

# Le point sur les succès de la cohorte CATCH

Par Vivian Bykerk, M.D., FRCPC et Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC

L'étude *Canadian Early Arthritis Cohort (CATCH)* est une initiative nationale lancée en 2007 par des chercheurs désirant améliorer la vie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde d'apparition récente. Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle, prospective et longitudinale menée auprès de participants qui viennent de recevoir un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde et qui sont suivis pour surveiller l'activité de la maladie, les symptômes et d'autres mesures évaluées par les patients; des données sont saisies systématiquement chaque année lors de rencontres en clinique planifiées (tous les trois mois durant la première année, tous les six mois la deuxième année, puis annuellement). Le groupe de recherche CATCH, qui s'est rapidement développé et compte maintenant 22 centres de recherche, a recruté plus de 3 500 personnes au cours des 12 dernières années et a saisi des données sur plus de 10 000 années-patients de suivi. Plus de 400 patients ont fourni des échantillons (conservés dans des biobanques) et des séries de radiographies notées; 1 000 patients sont suivis depuis plus de cinq ans. Les chercheurs ont publié au-delà de 40 articles et présenté plus de 200 résumés à l'occasion de congrès canadiens et internationaux. Afin de transmettre les connaissances acquises grâce à cette étude, nous avons créé un site Web à l'intention des patients et des professionnels de la santé ([www.earlyarthritis.ca](http://www.earlyarthritis.ca)) pour les informer au sujet de nos travaux.

Les rhumatologues de l'étude CATCH souhaitent atteindre les cibles thérapeutiques et accroître le nombre de patients qui obtiennent une rémission soutenue (ou, si ce n'est pas possible, qui présentent une faible activité de la maladie) après un an (voire plus tôt). Depuis la publication des recommandations de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, nous avons observé une augmentation du nombre de patients qui atteignent ces cibles. En effet, c'est désormais le cas de 60 % d'entre eux. Ce succès peut être attribué en partie à l'optimisation de l'utilisation des médicaments et au respect des recommandations. De nos jours, plus de patients utilisent du méthotrexate par voie sous-cutanée ou la trithérapie en tant que première stratégie thérapeutique, et les résultats semblent meilleurs qu'il y a sept ans.

Les chercheurs de l'initiative CATCH concentrent aussi leurs efforts afin qu'un plus grand nombre de patients aient rapidement accès à des soins. Étant donné le processus d'orientation en place dans la plupart des provinces, il est rare que les patients soient vus avant que trois mois de symptômes persistants se soient écoulés, et le temps moyen entre le moment de l'apparition des symptômes et celui de la prise en charge est encore de 5,8 mois. Les collaborations avec des chercheurs externes en vue d'améliorer les modèles de soins comprendront des mesures favorisant un accès plus rapide aux soins.

La plateforme d'entrée électronique des données a récemment été mise à niveau; elle permet désormais d'interroger les patients plus facilement, au moyen d'appareils mobiles, et de saisir plus aisément les mesures provenant des cliniciens. Nous pouvons ainsi intégrer les remarques des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde sur leurs symptômes, leur humeur, leur observance thérapeutique et d'autres mesures de la qualité de vie lors de leurs rendez-vous à la clinique. Par exemple, les patients de la cohorte CATCH ont participé à la validation du questionnaire sur les poussées de la maladie, maintenant publié.

Nous disposons désormais d'un grand nombre de données phénotypiques cliniques qui nous permettent d'examiner le point de vue des patients, les études qualitatives et l'évaluation des médicaments en situation réelle. Les chercheurs ont établi des partenariats avec des groupes de recherche externes, notamment le Réseau canadien sur les méthodes interdisciplinaires avancées de recherche sur l'efficacité comparative (CAN-AIM), une filiale du Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM) de Santé Canada, l'Alliance de l'arthrite du Canada et la Société canadienne de rhumatologie, afin d'étudier l'efficacité et l'innocuité comparatives ainsi que l'utilisation de médicaments et de modèles de soins. Nous espérons continuer à établir des partenariats et des liens avec d'autres intervenants afin d'étudier des données administratives et l'économie de la santé pour mieux comprendre les habitudes en matière de santé et de soins de santé de nos patients, particulièrement en raison du nombre élevé de maladies concomitantes dans cette population. Au fil du temps, nous souhaitons également intégrer des études translationnelles portant sur des échantillons biologiques qui nous permettront de réaliser des épreuves de séquençage afin d'examiner les liens génétiques et l'immuno-phénotypage.

