, et coll. Intracranial GCA: a comprehensive systematic review. *Rheumatology (Oxford)*. 2025;64(8):4517-24.
4. de Boysson H, Liozon E, Larivière D, et coll. Giant Cell Arteritis-related Stroke: A Retrospective Multicenter Case-control Study. *J Rheumatol*. 2017;44(3):297-303.
5. Siemonsen S, Breckenfeld C, Holst B, et coll. 3T MRI reveals extra- and intracranial involvement in giant cell arteritis. *American Journal of Neuroradiology*. 2015;36(1):91-7.
6. Junek ML, Riaz S, Garner S, et coll. Added diagnostic yield of temporal artery magnetic resonance angiography in the evaluation of giant cell arteritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62(6):2197-202.
7. Hill CL, Black RJ, Nossent JC, et coll. Risk of mortality in patients with giant cell arteritis: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2017;46(4):513-9.

Mats Junek, M.D., M. Sc., FRCPC.

Rhumatologue et érudit clinique

Université McMaster

Perspective d'une patiente : Lucy Kovalova-Woods

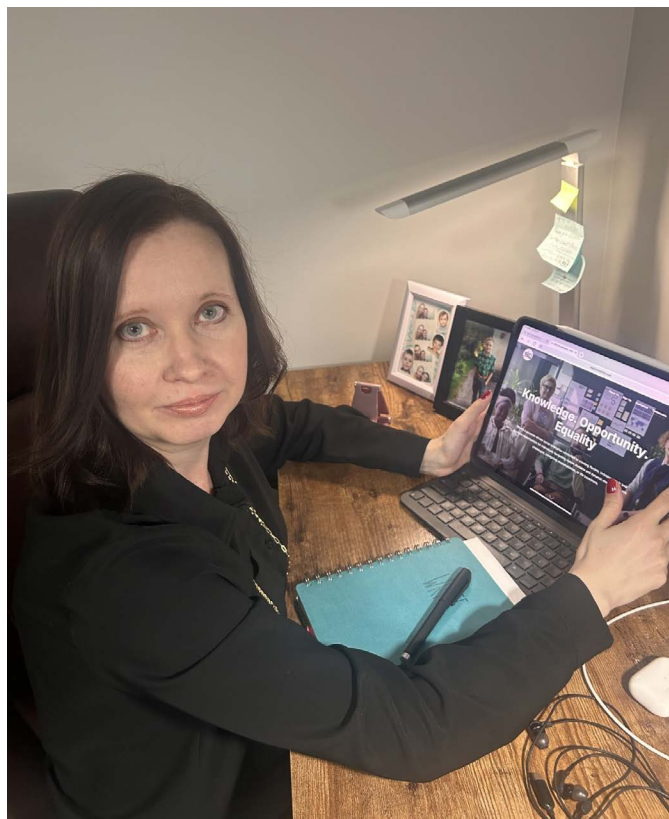
Mon parcours avec la polyarthrite rhumatoïde et la fibromyalgie n'a pas commencé dans la clarté. Il a commencé dans la confusion : une douleur subtile, des gonflements intermittents et une fatigue profonde qui ont lentement démantelé la vie que je connaissais autrefois. Au début, je me suis convaincue que j'étais simplement stressée, fatiguée ou « surmenée ». J'ai essayé de tenir bon, en espérant que cela passerait. Mais lorsque les tâches quotidiennes ont commencé à me demander des efforts extraordinaires, j'ai compris que quelque chose n'allait vraiment pas. C'était une perte silencieuse, invisible aux yeux des autres. Parfois, j'avais même du mal à en parler à mon mari.

Le plus difficile était l'invisibilité : je n'étais pas malade aux yeux des autres. Les handicaps invisibles et dynamiques s'accompagnent d'une frustration supplémentaire. J'entendais souvent : « Mais tu as l'air en pleine forme. » Ces mots peuvent être plus lourds à supporter que les symptômes eux-mêmes. Ils vous font douter de votre propre réalité avant que vous n'appreniez à vous défendre. Lorsque la douleur se manifeste mais ne laisse aucune trace visible, vous apprenez à vivre entre le visible et l'invisible, un espace où votre corps connaît la vérité, même si le monde ne la connaît pas.

