

Ce que nous a appris l'étude CATCH en 2020

La Cohorte canadienne sur l'arthrite précoce (également appelée l'étude CATCH) est une étude se déroulant dans plusieurs sites au Canada. Elle vise à améliorer la qualité des soins chez les personnes atteintes d'arthrite inflammatoire précoce. Des personnes sont approchées pour participer à l'étude CATCH au cours de la première année suivant leur diagnostic d'arthrite inflammatoire. Si elles acceptent de faire partie de l'étude, des informations démographiques (par exemple, l'âge, le sexe, le tabagisme, etc.) et des informations cliniques (par exemple, les médicaments qu'elles prennent, leurs symptômes de PR, etc.) sont collectées chaque fois qu'elles voient leur rhumatologue. Ces informations sont enregistrées dans une base de données sécurisée qui est ensuite utilisée pour répondre aux questions de recherche de l'équipe CATCH. L'étude CATCH compte maintenant plus de 3 700 participants, dont certains y participent depuis plus de 10 ans! Il s'agit du seul projet de recherche canadien sur l'arthrite précoce qui suit les personnes atteintes au fil du temps afin d'examiner l'évolution de leur maladie et leur réponse aux traitements.

Chaque année, les chercheurs de l'étude CATCH présentent les résultats de leurs recherches à des conférences portant sur la rhumatologie. Ce document vous présente un résumé de leurs présentations récentes en langage simple. Si vous souhaitez en savoir plus sur ces projets de recherche, nous vous fournissons également des liens vers les descriptions complètes soumises à ces conférences, appelées « résumés ».

Médicaments

Stéroïdes

Les stéroïdes sont un type de médicaments que les personnes vivant avec la PR prennent régulièrement, surtout si leur PR est très active. En raison de leurs effets secondaires potentiels, l'utilisation de stéroïdes est recommandée uniquement pour de courtes périodes et à faibles doses. Les stéroïdes peuvent être pris sous forme de comprimés ou par injection. Les chercheurs de l'étude CATCH ont comparé l'activité de la PR chez les personnes qui prenaient des stéroïdes en comprimés à celles qui prenaient des stéroïdes à la fois en comprimés et en injection. Ils supposaient qu'en combinant différentes formes de stéroïdes, les personnes les prendraient moins longtemps, car l'activité de la PR serait contrôlée plus rapidement. Cependant, au lieu de cela, les chercheurs ont constaté que prendre les stéroïdes sous forme de comprimés et d'injection ne réduisait pas le temps de prise de stéroïdes en comprimés comparativement aux personnes qui prenaient des stéroïdes uniquement sous forme de comprimés. L'activité de la PR ne s'améliorait pas davantage ou plus rapidement par rapport aux personnes qui ne prenaient que des stéroïdes sous forme de comprimés. En fait, ces patients avaient une plus grande probabilité de devoir commencer un traitement biologique plus tôt que les autres patients. Cette étude est la première du genre au Canada et montre que les stéroïdes ne sont potentiellement pas utilisés pour le but recherché chez les patients

atteints de PR précoce et active. Vous pouvez en savoir plus sur cette recherche en [suivant ce lien](#) et en faisant défiler jusqu'au numéro 250 (en anglais).

Caractéristiques des patients prenant des médicaments avancés pour traiter leur PR

Lorsque les gens reçoivent un diagnostic de PR, on leur prescrit des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (appelés ARMM) pour soulager leurs symptômes. Si ces médicaments ne les soulagent pas, le rhumatologue peut leur prescrire d'autres « médicaments avancés ». Ces médicaments sont nommés en fonction de la voie moléculaire dans le corps qu'ils ciblent. Par exemple, les inhibiteurs du TNF ciblent la voie TNF alors que les inhibiteurs de JAK ciblent la voie JAK. Dans cette étude, les chercheurs voulaient connaître les caractéristiques des patients qui ont commencé ces thérapies avancées.

