



La polyarthrite rhumatoïde

PAR où commencer ?

Frédéric Morin et Louise Rouleau

Il avait les initiales prédestinées : PAR. Considéré comme un grand maître de son vivant, Pierre-Auguste Renoir était atteint de polyarthrite rhumatoïde ou PAR. Il tenta cures et soins médicaux de l'époque pour éviter le pire, sans succès. Dix ans après le diagnostic, Renoir, déformé, était condamné à son fauteuil roulant. Un siècle plus tard, la polyarthrite rhumatoïde, principale maladie articulaire auto-immune, demeure un défi pour le clinicien. Si le Renoir des temps modernes venait vous consulter, quelle devrait être votre approche clinique pour lui épargner souffrance et grabatisation et surtout lui permettre de réaliser des œuvres encore plus grandioses ?

LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE touche environ 1 % de la population de toutes les tranches d'âge, la majorité des cas survenant entre 40 et 70 ans¹. Maladie au spectre clinique hétérogène, elle va d'un tableau clinique limité et bénin à une atteinte grave et destructrice. Au cours des dernières années, l'arrivée de nouveaux outils de classification, de suivi clinique et de traitement a augmenté l'importance du rôle du médecin de famille dans la prise en charge de cette maladie, particulièrement au moment des symptômes initiaux.

Arthrite indifférenciée et polyarthrite rhumatoïde débutante

Il est essentiel d'avoir une démarche structurée dès la première consultation d'un patient, car la maladie se présente rarement comme dans les livres. En effet, de 35 % à 54 % des cohortes de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde débutante, c'est-à-dire depuis moins de six mois, ne satisfont pas aux critères de classification de l'American College of Rheumatology (1987)². Il est donc possible qu'après votre première évaluation, votre diagnostic soit celui d'une arthrite indifférenciée. Votre patient présentera alors des synovites débutantes, mais ne répondra pas aux critères de la polyarthrite rhuma-

toïde ou d'autres maladies rhumatismales, telles que les spondylarthropathies, les arthrites microcristallines ou les arthrites infectieuses. Les patients atteints d'arthrite indifférenciée sont en général plus jeunes, souvent de sexe masculin, ont peu d'articulations touchées et ont un tableau plutôt asymétrique³. L'évaluation révèle l'existence d'autoanticorps dans moins de 15 % des cas et rarement d'érosions⁴.

Afin d'optimiser le dépistage des polyarthrites rhumatoïdes débutantes, l'American College of Rheumatology et l'European League Against Rheumatism ont proposé de nouveaux critères de classification en 2010 (*tableau I*)⁵.

Ces nouveaux critères consensuels mondiaux permettent de standardiser l'approche diagnostique de la polyarthrite rhumatoïde au stade précoce. Le clinicien doit observer au moins une synovite clinique (articulation gonflée, pas seulement douloureuse) et doit aussi exclure d'autres diagnostics potentiels, comme un rhumatisme psoriasique débutant qui pourrait très bien obtenir un score de six ou plus ! Ainsi, les antécédents personnels ou familiaux de psoriasis sont ici importants et doivent donc être évalués.

Dans ces nouveaux critères de 2010, quatre domaines cliniques sont évalués. Le nombre d'articulations touchées est calculé et pondéré selon les emplacements les plus caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde, comme les articulations métacarpo-phalangiennes ou interphalangiennes proximales et les poignets (*figure 1*).

Le Dr Frédéric Morin et la Dr^e Louise Rouleau, rhumatologues, exercent au Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières. Ils y sont chargés d'enseignement au Département de médecine de l'Université de Montréal.