S'adapter à une maladie chronique ne se résumait pas à gérer des changements physiques, cela impliquait également de repenser mon identité. Avant ma maladie, j'ai passé ma carrière à aider des entreprises et des entrepreneurs à élaborer des stratégies et à mettre en place des opérations. Soudain, je ne pouvais plus accomplir la moindre tâche, mes fonctions cognitives étaient tellement altérées. J'ai dû apprendre à adopter un nouveau rythme, une nouvelle façon de me retrouver et accepter que le repos n'est pas un échec, mais un outil. Il m'a fallu plus de deux ans, et ce n'est que maintenant que je me reconstruis et que je reconstruis mon entreprise, mais cette fois-ci avec un objectif plus profond et une voix plus forte.

Vivre dans cet état fragile entre capacité et limitation m'a aidé à comprendre ce dont tant de patients ont vraiment besoin : de la flexibilité, non seulement dans les soins de santé, mais aussi dans le travail et la communauté. Cette prise de conscience m'a conduit à créer la Fondation WKG, une initiative d'inclusion des personnes handicapées qui vise à aider celles ayant des handicaps visibles, invisibles et dynamiques à accéder à un emploi valorisant et à s'épanouir.

Aujourd'hui, j'ai l'honneur de siéger au conseil d'administration de l'Alliance canadienne des patients arthritiques (ACPA). Cela a été une étape décisive dans ma vie. Le militantisme m'a non seulement permis de créer des liens, mais aussi de trouver ma voie. Travailler avec des patients partenaires, des chercheurs et des professionnels de santé m'a aidé à retrouver une voix que la maladie avait autrefois réduite au silence. L'ACPA m'a rappelé qu'être patient ne met pas fin à notre contribution, mais la transforme. Le militantisme a



transformé l'isolement en communauté et la peur en action significative.

Vivre avec plusieurs maladies chroniques a bouleversé ma vie, mais cela l'a aussi enrichie. J'ai appris que l'identité peut évoluer, que la force peut être discrète et que les défis peuvent donner un sens à la vie. Grâce à mon expérience vécue, j'ai appris la valeur de la compassion, de la collaboration et des systèmes inclusifs.

La maladie a changé ma façon de bouger, mais elle a renforcé ma position : en faveur de l'inclusion et de la conviction que chacun mérite une chance de s'épanouir.

Lucy Kovalova-Woods

Calgary (Alberta)

Patiente partenaire, membre du conseil d'administration de l'ACPA et de la WKGfoundation.com

Lisez mon nouveau livre sur le handicap et la transition professionnelle : <https://www.amazon.ca/dp/B0G3M9FNQT>



La D^{re} Cheryl Barnabe – Titulaire de la Chaire annuelle Killam 2025

La D^{re} Cheryl Barnabe, professeure de médecine et de sciences de la santé publique et directrice du McCaig Institute for Bone and Joint Health à l'Université de Calgary, a été sélectionnée comme titulaire de la Chaire Killam 2025. Cet honneur récompense l'excellence en recherche et en enseignement, ainsi que les services rendus à l'université et à la communauté universitaire dans son ensemble. La nomination reconnaît l'engagement de la D^{re} Barnabe à lutter contre les inégalités en matière de soins de l'arthrite dont sont victimes les personnes autochtones. Parmi ses réalisations, on peut citer son programme de recherche axé sur les innovations dans la prestation des services de santé, l'enseignement des compétences en communication relationnelle, la défense des droits et le mentorat d'étudiants autochtones diplômés. Ses activités de leadership comprennent la co-rédaction du dialogue sur la santé autochtone de la Cumming School of Medicine, qui a désormais été entièrement intégré sur le plan stratégique de l'école, en plus de ses contributions à la Société canadienne de rhumatologie, aux Instituts de recherche en santé du Canada et au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.