Les chercheurs ont découvert qu'entre 2014 et 2019, les prescriptions d'inhibiteurs de JAK ont augmenté à mesure que les thérapies avancées et les prescriptions d'inhibiteurs du TNF ont diminué. Les personnes atteintes de PR qui utilisaient des inhibiteurs de JAK faisaient de la PR depuis plus longtemps, avaient moins d'articulations douloureuses et leur PR était moins active. Si les patients vivaient en Ontario, ils prenaient souvent des inhibiteurs de JAK. Les patients qui prenaient des inhibiteurs du TNF avaient tendance à faire de la PR depuis moins longtemps, étaient plus jeunes, avaient moins de problèmes de santé supplémentaires (également appelés comorbidités) et vivaient souvent à l'extérieur de l'Ontario. Les patients qui prenaient des médicaments non inhibiteurs du TNF avaient tendance à avoir une PR très active, étaient plus âgés, avaient un niveau d'éducation supérieur et avaient plus de problèmes de santé supplémentaires. Les chercheurs ont conclu que les influences sur la thérapie avancée prescrite venaient de facteurs liés tant au patient qu'au médecin (tels que le lieu de pratique). Pour en savoir plus sur cette étude, cliquez [ici](#) (en anglais).

Croyances sur les médicaments

Les médicaments sont nécessaires pour aider à contrôler les symptômes de la PR et à prévenir les limitations, mais certaines personnes peuvent avoir de la difficulté à les prendre. Cette recherche visait à en savoir plus sur les croyances et les perceptions des patients concernant les médicaments contre la PR. Les croyances au sujet des médicaments peuvent prédire dans quelle mesure une personne réussit ou non à prendre ses médicaments tels que prescrits. Aussi, connaître ces croyances peut aider les médecins à travailler avec les patients pour diminuer leurs inquiétudes ou trouver des solutions qui fonctionnent pour eux.

L'étude a révélé que de nombreux nouveaux patients atteints de PR avaient peu de croyances et de préoccupations quant à la nécessité de prendre des médicaments. Comparativement aux patients qui acceptaient le besoin de prendre des médicaments contre la PR, les patients qui étaient indifférents à la prise de médicaments étaient fumeurs, avaient un poids plus élevé, avaient des articulations plus sensibles, avaient une maladie plus active, et étaient moins

nombreux à prendre du méthotrexate. Les personnes indifférentes étaient également plus dépressives et anxieuses. Elles avaient également plus de fatigue et de douleur. La plupart des patients s'inquiétaient des effets à long terme de leurs médicaments. Connaître ce que les gens pensent des médicaments contre la PR, en particulier au début de leur diagnostic, aidera les professionnels de la santé à savoir de quelles informations ils auraient besoin et leur permettra de répondre aux préoccupations de ces patients dans l'espoir qu'ils puissent améliorer leur capacité à prendre ces médicaments importants. Pour en savoir plus sur cette étude, cliquez [ici](#) et [ici](#) (en anglais).

Des recherches ont également été menées pour voir si ces croyances en matière de médicaments avaient changé au fil du temps, jusqu'à un an après le diagnostic. On sait que, chez les personnes atteintes de PR depuis de nombreuses années, les convictions quant à la nécessité des médicaments et les inquiétudes concernant les dommages potentiels influencent les effets secondaires et la capacité à prendre les médicaments comme prescrit. Il a été constaté que même si on reconnaît que les médicaments sont généralement nécessaires, les taux de préoccupations sont élevés. Les patients qui craignent davantage de commencer les traitements ont tendance à être plus instruits, anxieux et dépressifs. Au cours de la première année, la perception des médicaments est stable et elle est influencée par des caractéristiques individuelles (par exemple, personnes issues de minorités, détresse émotionnelle plus élevée, participation plus faible à des activités sociales), par la PR (par exemple, meilleure capacité fonctionnelle) ainsi que par les expériences précédentes avec la médication (par exemple, si une personne a déjà pris du méthotrexate). Ces résultats suggèrent qu'il peut être utile d'adopter des approches spécifiques pour démystifier les croyances en matière de médicaments et apaiser les inquiétudes afin d'améliorer l'acceptation, la tolérance et la capacité des personnes à prendre ces médicaments à long terme. Pour en savoir plus sur cette étude, cliquez [ici](#) (en anglais).