Tableau 1**Critères de classification 2010 de la polyarthrite rhumatoïde***

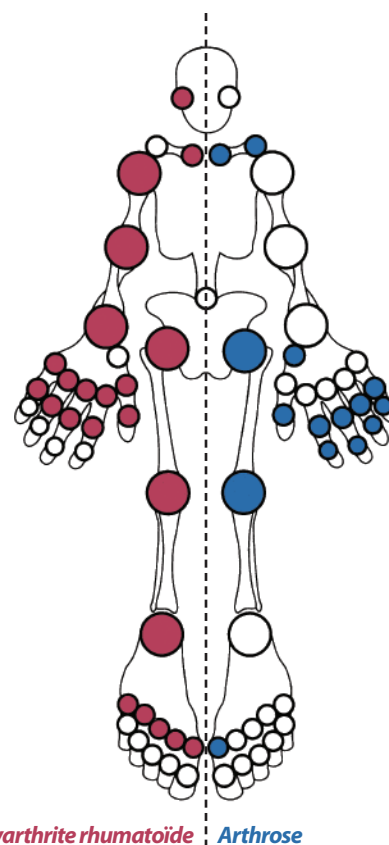
	Score
A. Atteinte articulaire (0-5)	
Une grosse articulation	0
De deux à dix grosses articulations	1
D'une à trois petites articulations (avec ou sans grosse articulation)	2
De quatre à dix petites articulations (avec ou sans grosse articulation)	3
Plus de dix articulations (au moins une petite articulation)	5
B. Sérologie (0-3)	
Absence de facteur rhumatoïde ET d'anticorps antiCCP	0
Facteur rhumatoïde + faible titre (1 – 3 × la normale) OU anticorps antiCCP + faible titre (1 – 3 × la normale)	2
Facteur rhumatoïde + haut titre (> 3 × normale) OU antiCCP + haut titre (> 3 × normale)	3
C. Durée des symptômes (0-1)	
Moins de six semaines	0
Six semaines et plus	1
D. Protéines de phase aiguë (0-1)	
Taux de protéine C réactive normal et vitesse de sédimentation normale	0
Taux de protéine C réactive anormal OU vitesse de sédimentation anormale	1

Score (A + B + C + D)†

* Critères de l'American College of Rheumatology et de l'European League Against Rheumatism. † Un score de 6 et plus est nécessaire pour poser un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.

Traduit et adapté de : Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et coll. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010; 62 (9) : 2569-81. Reproduction autorisée.

D'ailleurs, les articulations interphalangiennes distales, la base du pouce et la première articulation métatarso-phalangienne ne peuvent être prises en compte. Au niveau sérologique, le dosage des anticorps antiCCP est utile pour accroître la sensibilité du diagnostic et comme indice de facteur de mauvais pronostic, ce qui ne veut pas dire qu'il doit être demandé de façon systématique en même temps que le facteur rhumatoïde (voir l'article de la D^{re} Michèle Dessureault intitulé : « Mono ou poly,

Figure 1**Topographie articulaire de type polyarthrite rhumatoïde et arthrose**

Polyarthrite rhumatoïde | **Arthrose**

Source : Bessette L, Camerlain M, Morin F, Raïche P, Turcotte A. Pour l'avancement de la rhumatologie. Atelier de formation. Cahier du participant. Montréal : FMOQ ; 2004. p. 3.

« passez ou ne passez pas GO », dans le présent numéro, section autoanticorps antiCCP). Les protéines de phase aiguë (vitesse de sédimentation et protéine C réactive), associées au pronostic fonctionnel, sont aussi mesurées. Enfin, la durée des symptômes (plus ou moins de six semaines) est pondérée afin de classer le plus rapidement possible les cas types. Auparavant incluse dans les anciens critères, la radiographie ne l'est pas dans le nouveau système. Elle demeure toutefois utile dans l'évaluation d'une possible polyarthrite rhumatoïde, car l'érosion d'une articulation habituellement touchée par la maladie demeure très spécifique pour un diagnostic définitif. Il sera d'ailleurs intéressant de voir si les nouvelles modalités d'imagerie (IRM et échographie) s'ajouteront aux critères dans les prochaines années

Tableau II**Scores composites d'évaluation de l'activité de la polyarthrite rhumatoïde^{6,7}**