Le D^r Erkan Demirkaya – Nommé président exécutif du TARN et membre d'office de l'ERN-RITA

Félicitations au D^r Erkan Demirkaya pour sa nomination au poste de président exécutif du Translational Autoinflammatory Research Network (TARN) et en tant que membre d'office du European Reference Network for Rare Immunodeficiency, Autoinflammatory and Autoimmune Diseases (ERN-RITA).

Le D^r Demirkaya est un leader mondialement reconnu dans le domaine de la rhumatologie pédiatrique, avec un intérêt particulier pour la recherche sur les maladies auto-inflammatoires. Il apporte plus de deux décennies d'expérience en tant que clinicien-chercheur, enseignant universitaire et créateur de réseaux internationaux. En tant que professeur de pédiatrie, d'épidémiologie et de biostatistique à l'Université Western et président de l'International Society of Systemic Auto-Inflammatory Diseases (ISSAID), il a dirigé des initiatives nationales et mondiales qui continuent de façonner les soins cliniques, l'éducation et la recherche à travers le monde. Il a également lancé le programme ISSAID Early Career Program, dont le premier congrès mondial aura lieu en 2025, et est un mentor très respecté pour la prochaine génération de chercheurs(euses).

En tant que fondateur et président exécutif du TARN, le D^r Demirkaya a dirigé le développement d'une initiative mondiale multicentrique intégrant la génomique, les registres, les biobanques et les résultats rapportés par les cliniciens et les patients dans plus de 70 institutions et en collaboration avec six organisations de patients à travers le monde. Ses travaux ont porté sur la définition des corrélations génotype-phénotype, l'élaboration et la validation de mesures des résultats cliniques dans les maladies auto-inflammatoires systémiques (MAIS) et la co-crédation d'outils de gestion consensuels avec des partenaires internationaux, notamment les National Institutes of Health, la Paediatric Rheumatology European Society (PREs), l'American College of Rheumatology et l'European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR).

Dans le cadre de ses nouvelles fonctions en tant que membre d'office de l'ERN-RITA, le D^r Demirkaya devrait, grâce à son leadership, renforcer encore davantage la collaboration entre l'Europe et l'Amérique du Nord, en particulier dans le domaine de la recherche et des soins pour les maladies rares et ultra rares.

Ses efforts actuels se concentrent sur l'amélioration de la préparation aux essais cliniques, la modernisation des mesures des résultats, l'avancement de la recherche translationnelle et l'amélioration de la qualité, ainsi que l'expansion des réseaux de collaboration afin d'améliorer les résultats pour les patients atteints de maladies auto-inflammatoires systémiques.



La D^{re} Lynn Hamilton – Lauréate du Prix du membre émérite de l'ORA

Je suis honoré de recevoir le Prix du membre émérite de l'ORA.

Je me sens chanceuse d'avoir eu une carrière toujours intéressante, stimulante et satisfaisante.

Depuis que j'ai terminé ma formation en rhumatologie et en maladies osseuses métaboliques à l'Université de Toronto, notre domaine a connu d'énormes progrès thérapeutiques.

Non seulement cette spécialité est fascinante, mais nous pouvons désormais offrir beaucoup à nos patients.



La D^{re} Gillian Hawker – Lauréat du Prix Maître 2025 de l'ACR

Lors de la réunion Convergence de l'American College of Rheumatology qui s'est tenue à Chicago en novembre 2025, la D^{re} Gillian Hawker s'est vu décerner le Prix du Maître de l'American College of Rheumatology. Le titre de Maître de l'ACR est décerné aux membres qui ont apporté une contribution exceptionnelle au domaine de la rhumatologie par leur engagement au sein de l'American College of Rheumatology/ARP et par leurs avancées dans la recherche, la pratique, l'enseignement et/ou la défense des intérêts de la profession.