La PR et le stress

De nombreuses personnes pensent que leur PR est liée à une période ou à des événements stressants de leur vie, mais les recherches n'ont pas réussi à le démontrer clairement. Les chercheurs de l'étude CATCH voulaient voir s'ils pouvaient en savoir plus sur le lien entre le stress et l'apparition de la PR. Dans l'étude CATCH, plus de la moitié des participants ont signalé au moins un événement stressant au cours de l'année précédant leur diagnostic. Les événements stressants les plus fréquemment signalés étaient liés à la famille, aux finances, à un décès, à une chirurgie et à une maladie grave. Les personnes qui ont signalé des stress étaient plus susceptibles d'être des jeunes femmes qui ont une PR plus active et qui ont également d'autres conditions (appelées comorbidités). Ces patients avaient également davantage de douleur, de fatigue, de dépression, de problèmes de sommeil et les mesures de l'activité de leur PR étaient plus élevées. Après un an, le nombre d'articulations enflées et les taux de rémission étaient similaires entre les personnes qui ont signalé des facteurs de stress au cours

de l'année précédant leur diagnostic de PR et celles qui ne pensaient pas avoir subi de facteurs de stress. Un an après le diagnostic, les personnes qui ont vécu des événements stressants avant leur diagnostic signalaient toujours des symptômes de dépression, de la fatigue, des problèmes de sommeil, de la douleur, etc. Du soutien émotionnel en plus des traitements habituels aidera probablement ces personnes à se sentir mieux et à mieux fonctionner. Vous pouvez en savoir plus sur cette recherche [ici](#) ainsi qu'[ici](#) en faisant défiler jusqu'au numéro 113 (en anglais).

Douleur

La douleur persistante, comme toute autre forme de douleur, diminue la qualité de vie des personnes atteintes de PR. La douleur autre que celle ressentie dans les articulations des personnes atteintes de PR (appelée « douleur non articulaire ») est souvent causée par la fibromyalgie. Au cours de leur première année de diagnostic, les patients atteints de PR ont souvent des douleurs musculaires localisées et généralisées. Les chercheurs de l'étude CATCH voulaient décrire les schémas de la douleur non articulaire, les prédicteurs de la douleur non articulaire persistante et son impact sur les personnes au cours de la première année après leur diagnostic.

Au moment de leur diagnostic, 55 % des participants à l'étude CATCH avaient des douleurs dans les tissus mous (appelées douleurs non articulaires) et 62 % avaient des douleurs locales. Un an après le diagnostic, 33 % des participants avaient encore des douleurs non articulaires. Les femmes qui présentaient des symptômes dépressifs avaient également une douleur non articulaire généralisée un an après le diagnostic, tandis que les patients dont les fonctions étaient limitées et qui n'avaient pas été traités par méthotrexate tôt après leur diagnostic avaient une douleur non articulaire locale après un an. Il est important de noter que la probabilité de rémission de la PR était plus faible chez les personnes qui avaient des douleurs non articulaires locales ou généralisées, de sorte que ces types de douleur doivent être reconnus et traités pour aider ces personnes à mieux prendre en charge leur PR. Pour en savoir plus sur cette étude, cliquez [ici](#) et [ici](#) (en anglais).

PR et mortalité

Les personnes atteintes de PR ont un risque de mortalité (c'est-à-dire de décéder) plus élevé que la population générale. Les chercheurs de l'étude CATCH voulaient voir s'il existe une relation entre les difficultés au niveau du fonctionnement quotidien associées à la PR et la mortalité. On sait que c'est le cas pour les personnes atteintes de PR établie, car ces difficultés sont également associées aux hospitalisations.