Définition	DAS 28 Disease Activity Score (score d'activité de la maladie sur 28 articulations)	SDAI Simplified Disease Activity Index (indice simplifié d'activité de la maladie)	CDAI Clinical Disease Activity Index (indice clinique d'activité de la maladie)
Composants	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre d'articulations douloureuses (0-28) ● Nombre d'articulations gonflées (0-28) ● Évaluation globale du patient sur une échelle visuelle analogique (0 mm – 100 mm) ● Vitesse de sédimentation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre d'articulations douloureuses (0-28) ● Nombre d'articulations gonflées (0-28) ● Évaluation globale du patient sur une échelle visuelle analogique (0 cm – 10 cm) ● Évaluation globale du médecin sur une échelle visuelle analogique (0 cm – 10 cm) ● Protéine C réactive 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre d'articulations douloureuses (0-28) ● Nombre d'articulations gonflées (0-28) ● Évaluation globale du patient sur une échelle visuelle analogique (0 cm – 10 cm) ● Évaluation globale du médecin sur une échelle visuelle analogique (0 cm – 10 cm)
Résultat	Échelle quantitative après l'application d'une formule arithmétique (0 – 9,4)	Somme des cinq composants (0,1 – 86)	Somme des quatre composants (0 – 76)
Activité élevée de la maladie	DAS 28 > 5,1	SDAI > 26	CDAI > 22
Activité modérée de la maladie	3,2 < DAS 28 ≤ 5,1	11 < SDAI ≤ 26	10 < CDAI ≤ 22
Activité faible de la maladie	DAS 28 ≤ 3,2	SDAI ≤ 11	CDAI ≤ 10
Rémission	DAS 28 < 2,6	SDAI ≤ 3,3	CDAI ≤ 2,8

Les scores DAS 28, SDAI et CDAI constituent trois méthodes validées permettant d'évaluer l'état de 28 articulations et de mesurer objectivement l'évolution de la maladie ou l'effet d'un traitement.

Les 28 articulations évaluées sont les articulations interphalangiennes proximales des mains, les articulations métacarpophalangiennes, les poignets, les coudes, les épaules et les genoux.

puisqu'elles peuvent servir d'outil diagnostique pour accroître la sensibilité de la découverte des synovites.

Bien que les critères 2010 de l'American College of Rheumatology et de l'European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) n'aient pas pour but premier de faciliter l'évaluation par le médecin de famille, ils sont faciles d'usage et peuvent aider à classer un syndrome inflammatoire articulaire nouveau en vue d'une orientation en rhumatologie. Dans l'éventualité d'un délai d'attente pour une consultation auprès d'un rhumatologue, les critères peuvent constituer un soutien diagnosti-

que pour permettre au médecin de famille d'entreprendre un traitement par des agents immunomodulateurs.

La polyarthrite rhumatoïde, une urgence médicale ?