La D^{re} Hawker est professeure de médecine et de rhumatologie au département de médecine, clinicienne-chercheuse/chercheuse en services de santé et rhumatologue au Women's College Hospital de l'Université de Toronto. Ses recherches portent sur l'identification, la compréhension et la résolution des disparités dans l'accès aux soins et les résultats thérapeutiques chez les personnes atteintes d'arthrose. Ces recherches ont contribué à redéfinir l'arthrose comme une maladie grave aux répercussions multiples, à mieux comprendre comment la douleur arthrosique affecte le sommeil, l'humeur, les comorbidités et les coûts des soins de santé, à documenter les disparités entre les sexes et les genres dans les soins de l'arthrose et à démontrer l'importance des préférences et des valeurs des patients dans les résultats chirurgicaux. Elle a co-signé plus de 500 publications, notamment des recherches originales, des revues, des livres blancs et des chapitres de livres. Son influence dans ce domaine a été reconnue par de nombreuses distinctions, notamment le Prix du chercheur émérite de la Société canadienne de rhumatologie (2011), la Médaille du jubilé de diamant de la reine Elizabeth II (2012), le titre de membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé (2014) et le Prix de recherche clinique de l'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) (2022). La D^{re} Hawker a occupé de nombreux postes de direction au sein des communautés nationales et internationales de rhumatologie et d'arthrose. À l'échelle nationale, elle a précédemment codirigé L'Alliance canadienne des arthritiques et les normes nationales de soins pour l'arthrose. À l'échelle internationale, elle a été présidente du sous-comité de l'ACR sur la qualité des soins, la classification et les critères de réponse, membre du conseil d'administration de l'OARSI et co-responsable des efforts internationaux visant à élaborer des critères de classification pour la PR (la toute première collaboration entre l'ACR et l'EULAR) et l'arthrose précoce pour l'OARSI. La D^{re} Hawker a également été reconnue pour son leadership dans la promotion de l'excellence inclusive en médecine universitaire. Elle a supervisé et encadré de nombreux stagiaires et a reçu des distinctions pour son mentorat exceptionnel.

Citation de la Dre Hawker à propos de cette distinction ::

« C'est très spécial de savoir que des personnes que vous respectez et admirez trouvent vos contributions utiles. Je suis redevable envers les collègues exceptionnels qui m'ont proposé et envers ceux qui ont décidé que je méritais cette distinction. »



La D^{re} Catherine Ivory – Lauréate du Prix du jeune rhumatologue en début de carrière de l'ORA

La D^{re} Catherine Ivory a reçu le Prix du jeune rhumatologue de l'Ontario Rheumatology Association (ORA) en mai 2025. Elle est actuellement professeure adjointe à l'Université d'Ottawa et exerce à l'Hôpital d'Ottawa. Elle est membre du conseil d'administration de l'ORA depuis 2022, où elle représente l'est de l'Ontario. Ce prix souligne l'engagement de la D^{re} Ivory envers les priorités de l'ORA, son dévouement à impliquer les rhumatologues en début de carrière au sein de l'ORA, ainsi que son aide au recrutement en rhumatologie avec le comité RheumOpps.



La D^{re} Shahin Jamal – Lauréate du prix d'enseignement décerné par la BC Society of Rheumatology/UBC

Félicitations à la D^{re} Shahin Jamal, lauréate du Prix d'enseignement décerné par la BC Society of Rheumatology et l'Université de la Colombie-Britannique. Ce prix est décerné à l'issue d'un vote des résidents en rhumatologie et récompense l'excellence dans l'enseignement et l'engagement envers l'éducation. La D^{re} Jamal est professeure clinique à l'Université de la Colombie-Britannique et clinicienne-chercheuse à Arthritis-recherche Canada. Elle est ancienne directrice du programme de rhumatologie adulte à l'Université de la Colombie-Britannique et actuelle codirectrice du cours RheumReview de la SRC. Elle est co-chercheuse principale du CanRIO, le groupe de recherche canadien en rhumatologie et immuno-oncologie. Elle est honorée de recevoir ce prix, d'autant plus qu'il a été décerné par les résidents. Elle aime enseigner et encadrer des étudiants de tous niveaux et se sent privilégiée d'avoir eu l'occasion de travailler avec tant de stagiaires talentueux, dont beaucoup sont aujourd'hui des collègues estimés.