En examinant les dossiers médicaux des personnes atteintes de PR vivantes et décédées, nous avons constaté que ces dernières avaient plus de difficultés à fonctionner au quotidien en raison de leur PR et que la maladie était plus active un an après leur diagnostic en comparaison

avec les personnes qui étaient toujours vivantes. Bien qu'il n'y ait pas de relation entre l'activité de la PR d'une personne au moment de son diagnostic et la mortalité, il existe une relation significative entre la PR active et les capacités fonctionnelles un an après le diagnostic et la mortalité. L'hypothèse est que lorsque la PR d'une personne n'est pas bien maîtrisée au cours de l'année qui suit le diagnostic, la capacité fonctionnelle des patients est plus grandement affectée, ce qui peut mener à une plus grande mortalité. Vous pouvez en savoir plus sur cette recherche [ici](#) en faisant défiler jusqu'à 116, [ici](#) et [ici](#) (en anglais).

Activité de la PR

Aider les patients à entrer en rémission au cours de la première année suivant leur diagnostic de PR

Dans la PR, le concept de rémission (c'est-à-dire le moment où la PR d'une personne n'est pas active) peut être mesuré de différentes manières. Le nombre de patients considérés comme étant en rémission diffère selon la définition utilisée. Les chercheurs de l'étude CATCH souhaitaient comparer ces différentes mesures de la rémission pour voir ce qu'elles avaient en commun. Les personnes dont la PR était active pendant une longue période étaient plus souvent des hommes qui avaient un statut sérologique positif et qui fumaient, ou bien des femmes qui étaient obèses et qui avaient des articulations plus sensibles. Les hommes et les femmes ayant de la douleur et une scolarité moins élevée avaient généralement une PR plus active. Sans utiliser une définition commune de la rémission, il est juste d'affirmer qu'environ le tiers des patients n'entrent pas en rémission au cours de la première année suivant leur diagnostic. Vous pouvez en savoir plus sur cette recherche [ici](#) ainsi qu'[ici](#) en faisant défiler jusqu'à 249 (en anglais).

Modèles de rémission à long terme

Le diagnostic précoce et l'amorçage de médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (appelés ARMM) ont rendu la rémission atteignable pour de nombreuses personnes atteintes de PR. La rémission est une période pendant laquelle la PR d'une personne n'est pas très active. Malgré l'amélioration du nombre de rémissions précoces de la PR, on en sait toujours peu sur la fréquence et la durée de la rémission ainsi que sur les facteurs pouvant contribuer aux changements dans le contrôle de la PR au fil du temps, ce que les chercheurs de l'étude CATCH ont voulu explorer.

Sur une période de deux ans, 47 % des patients étaient en rémission à 12 mois et 40 % à 24 mois. Les patients qui ont vu leur PR passer d'une rémission à une faible activité de la maladie étaient plus nombreux que ceux qui ont vu leur PR passer d'une rémission à une activité moyenne de la maladie. Parmi les caractéristiques associées à une rémission de plus courte durée, on compte le sexe d'une personne, le tabagisme et la présence d'autres conditions ainsi qu'un statut sérologique positif. Il peut également y avoir des liens entre la rémission de courte durée et les personnes plus âgées, qui ont vécu leur première période de

rémission plus tard, qui n'ont pas commencé le méthotrexate rapidement après le diagnostic et qui ont diminué le traitement après la rémission. Dans l'ensemble, moins de 50 % des personnes atteintes de PR ont connu une rémission ou une rémission prolongée pendant un à deux ans. En l'absence d'une option permettant de guérir la PR, il est important d'en apprendre davantage sur la rémission et sur la façon de la maintenir plus longtemps pour les aider à bien vivre. Pour en savoir plus sur cette étude, cliquez [ici](#) (en anglais).