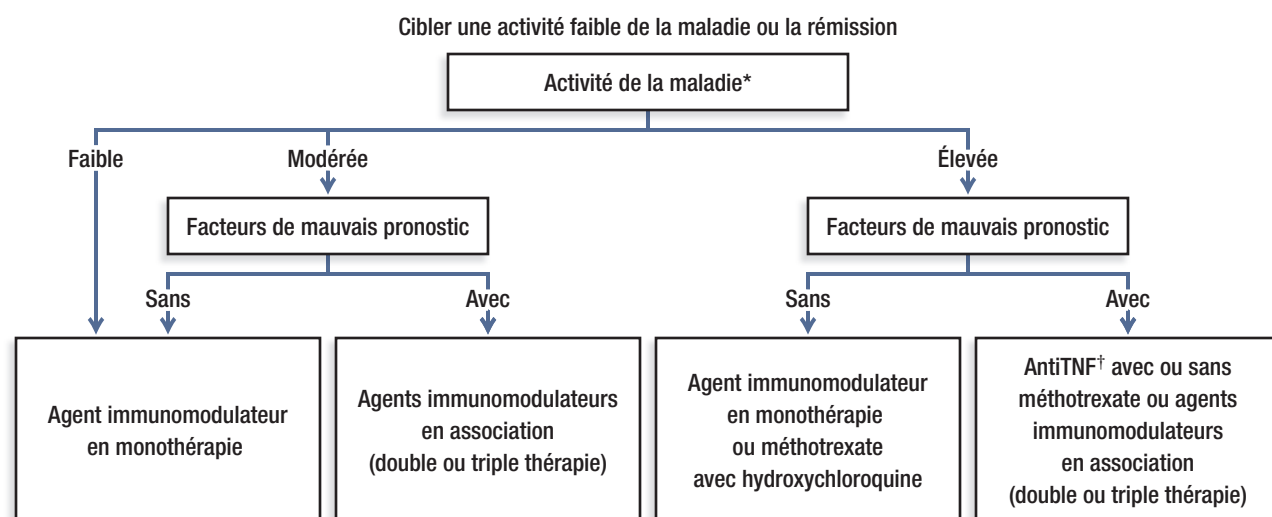
Au cours des deux dernières décennies, le recours plus optimal aux immunomodulateurs et l'arrivée des agents biologiques ont permis de mieux maîtriser la douleur, de réduire la destruction articulaire, d'assurer un meilleur maintien de la fonction globale et même la survie du patient. L'application de ces traitements tôt dans

Le recours aux immunomodulateurs et aux agents biologiques tôt dans la polyarthrite rhumatoïde peut modifier, voire éteindre le processus inflammatoire avec un retour à la normalité.

Repère

Figure 2

Recommandations 2012 de l'American College of Rheumatology pour la polyarthrite rhumatoïde débutante (< 6 mois)¹⁰



la maladie peut modifier, voire éteindre le processus inflammatoire avec un retour à la normalité². À l'inverse, l'application inappropriée ou inutile d'un traitement potentiellement toxique nous montre qu'il ne faut pas frapper tous azimuts !

Traiter et viser la rémission !

Auparavant, la décision d'entreprendre ou de modifier un traitement reposait sur le recueil informel d'éléments cliniques et paracliniques. Au cours des dernières années, de nouveaux outils validés ont permis de quantifier l'activité de la maladie (tableau II)^{6,7} et l'état fonctionnel du patient.

Bien que ces mesures objectives ne soient pas encore employées de façon systématique par l'ensemble des rhumatologues pour des raisons techniques, elles permettent de structurer le suivi du traitement vers une maîtrise optimale de la maladie, voire la rémission ! Le traitement devrait donc viser la rémission ou un faible degré d'activité dès que possible chez tous les patients. Tant que l'objectif n'est pas atteint, l'ajustement du traitement devrait faire l'objet d'une surveillance stricte et

fréquente⁶. De multiples études^{8,9} ont d'ailleurs confirmé que ce type d'approche avec contrôle serré et stratégie prédéfinie améliore la maîtrise de la maladie et le maintien de la fonction globale du patient. L'application d'une telle méthode constitue le prochain défi que les médecins du Québec auront à relever pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Elle demande diligence et rigueur dans le repérage de la maladie par le médecin traitant, l'établissement de corridors cliniques efficaces entre le médecin de famille et le rhumatologue et la mise en place de cliniques spécialisées dans le suivi du patient.

Le bon traitement

La façon d'entreprendre le traitement de la polyarthrite rhumatoïde n'est pas monolithique. Il existe plusieurs traitements immunomodulateurs, qui peuvent être prescrits seuls ou en association. L'American College of Rheumatology a récemment mis à jour ses recommandations sur le traitement de la polyarthrite rhumatoïde¹⁰ (figure 2).