Le D^r Brent Ohata – Lauréat du Prix pour l'excellence communautaire de la VMDAS

Le D^r Brent Ohata a récemment reçu le prix d'excellence communautaire 2025 de la Vancouver Medical, Dental and Allied Association (VMDAS), en reconnaissance de l'impact qu'il a eu au-delà de son cabinet communautaire de Burnaby, dans les régions rurales de la Colombie-Britannique, les communautés autochtones et le quartier Downtown Eastside de Vancouver. Il est particulièrement fier des relations profondes qu'il a nouées en tant que rhumatologue pour la nation Nisga'a et les services à la famille Carrier Sekani. Il a lancé de nombreux programmes avec la First Nations Health Authority, Doctors of BC et BC Pathways afin d'améliorer l'accès aux soins spécialisés pour les communautés rurales et autochtones de la Colombie-Britannique. Il est également cofondateur et directeur de la clinique de rhumatologie Downtown Eastside du Mary Pack Arthritis Centre, qui fournit des soins rhumatologiques aux patients en situation d'extrême pauvreté. Il a impliqué les résidents en rhumatologie de l'Université de Colombie-Britannique dans toutes ces initiatives, inspirant ainsi une nouvelle génération à intégrer la défense des droits et l'équité dans leur future carrière.

Des nouvelles de Calgary

Par May Choi, M.D., MPH, FRCPC; et Nicole Johnson, M.D., FRCPC

La division de Calgary a continué de connaître une croissance fulgurante au cours des dernières années. Cela inclut la nomination de notre nouvelle chef de division en rhumatologie adulte, la D^{re} Maggie Larché, ainsi que de notre chef de division intérimaire en rhumatologie pédiatrique, le D^r Jaime Blackwood. Nous avons également accueilli plusieurs nouveaux membres au sein de notre faculté, notamment les D^{rs} Azin Rouhi, Syed Bukhari et Ambika Gupta, et avons souhaité la bienvenue à nos boursiers de retour après leur formation postdoctorale, Eugene Krustev et Alexandra Kobza. En 2025, l'équipe pédiatrique a accueilli le D^r John Storwick, qui intégrera l'échographie au point d'intervention dans les cliniques pédiatriques. Il y a quelques années, la D^{re} Jeanine McColl a rejoint l'équipe et poursuit ses travaux universitaires dans le domaine des soins de transition. Cette nouvelle génération de rhumatologues apporte une expertise et des compétences variées qui complètent parfaitement notre division, en particulier dans les domaines du lupus, de la myosite et de l'arthrite psoriasique.

Nous avons célébré le départ à la retraite du D^r Gary Morris l'année dernière, après qu'il ait quitté son poste de chef de division par intérim. Le D^r Frank Jirik a également pris sa retraite de la pratique clinique, mais continue de mener des recherches passionnantes à l'université. Nous avons été profondément attristés par le décès du D^r Ray Lewkonja, dont les contributions à la division et aux soins des patients étaient très appréciées et resteront longtemps dans nos mémoires.

Nous avons également vu trois excellents rhumatologues, les D^{rs} Jason Lee, Ali Shams et Greg Koller, quitter la ville pour poursuivre leur carrière ailleurs dans le pays. L'équipe pédiatrique a également connu des changements. Le D^r Paivi Miettunen a pris le poste de rhumatologue consultant au Cambridge University Hospitals du Royaume-Uni. De même, la D^{re} Susa Benseler a pris



Les membres de la Division de rhumatologie lors du Congrès de la SCR de 2025 en Alberta (photo gracieusement fournie par le D^r Steven Thomson).

les fonctions de directrice académique et responsable des affaires pédiatriques au Children's Health Ireland. Leur dévouement, leur expertise et leur esprit d'équipe ont eu un impact significatif sur notre division, et nous leur souhaitons beaucoup de succès dans leurs projets futurs. Ils nous manqueront beaucoup, et nous leur souhaitons beaucoup de succès dans cette nouvelle étape de leur vie.

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

Professeure agrégée,
Division de rhumatologie,
Département de médecine,
Cumming School of Medicine,
Université de Calgary

Nicole Johnson, M.D., FRCPC

Professeure agrégée,
Rhumatologue pédiatre,
Professeure,
Université de Calgary

Les dernières nouvelles à Edmonton

Par Stephanie Keeling, M.D., M. Sc., FRCPC

Pour le meilleur et pour le pire, beaucoup de choses ont changé à Edmonton depuis la fin de la pandémie de COVID-19.