Au cours de la prochaine année, cette précieuse plateforme de recherche nationale sera la pierre angulaire d'une importante étude pragmatique financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) portant sur l'atténuation progressive du traitement guidée par les patients et les cliniciens, en vue de réduire l'intensité du traitement sans causer de poussées excessives de la polyarthrite rhumatoïde. Nous participons également à une initiative nationale visant à examiner l'utilisation des bio-similaires, ainsi qu'à une initiative visant à étudier des modèles de soins, comme nous l'avons mentionné ci-haut.

En résumé, l'étude CATCH ne pourrait avoir lieu sans la participation de quelque 3 500 patients (un nombre qui ne cesse de grandir) et de plus de 100 membres d'équipe, cliniciens, chercheurs et scientifiques en rhumatologie. Cette étude, qui croît depuis plus de 12 ans, est une initiative nationale couronnée de succès, financée par de nombreux intervenants, y compris des

Suite à la page 28

## Cannabis médical : le nouveau miracle ou une pandémie de placebo (suite de la page 27)

effet psychoactif sournois qui procure une sensation de relaxation et de calme, ce qui n'est possiblement pas un avantage à négliger pour bon nombre de patients.

### Qui donne des conseils à propos du cannabis médical?

Les médias et Internet sont inondés de conseils, de rapports favorables et de détails sur le cannabis médical. Les membres du personnel des dispensaires, dont moins de 20 % déclarent une formation médicale, conseillent librement les patients aux États-Unis<sup>9</sup>. Au Canada, les agents pour les producteurs fournissent des conseils semblables, mais sans documentation de la formation de ces personnes. Le traitement idéal adapté au patient comprendrait des conseils en matière de contenu moléculaire idéal, de schéma posologique et d'ajustements pour un problème précis chez un patient en particulier. Cette notion rappelle les anciens apothicaires, qui combinaient différents ingrédients pour obtenir le mélange parfait. Les représentants des producteurs ainsi que les médecins « avertis en matière de cannabis » font la promotion de ce sentiment de médecine très personnalisée. Il est difficile de comprendre comment les médecins actuels se perçoivent comme des experts de l'administration d'une seule substance. Les soins médicaux idéaux consistent-ils à ne pas tenir compte de la personne dans son ensemble? Serait-il possible que les « cliniques de cannabis » d'aujourd'hui ressemblent beaucoup aux « usines à opioïdes » médicaux en Amérique du Nord qui ont entraîné d'extrêmes souffrances?

### La réalité

Il n'est pas question de revenir en arrière étant donné que le cannabis est une substance légale à usage médical et récréatif au Canada qui est facilement accessible à ceux qui s'accrochent à l'espoir d'un soulagement médical. Qui sont les gagnants? L'industrie est manifestement florissante, on encense le caractère visionnaire des politiciens canadiens, le Canada est fier d'être un chef de file dans ce domaine, les nouvelles sur le cannabis se vendent bien, mais qu'en est-il de nos patients? Certains patients découvriront peut-être un traitement réellement magique, mais les intérêts financiers des intervenants seront manifestement substantiels. En tant que médecins exerçant une médecine fondée sur des données probantes, n'est-il pas aberrant que nous pivotions de 180 degrés, et que nous adoptions

des anecdotes et des croyances populaires, en mettant de côté notre jugement rationnel?