Deux éléments cliniques servent à établir le traitement d'une polyarthrite rhumatoïde débutante : le degré d'ac-

Le traitement devrait viser la rémission ou un faible degré d'activité dès que possible chez tous les patients. Tant que l'objectif n'est pas atteint, l'ajustement du traitement devrait faire l'objet d'une surveillance stricte et fréquente.

Repère

tivité de la maladie et la présence ou non de facteurs de mauvais pronostic (*tableau III*). Le Health Assessment Questionnaire (HAQ) sert à mesurer huit catégories d'activités quotidiennes à l'aide de vingt questions. Des activités comme s'habiller, se lever, manger, marcher ou se laver sont évaluées par des questions qui permettent de définir le handicap fonctionnel d'un patient dans la vie quotidienne. Vous pouvez consulter ce questionnaire, validé scientifiquement, au www.rhumato.info/fiches-pratiques2/161-polyarthrite-rhumatoide/1684-haq.

En pratique, les agents immunomodulateurs les plus utilisés en début de traitement sont le méthotrexate et l'hydroxychloroquine. Bien qu'idéalement prescrits par le rhumatologue, ils peuvent l'être initialement par le médecin de famille lorsque l'accès au spécialiste est difficile. Il faut toutefois connaître les molécules, leur mode d'action et leurs effets indésirables, procéder à l'évaluation requise avant la prescription et assurer le suivi pendant le traitement. Le patient doit être revu au plus tard trois mois après avoir commencé à prendre ces agents afin de vérifier le degré d'activité de la maladie et son état fonctionnel.

Un travail d'équipe

Outre les immunomodulateurs, le traitement global optimal d'une polyarthrite rhumatoïde comprend diverses actions qui peuvent s'avérer impossibles à réaliser par le rhumatologue seul tellement la charge est parfois colossale ! Le partenariat entre ce dernier et le médecin de famille devient donc crucial au succès du traitement. Devant un cas clinique évident de polyarthrite rhumatoïde débutante, dès l'orientation en rhumatologie, le médecin de famille peut procéder à certaines interventions au bénéfice du patient.

Une analgésie adéquate est essentielle. Un anti-inflammatoire non stéroïdien est donc recommandé en l'absence de contre-indications rénales ou cardiovasculaires. L'acétaminophène peut être utilisé en complément comme analgésique simple. Lorsque ces moyens ne suffisent pas à maîtriser la douleur, un corticostéroïde par voie orale à petites doses (prednisone, ≤ 10 mg/j) peut être prescrit en attendant l'évaluation du rhumatologue

Tableau III

Facteurs cliniques de mauvais pronostic de la polyarthrite rhumatoïde

- Atteinte fonctionnelle, selon le résultat du Health Assessment Questionnaire (HAQ)
- Atteinte extraarticulaire (nodosités rhumatoïdes, vascularite, syndrome de Felty)
- Présence du facteur rhumatoïde ou d'anticorps antiCCP
- Érosions visibles sur la radiographie

ou le délai d'action de l'agent immunomodulateur.

La mise à jour de l'immunisation du patient est primordiale, compte tenu du risque accru de contracter une infection liée aux immunomodulateurs, aux corticostéroïdes et aux antiTNF auxquels il sera exposé. Et c'est encore plus vrai chez la personne âgée, plus vulnérable aux infections et à leurs complications¹⁰.

La polyarthrite rhumatoïde résulte principalement d'interactions entre la prédisposition génétique (gène HLA DR4) du patient et une exposition répétée ou non à des facteurs environnementaux. L'agent toxique le mieux défini dans la polyarthrite rhumatoïde est le tabac¹¹, qui augmente le risque de la maladie. En outre, il est associé à la présence du facteur rhumatoïde et des anticorps antiCCP, deux éléments considérés comme des facteurs de mauvais pronostic. Pire encore, la réponse clinique du fumeur aux agents immunomodulateurs et même aux antiTNF est moins bonne. Le patient se demande souvent comment il peut participer au traitement de sa maladie. Chez le fumeur, la réponse est simple : cesser de fumer. Le médecin de famille doit proposer des moyens pharmacologiques ou non pour aider le patient à y parvenir.

