

### **Ce que l'étude CATCH nous a appris en 2019**

La Cohorte canadienne sur l'arthrite précoce (également appelée 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. L'étude est possible grâce à ses 3300 participants, dont certains font partie de la cohorte de CATCH depuis plus de 10 ans! L'étude CATCH est le 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 réaction aux traitements.

Chaque année, les chercheurs de l'étude CATCH présentent les résultats de leurs recherches lors de conférences portant sur la rhumatologie. Ce document vous présente un résumé de leurs présentations récentes en langage simple.

### **Médicaments**

#### ***Stéroïdes***

Les stéroïdes sont un type de médicaments que les personnes vivant avec la PR prennent régulièrement, particulièrement si leur PR est très active. En raison de leurs effets secondaires potentiels, les stéroïdes devraient être consommés sur de courtes périodes et à faibles doses. Les chercheurs de l'étude CATCH ont comparé la durée de prise de stéroïdes chez les personnes qui les prennent uniquement en comprimé et chez les personnes combinent les comprimés et les injections. L'hypothèse était que les personnes qui prenaient une combinaison de stéroïdes les prennent pour une période plus courte. Or, ils ont plutôt observé que cette durée n'est pas plus courte pour les personnes qui prenaient des stéroïdes en comprimé et en injection. L'activité de leur PR ne s'était pas améliorée plus que les personnes qui prenaient uniquement des comprimés non plus. On pense que les personnes qui prennent des stéroïdes ont une arthrite plus persistante, et qu'elles pourraient bénéficier de voir leur médecin plus régulièrement et d'une augmentation de leur dose d'antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM) ou d'autres types de traitements. Pour en savoir plus sur cette étude, cliquez [ici](#) (en anglais seulement).

#### ***Réduction des traitements et du risque de poussées***

Amener la PR à une rémission grâce au traitement avec plusieurs types d'antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM) peut avoir d'importants effets positifs sur la vie des patients et sur les coûts associés aux soins de santé. Environ 40 % des personnes vivant avec une PR précoce ont connu une période de rémission prolongée (période d'au moins 6 mois pendant laquelle la PR est très peu active). Au cours de l'année qui a suivi, environ un tiers des personnes en rémission prolongée ont vu leurs traitements diminuer, principalement par l'ajustement de leurs antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM). Ce groupe de personnes continue d'être suivi afin de déterminer si la prise de médicaments peut être réduite

de manière sécuritaire, sans avoir de poussées de PR (c'est-à-dire que la PR d'une personne redevient plus active). Pour en savoir plus sur cette étude, cliquez [ici](#) (en anglais seulement).

### **La PR et le stress**

Plusieurs personnes ont l'impression que leur PR a commencé en raison d'un événement ou de plusieurs événements stressants dans leur vie. Cette étude démontre que les personnes ayant reçu un diagnostic de PR avaient généralement connu des événements stressants au cours de l'année précédant leur diagnostic. Au moment du diagnostic, elles éprouvaient davantage de symptômes de dépression, de fatigue, de troubles de sommeil, de douleur, et la mesure de l'activité de leur PR était plus élevée. Ces personnes étaient davantage des femmes plus jeunes ayant également d'autres diagnostics, comme la fibromyalgie. Un an après le diagnostic, les personnes qui avaient vécu des événements stressants avant leur diagnostic affirmaient toujours avoir des problématiques liées à la dépression, la fatigue, le sommeil, la douleur, etc. En plus de leurs traitements habituels, du soutien émotionnel les aidera probablement à se sentir bien et à mieux fonctionner. Pour en savoir plus sur cette étude, cliquez [ici](#) (en anglais seulement).

### **Douleur**

La douleur persistante et la douleur non articulaire diminuent la qualité de vie des personnes atteintes de PR. La douleur non articulaire est souvent liée à la fibromyalgie. Les patients atteints de PR précoce ont souvent de la douleur non articulaire régionale ou généralisée. La douleur régionale est plus courante et peut être causée par des lésions découlant d'une période de PR active. La recherche suggère que les périodes de rémission des patients atteints de PR ayant de la douleur non articulaire ne sont pas aussi fréquentes que chez les autres patients. Les médecins doivent ainsi déterminer si les personnes atteintes de PR ont de la douleur non articulaire, puis la traiter. Pour en savoir plus sur cette étude, cliquez [ici](#) (en anglais seulement).