Le D^r Steven Katz a été officiellement nommé en 2023 directeur de la division de rhumatologie et responsable de la section de rhumatologie de la zone d'Edmonton pour les services de santé de l'Alberta. Steven a continué à développer la division pendant son mandat à la tête de celle-ci, en favorisant la croissance par le recrutement de nouveaux rhumatologues, le mentorat de stagiaires et la collaboration avec nos collègues de l'Université de Calgary (par exemple, la D^{re} Claire Barber) afin de promouvoir des initiatives visant à améliorer les dossiers médicaux électroniques, le triage et l'accès aux soins. Cela a abouti à l'obtention du Prix du leadership 2026 de la SRC, que Steven méritait amplement. Pour des raisons familiales, Steven a quitté son poste à l'automne 2025 pour rejoindre la division de rhumatologie de l'Université Queen's, dont il devient le chef. Il laisse derrière lui un vide difficile à combler. Franchement, j'ai les pieds larges, mais pas assez grands (je suis actuellement directrice de division par intérim à sa place).

Nous avons été témoins des succès remportés par nos collègues. La D^{re} Carrie Ye a reçu le Prix du chercheur en début de carrière en oncologie 2024 des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), ainsi que deux subventions des IRSC en immuno-oncologie et en intelligence artificielle en rhumatologie. Le D^r Mo Osman a poursuivi ses travaux sur la sclérodémie, les myopathies inflammatoires, le COVID long et le lupus, qui lui ont valu de nombreuses distinctions, notamment le prix Catalyst 2025 de Lupus Canada et le prix 2026 du chercheur en début de carrière de la SCR.

Les D^{rs} Dylan Johnson et Whitney Hung ont rejoint la division de rhumatologie de l'Université de l'Alberta et ont assumé de nombreuses responsabilités, allant de l'enseignement à des apprenants de différents niveaux à l'amélioration de nos longs délais d'attente grâce à leur perspicacité clinique. Le D^r Justin Smith est également revenu à la division et s'est joint à la Lupus Clinic of Northern Alberta (LUNA) après avoir passé un an avec le D^r Zahi

Touma et ses collègues à la Toronto Lupus Clinic dans le cadre d'une bourse Geoff Carr Lupus. Nos collègues communautaires continuent de soutenir le nord de l'Alberta, et nous avons accueilli le D^r Oke Anuoluwapu, du Royaume-Uni, qui s'est joint à la division.

Alors que sa vie était commémorée dans le numéro du printemps 2025 du *Journal de la Société canadienne de rhumatologie*, le décès en novembre 2024 de Daniah Basodan, rhumatologue pédiatrique à l'Université de l'Alberta, a bouleversé toute la communauté rhumatologique, y compris les patients de l'Université de l'Alberta et d'ailleurs. Nos collègues en rhumatologie pédiatrique (les D^{rs} Dax Rumsey, Tara McGrath, Audrea Chen et Lillian Lim) continuent de ressentir profondément cette perte, mais ils ont travaillé sans relâche pour continuer à aider les patients en rhumatologie pédiatrique du nord de l'Alberta.

Pour le meilleur – plusieurs collègues et stagiaires ont eu la chance d'accueillir de beaux bébés en bonne santé en 2025-2026, notamment les D^{res} Shahad Al-Matar, Lillian Lim et Latifa Aljabar.

Ainsi, dans le chagrin et les adieux, nous avons également trouvé de la joie et du soutien parmi nos collègues et sommes restés unis, même dans la province de l'Alberta.

Stephanie Keeling, M.D., M. Sc., FRCPC

Directrice de division par intérim,
Professeure de médecine,
Université de l'Alberta
Calgary (Alberta)



La division de rhumatologie de l'Université de l'Alberta lors de la fête d'adieu organisée en l'honneur du D^r Steven Katz en juin 2025.

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

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

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

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

Pour de plus amples renseignements :

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

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

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

* La signification clinique comparative est inconnue.

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