La mortalité et la morbidité d'origine cardiovasculaire sont accrues chez les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde¹², par suite d'un dysfonctionnement endothélial provenant des facteurs inflammatoires et immunologiques. L'évaluation des facteurs de risque cardiovasculaire classiques, bien qu'utile, peut sous-estimer le risque réel. Certains prétendent que le risque de maladie cardiovasculaire d'un patient atteint de

Devant un cas clinique évident de polyarthrite rhumatoïde débutante, dès l'orientation en rhumatologie, le médecin de famille peut procéder à certaines interventions au bénéfice du patient.

Repère

Tableau IV

Recommandations pour la gestion du risque cardiovasculaire chez le patient atteint de polyarthrite rhumatoïde

- 1 La polyarthrite rhumatoïde doit être considérée comme une maladie associée à un risque cardiovasculaire augmenté.
- 2 Il faut maîtriser l'activité de la maladie pour abaisser le risque cardiovasculaire.
- 3 L'évaluation du risque cardiovasculaire, à l'aide des lignes directrices nationales, est recommandée chez tous les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde.
- 4 Une réévaluation du risque cardiovasculaire est nécessaire en cas de changement du traitement antirhumatismal.
- 5 Il faut multiplier par 1,5 les résultats obtenus à l'aide des outils d'évaluation du risque cardiovasculaire (ex. : table de Framingham) chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde présentant deux des trois critères suivants :
 - ⚡ facteur rhumatoïde ou anticorps antiCCP ;
 - ⚡ manifestations extraarticulaires ;
 - ⚡ maladie évoluant depuis plus de dix ans.
- 6 Toute intervention doit être effectuée conformément aux lignes directrices nationales.
- 7 Les statines, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine sont les options de traitement préférées.
- 8 Le rôle des AINS et des coxibs dans le risque cardiovasculaire demeure à préciser. La prescription de ces agents doit ainsi être justifiée, particulièrement chez les patients à risque élevé ou ayant une maladie cardiovasculaire connue.
- 9 Les corticostéroïdes doivent être utilisés à la plus petite dose possible.
- 10 Le tabac doit être cessé.

Traduit et adapté de : Peters MJL, Symmons DPM, McCarrey D et coll. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010 ; 69 (2) : 325-31. Reproduction autorisée.

polyarthrite rhumatoïde devrait être considéré comme équivalent à celui d'un diabétique¹³. Il faudrait en faire l'évaluation au tout début, une fois la maladie maîtrisée. Un facteur d'ajustement de 1,5 doit être utilisé pour les outils d'évaluation du risque cardiovasculaire (ex. : table de Framingham) chez tout patient atteint de polyarthrite rhumatoïde et présentant deux des trois critères suivants : facteur rhumatoïde ou anticorps antiCCP, manifestations extraarticulaires ou maladie évoluant depuis plus de dix ans (tableau IV)¹⁴. Le médecin de famille doit jouer un rôle proactif face aux en-

jeux cardiovasculaires du patient souffrant de polyarthrite rhumatoïde.

AU COURS des dernières années, les connaissances fondamentales et cliniques sur la polyarthrite rhumatoïde ont progressé à pas de géant. Mieux encore, les traitements existants permettent aux patients nouvellement atteints d'espérer une vie normale et sans douleur chronique. Il faut toutefois appliquer la recette qui demande vigilance, diligence, rigueur et collaboration entre la première ligne et la médecine spécialisée. Êtes-vous prêt pour le prochain Renoir? 🎨

Date de réception : le 22 mai 2012

Date d'acceptation : le 4 juillet 2012

Le Dr Frédéric Morin a été consultant pour Abbott, Janssen, Roche, Bristol-Myers Squibb et conférencier pour Amgen, AstraZeneca et Pfizer. La Dr^{ce} Louise Rouleau a été conseillère scientifique pour Janssen en juin 2012.