### **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. 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 un an après leur diagnostic. On croyait que lorsque la PR d'une personne n'était pas bien maîtrisée au cours de l'année qui suit le diagnostic, la capacité fonctionnelle des patients était plus grandement affectée, ce qui pouvait potentiellement mener à une plus grande mortalité.

### **Activité de la PR**

***Mesurer de l'activité de la PR chez les personnes qui ne participent pas à des essais cliniques***

Obtenir un diagnostic précoce de la PR et entamer la prise d'ARMM permettent d'aider les patients à maîtriser la progression de leur polyarthrite rhumatoïde. De nombreuses mesures de l'activité de la PR sont utilisées en recherche et par les médecins, ce qui peut influencer les décisions en matière de traitement ainsi que l'évaluation de la qualité des soins. Les chercheurs de l'étude CATCH ont découvert qu'il y a de la variation entre les différentes façons de mesurer l'activité de la PR pour ce qui est de l'identification de la rémission, ce qui affecte les décisions concernant le traitement. L'utilisation de n'importe quelle mesure a démontré des niveaux similaires d'amélioration de la rémission, mais en l'absence d'une mesure « idéale » qui tient compte du point de vue du patient, environ une personne vivant avec une PR précoce sur trois n'entre pas en rémission. Pour en savoir plus sur cette étude, cliquez [ici](#) (en anglais seulement).

### ***Différentes façons de mesurer la rémission***

Plusieurs façons de mesurer la rémission chez les personnes vivant avec PR existent. Celles-ci peuvent être utilisées à des fins de recherche ou encore pour mesurer la rémission d'un patient dans une clinique de rhumatologie afin de l'inscrire à son dossier. Selon la façon dont la rémission est mesurée, un même patient pourrait être en rémission alors qu'une mesure ultérieure indiquera le contraire. Quelle que soit la méthode utilisée pour mesurer la rémission, les patients qui ne sont pas en rémission sont majoritairement des hommes qui fument ou qui sont séropositifs (ce terme est lié à un marqueur sanguin utilisé pour identifier la PR), ou encore des femmes obèses avec des articulations douloureuses. Chez les femmes comme chez les hommes, la présence de douleur ainsi qu'un niveau d'éducation moins élevé sont également liés à l'absence de rémission. Dans l'ensemble, 30 % des patients ne connaissent pas de rémission (quelle que soit la mesure utilisée), ce qui indique que de nombreux patients ont besoin d'un plus grand soutien pour contrôler l'activité de leur PR.

### ***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 consiste 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 6 mois. Les ARMM ont des effets différents chez chaque personne, sans compter les effets sur le système de santé, comme le coût de ces médicaments, les nombreux rendez-vous et examens médicaux et autres. Les chercheurs souhaitent savoir ce qu'ont en commun les personnes atteintes de PR en rémission. 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.

### **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, et la vie familiale et sociale. Au moment du diagnostic de PR, la 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. Parmi les personnes présentant une fatigue importante, 70 % d'entre elles ont vu une amélioration avant la fin de la première année suivant leur diagnostic. De plus, elles étaient moins susceptibles d'être obèses ou de faire de la fibromyalgie, en plus d'avoir moins de problèmes de santé, de présenter des symptômes de PR pendant une période plus courte et de ressentir moins de fatigue au moment du diagnostic. Les personnes dont la fatigue s'est améliorée au cours de l'année suivant le diagnostic avaient également tendance à prendre plus de 20 mg de méthotrexate par semaine.

Les femmes présentant des niveaux élevés de fatigue sont généralement obèses, utilisent des stéroïdes peu après leur diagnostic, sont séronégatives (un 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 une fatigue persistante lorsque la PR est bien contrôlée. Il est important de traiter la PR par de nombreux moyens.

La fatigue diminue chez les personnes atteintes de PR précoce en rémission prolongée (c'est-à-dire une période de 6 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. Il peut s'avérer important d'aider les gens à comprendre comment la prise en charge de leur PR peut également influencer leur niveau de fatigue.

Pour en savoir plus sur l'étude sur la PR et la fatigue, cliquez [ici](#), [ici](#) et [ici](#) (en anglais seulement).

***Différences entre les cliniques de rhumatologie***

Les cliniques de rhumatologie qui font partie de l'étude CATCH abordent le traitement des personnes atteintes de PR de manière similaire. 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.