Rémission et réduction de la dose de médicaments chez les personnes en rémission

Quand les personnes reçoivent un diagnostic de PR, l'approche thérapeutique habituelle se résume à « frapper fort » à l'aide de plusieurs médicaments appelés antirhumatismaux modificateurs de la maladie (également appelés ARMM). Le but est d'abord d'amener la PR à un état d'activité très faible qu'on appelle la rémission, puis d'aider à maintenir celle-ci le plus longtemps possible. On appelle rémission prolongée une rémission qui dure plus de six mois. Les ARMM ont des effets différents chez chaque personne, sans compter leurs effets sur le système de santé, comme leur coût ou les nombreux rendez-vous et examens médicaux. Les chercheurs souhaitent savoir ce qu'ont en commun les personnes atteintes de PR en rémission ainsi que la manière dont leurs traitements peuvent être diminués.

Parmi les participants à l'étude, 60 % d'entre eux ont eu un épisode de rémission prolongé au cours de la première année et demie suivant leur diagnostic alors que 92 % d'entre eux ont eu une rémission prolongée au cours des quatre années suivant leur diagnostic. Parmi les personnes ayant été en rémission, 80 % d'entre elles prenaient un ARMM appelé le méthotrexate, 71 % d'entre elles prenaient une combinaison de médicaments et 13 % d'entre elles prenaient un médicament biologique. Au cours de l'année suivant la période de rémission prolongée, 40 % des personnes ont diminué leur dose de médicaments avec l'accord de leur médecin; 30 % d'entre elles ont réduit ou arrêté la prise du méthotrexate (certaines en raison d'effets secondaires), 23 % ont réduit ou arrêté de prendre des ARMM autres que le méthotrexate, et 4 % ont réduit ou arrêté de prendre leur médicament biologique (une de ces personnes a arrêté en raison d'effets secondaires). Dans l'ensemble, au cours de l'année suivant leur diagnostic de PR, 40 % des personnes ont connu une rémission et environ 30 % d'entre elles ont également réduit leur consommation de médicaments. Vous pouvez en savoir plus sur cette recherche [ici](#) en faisant défiler jusqu'à 242 (en anglais).

Fatigue

La fatigue est très courante au début de la PR. Certaines personnes continuent de ressentir une fatigue extrême qui se traduit par une mauvaise qualité de vie et affecte l'humeur, le travail ainsi que la vie familiale et sociale. La fatigue est cependant mal comprise et approfondir nos connaissances sur le sujet peut aider les personnes atteintes de PR.

Dans cette étude, les chercheurs ont examiné des personnes qui avaient un niveau de fatigue élevé lorsqu'elles ont reçu un diagnostic de PR pour identifier les prédicteurs associés à une amélioration de la fatigue après un an. Au moment du diagnostic de PR, une fatigue extrême est observée tant chez les personnes dont la PR est plus active, qui ont plus de douleur et de limitations, qui font de l'arthrose ou qui ont des maux de dos que chez les personnes obèses, en dépression, avec un mauvais sommeil et qui ont eu des sources de stress important au cours de l'année qui précède leur diagnostic. Chez les personnes ayant un niveau de fatigue élevé, 70 % allaient mieux à la fin de la première année suivant le diagnostic. Parmi les patients présentant un niveau de fatigue élevé, 70 % allaient mieux à douze mois. L'utilisation de plus de 20 mg de méthotrexate réduisait la fatigue, mais être obèse n'aidait pas à moins ressentir de fatigue. Rapporter d'importantes douleurs au moment du diagnostic pouvait également être un marqueur d'amélioration de la fatigue. L'utilisation du méthotrexate rapidement après le diagnostic et l'optimisation du poids, du sommeil et de l'humeur peuvent aider à diminuer une fatigue persistante lorsque la PR est bien contrôlée. Ces résultats permettent de montrer l'intérêt des approches multidisciplinaires pour soigner la PR précoce.