Le cannabis, désormais intégré dans les soins cliniques, peut représenter une panacée véritablement négligée pour de nombreux malades ou les médecins sont peut-être à deux doigts d'une épidémie de pseudoscience mise de l'avant par une poignée de médecins « avertis en matière de cannabis » qui appuient leur compétence sur une « expérience clinique », de mauvaises données scientifiques et une promotion vigoureuse auprès d'une population de patients vulnérables. L'évolution de cette saga dans le temps reste à voir. Le cannabis émergera-t-il comme un ajout véritablement négligé, mais bienvenu, à l'arsenal des médecins? L'enthousiasme actuel s'évanouira-t-il simplement ou sommes-nous en train d'ouvrir une boîte de Pandore effrayante? Toutefois, je plains les personnes à faible revenu qu'on incite à dépenser des dollars précieux sur une possible poudre de perlimpinpin moderne. Est-ce le calme avant la tempête?

#### Références :

1. Jikomes N, Zoorob M. The cannabinoid content of legal cannabis in Washington state varies systematically across testing facilities and popular consumer products. *Sci Rep* 2018;8:4519.
2. Hazekamp A. The trouble with CBD oil. *Medical cannabis and cannabinoids* 2018;1:65-72.
3. Vandrey R, Raber JC, Raber ME, Douglass B, Miller C, Bonn-Miller MO. Cannabinoid dose and label accuracy in edible medical cannabis products. *JAMA* 2015;313:2491-3.
4. Bonn-Miller MO, Loflin MJE, Thomas BF, Marcu JP, Hyke T, Vandrey R. Labeling accuracy of cannabidiol extracts sold online. *JAMA* 2017;318:1708-9.
5. Vo KT, Horng H, Li K, Ho RY, Wu AHB, Lynch KL, et al. Cannabis intoxication case series: The dangers of edibles containing tetrahydrocannabinol. *Ann Emerg Med* 2018;71:306-13.
6. Thomas AA, Mazor S. Unintentional marijuana exposure presenting as altered mental status in the pediatric emergency department: A case series. *J Emerg Med* 2017;53:e119-e23.
7. Wang GS, Le Lait MC, Deakne SJ, Bronstein AC, Bajaj L, Roosevelt G. Unintentional pediatric exposures to marijuana in Colorado, 2009-2015. *JAMA pediatrics* 2016;170:e160971.
8. Rao DP, Abramovici H, Crain J, Do MT, McFaul S, Thompson W. The lows of getting high: Sentinel surveillance of injuries associated with cannabis and other substance use. *Can J Public Health* 2018;109:155-63.
9. Haug N KD, Sottile J, Babson K, Vandrey R, Bonn-Miller M. Training and practices of cannabis dispensary staff. *Cannabis and cannabinoid research* 2016;1:244-51.

Mary-Ann Fitzcharles, M.D., FRCPC  
Professeure agrégée de médecine,  
Centre universitaire de santé McGill  
Montréal (Québec)

Les opinions exprimées dans cet article sont celles de l'auteure, appuyées par des références scientifiques et une vaste expérience clinique. Elles ne doivent pas être considérées comme représentant une position officielle de la SCR, du JSCR ou de STA Communications.

## Le point sur les succès de la cohorte CATCH (suite de la page 20)

sociétés pharmaceutiques et des subventionnaires. Nous nous attendons à ce que la plateforme CATCH nous permette d'élargir encore plus nos connaissances grâce à la recherche sur la polyarthrite rhumatoïde au stade précoce au Canada.

Vivian Bykerk, M.D., FRCPC  
Professeure agrégée de médecine, Weill Cornell Medical College,  
Université Cornell  
Directrice du Centre d'arthrite inflammatoire,  
Division de rhumatologie, Hôpital de chirurgie spéciale  
New York, NY (É.-U.)

Janet Pope, M.D., MPH, FRCPC  
Professeure de médecine  
Chef de division, Division de rhumatologie,  
Département de médecine, St. Joseph's Health Care  
Université Western Ontario  
London (Ontario)