Pour en savoir plus – Guide de pratique

Bykerk VP, Akhavan P, Hazlewood GS et coll. Canadian Rheumatology Association Recommendations for Pharmacological Management of Rheumatoid Arthritis with Traditional and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs. *J Rheumatol* 2012 ; 39 (8) : 155-82. Site Internet http://rheum.ca/images/documents/Journal_rheumatology.pdf (Date de consultation : septembre 2012).

Bibliographie

1. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2001 ; 358 (9285) : 903-11.
2. Huizinga TW, van der Helm-van Mil A. A quantitative approach to early rheumatoid arthritis. *Bull NYU Hosp Jt Dis* 2011 ; 69 (2) : 116-21.
3. De Rooy DP, van der Linden MP, Knevel R et coll. Predicting arthritis outcomes – What can be learned from the Leiden Early Arthritis Clinic? *Rheumatology* (Oxford) 2011 ; 50 (1) : 93-100.
4. Van Aken J, van Bilsen JH, Allaart CF et coll. The Leiden Early Arthritis Clinic. *Clin Exp Rheumatol* 2003 ; 21 (5 suppl. 31) : S100-S105.
5. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et coll. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010 ; 62 (9) : 2569-81.
6. Smolen J, Landewé R, Breedveld FC et coll. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis* 2010 ; 69 (6) : 964-75.
7. Aletaha D, Ward MM, Machold KP. Remission and active disease in rheumatoid arthritis: defining criteria for disease activity states. *Arthritis Rheum* 2005 ; 52 (9) : 2625-36.
8. Verstappen SM, Jacobs JW, van der Veen MJ et coll. Utrecht Rheumatoid Arthritis Cohort study group. Intensive treatment with metho-

- trexate in early rheumatoid arthritis: aiming for remission. Computer Assisted Management in Early Rheumatoid Arthritis (CAMERA, an open-label strategy trial). *Ann Rheum Dis* 2007; 66 (11): 1443-9.
9. Goekoop-Ruiterman YP, de Vries-Bouwstra JK, Allaart CF et coll. Clinical and radiographic outcomes of four different treatment strategies in patients with early rheumatoid arthritis (the Best study): a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 2005; 52 (11): 3381-90.
 10. Singh JA, Furst DE, Bharat A et coll. 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology Recommendations for the Use of Disease-Modifying Antirheumatic Drugs and Biologic Agents in the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res* 2012; 64 (5): 625-39.
 11. Serra-Bonett N, Rodriguez MA. The swollen joint, the thickened artery, and the smoking gun: tobacco exposure, citrullination and rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2011; 31 (5): 567-72.
 12. Innala L, Möller B, Ljung L et coll. Cardiovascular events in early RA are a result of inflammatory burden and traditional risk factors: a five year prospective study. *Arthritis Res Ther* 2011; 13 (4): R131.
 13. Peters M, van Halm VP, Voskuyl AE et coll. Does rheumatoid arthritis equal diabetes mellitus as an independent risk factor for cardiovascular disease? A prospective study. *Arthritis Rheum* 2009; 61 (11): 1571-9.
 14. Peters MJL, Symmons DPM, McCarrey D et coll. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010; 69 (2): 325-31.

Summary

Rheumatoid arthritis: where to begin? Rheumatoid arthritis has a 1% prevalence in the population. Considering new diagnostic and therapeutic approaches to the illness, the physician's role is reinforced, particularly at the onset of the condition. Rheumatoid arthritis classification criteria have been updated in 2010 by scientific societies (ACR/EULAR) and are most helpful when referred to in the early stages of rheumatoid arthritis. It has been shown that a rapid intervention with tight control of treatment brings greater benefits to patients. For treatment to be successful, it is essential that family physician and rheumatologist work as a team. Quebec physicians must rise to the challenge of establishing clinical pathways to ensure an evidence-based practice in rheumatology.