Dans cette étude, les chercheurs ont voulu examiner les facteurs de risque de fatigue persistante et élevée un an après le diagnostic de PR. Au cours de la première année après le diagnostic, 21 % des femmes et 19 % des hommes ont signalé des niveaux élevés de fatigue persistante, et pour les femmes, la fatigue était pire tout au long de l'étude. Les femmes présentant des niveaux élevés de fatigue sont généralement obèses, prennent des stéroïdes peu après leur diagnostic, sont séronégatives (marqueur sanguin) et ont un sommeil de mauvaise qualité. Les hommes présentant des niveaux élevés de fatigue sont obèses et leur risque de ressentir encore de la fatigue un an après leur diagnostic est 2,4 fois plus élevé. Il est important d'aider ces personnes à perdre du poids. L'utilisation d'un médicament comme le méthotrexate et l'optimisation du poids, du sommeil et de l'humeur peuvent aider à diminuer la fatigue persistante lorsque la PR est bien contrôlée. Il est important de traiter la PR par de nombreux moyens.

Dans cette étude, les chercheurs voulaient voir s'il existait une relation entre l'activité de la maladie et la fatigue. Les personnes atteintes de PR précoce qui ont connu une rémission ou une faible activité de la maladie dans les trois mois suivant le début de leur participation à l'étude CATCH présentaient une fatigue beaucoup plus faible que celles dont la PR était active depuis cinq ans. La fatigue diminue chez les personnes en rémission prolongée (c'est-à-dire une période de six mois d'absence de signes ou de faible activité de la maladie) au moment de leur première rémission. Les personnes qui ont bien répondu aux traitements dans les trois à six premiers mois qui suivent leur diagnostic ont connu une amélioration de leur fatigue plus importante que les autres au fil du temps.

Vous pouvez en savoir plus sur la recherche sur la PR et la fatigue [ici](#) en faisant défiler jusqu'à 237, 247 et 248 (en anglais).

Prestation de soins de rhumatologie

Les cliniques de rhumatologie qui font partie de l'étude CATCH abordent le traitement des personnes atteintes de PR de manière similaire. Des efforts ont été déployés pour essayer de créer un modèle de soins uniforme pour ces cliniques et pour obtenir le soutien du gouvernement pour sa mise en pratique. Cette étude a été réalisée pour comprendre comment aller chercher plus de soutien pour financer un modèle de soins uniforme en connaissant mieux ces cliniques et leurs caractéristiques. Or, comme ces cliniques se trouvent dans différentes régions du pays, leur financement, leur aménagement et leurs ressources humaines sont différents. Certaines cliniques ont également de longues listes d'attente et diagnostiquent les personnes atteintes de PR à différents moments après le début de leurs symptômes en raison de retards dans les demandes de consultation provenant des médecins de famille. Malgré ces différences, toutes les cliniques s'engagent à fournir des soins de haute qualité aux patients et s'efforcent de surmonter les différents défis auxquels elles sont confrontées. Vous pouvez en savoir plus sur cette recherche [ici](#) en faisant défiler jusqu'à 196 (en anglais).

En raison de la COVID-19, de nombreux rhumatologues ont passé à la télémédecine pour faire les suivis avec leurs patients. Cette méthode a limité leur capacité à effectuer l'examen articulaire complet nécessaire pour déterminer l'activité de la PR et fournir des soins personnalisés. Cette étude a été réalisée pour savoir dans quelle mesure les scores d'activité de la maladie évalués par le rhumatologue concordent avec les scores des patients si ceux-ci étaient évalués virtuellement. En moyenne, les patients et les médecins étaient généralement plus d'accord sur ce qui était considéré comme une articulation enflée que sur ce qui était une articulation sensible. Ils étaient également généralement plus d'accord sur ce qu'ils considéraient comme une PR contrôlée que sur une PR active. Comprendre ce qui contribue aux différences dans ce que les patients et les médecins voient pourrait aider à identifier les sous-ensembles de patients qui bénéficieraient le plus d'une aide supplémentaire de leur médecin lors d'auto-évaluations conjointes ou de questions plus précises lors d'un rendez-vous virtuel pour confirmer l'activité de la PR. Pour en savoir plus sur cette étude, cliquez [ici](#) (en anglais).