

Pathologie étudiée	titre du protocole de Recherche	Promoteur	Phase	Description	Traitement à l'étude	Profil du patient	Investigateur principal	contact (TEC)	Stade de l'étude
Arthrose	3000 ARTHROSES/KH OALA	Nancy	NA	"Prévalence des arthroses symptomatiques de hanche et de genou" et cohorte 3000 ARTHROSES "Histoire Naturelle, facteurs pronostiques, qualité de vie, consommation desoins et conséquences sociales des arthroses symptomatiques de hanche et de genou,"	Pas de traitement - étude de cohorte	Sujet agés entre 40 et 75 ans ayant une arthrose de hanche et de genou (fémoro-tibiale), uni ou bilatérale, symptomatique avec un diagnostic confirmé et satisfaisant les critères de l'ACR et de l'EULAR.	Pr SARAUX	helene FORTIN-PRUNIER	Suivi en cours
Arthrite juvénile idiopathique	AJIBIOREM	AP-HP	III	Décroissance thérapeutique dans l'arthrite juvénile idiopathique oligoarticulaire ou polyarticulaire sans facteur rhumatoïde en maladie inactive sous biothérapie.	2 schémas de décroissances de la biothérapie	Patient âgé de 2 à 17 ans et traité par Etanercept ou Tocilizumab ou Adalimumab ou patient âgé de 6 à 17 ans et traité par Abatacept diagnostiqué d'une arthrite juvénile idiopathique persistante oligoarticulaire ou polyarticulaire avec des facteurs rhumatoïdes négatifs. Patient ayant atteint la maladie inactive dans l'année après le début de la dernière biothérapie selon les critères de Wallace et inactive depuis au moins de 6 mois.	Pr DEVAUCHELLE	Estelle CHAUVIN estelle.chauvin@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Gougerot-Sjörgen	ASSESS (extension)	PHRC AP-HP	Non interveni onnel	Evaluations des complications systémiques et de l'évolution des patients atteints de Syndrome de Sjogren primitif	Pas de traitement l'étude - étude de cohorte	Patient inclus dans la première phase de l'étude (ASSESS)	Pr SARAUX	NA	en attente pour prolongation de suivi ?
Polyarthrite Rhumatoïde	BCD	PHRC Brest	RBP HPS	Comparaison des méthodes d'évaluation clinique (C) et/ou échographique (B ou D) de la polyarthrite rhumatoïde pour guider l'adaptation thérapeutique	Comparaison clinique/échographie	Patient adulte présentant une PR avec des traitements stables depuis au moins 12 semaines. Pas de signes et symptômes de pathologie sévère progressive ou non contrôlée au niveau rénal, hépatique, hématologique, endocrinien, pulmonaire, cardiaque, neurologique ou cérébral. Pas d'intervention chirurgicale prévue lors de la durée de l'étude sur les	Dr JOUSSE	Marie Laure TANGUY marie-laure.tanguy@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Polyarthrite Rhumatoïde	BIO 3	PHRC Strasbourg	III	Comparaison de la triple association de traitements de fond conventionnels à l'association méthotrexate et biomédicament chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et ayant une réponse insuffisante au méthotrexate.	MTX + salazopyrine + Plaquenil vs MTX+ biomédicament	Patient agé de plus 18 ans atteint d'une PR (critères EULAR/ACR 2010) avec un DAS28-CRP >3.2 Patient insuffisamment répondeur au méthotrexate à une dose≥ 15 mg par semaine après 3 mois de traitement au moins. Présence d'érosion radiographique et / ou facteurs rhumatoïdes et/ou aux anticorps anti-peptides citrullinés.	Pr SARAUX	Rozenn JOUBREL rozenn.joubrel@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Spondylarthropathies indifférenciées	DESIR	AP-HP	NA	Cohorte française sur le DEvenir des Spondylarthropathies Indifférenciées Récentes	Pas de traitement l'étude - étude de cohorte	Sujet entre 18 et 50 ans avec rachialgie inflammatoire récente (ente 3 mois à 3ans) en lien avec une spondylarthrite pouvant avoir reçu ou actuellement sous traitement de fond tel que Salazopyrine, Méthotrexate ou Imurel. Exclusion d'antécédent de traitement par biothérapie et notamment anti-TNF Prednisone stable depuis au moins 4 semaines et à une posologie inférieure à 10mg/j	Pr SARAUX	Rozenn JOUBREL rozenn.joubrel@chu-brest.fr	Suivi en cours
Polyarthrite Rhumatoïde	ECLAIR	UCB	IV/ RBM-PS	Evaluation de l'évolution de la maladie des patients traités par CIMZIA pour une polyarthrite rhumatoïde (PR) en pratique courante	CIMZIA	PR active modérée à sévère Patient pour lequel le médecin décide de mettre en place un traitement par le CZP conformément au RCP du Cimzia® pour la première fois	Pr SARAUX	Estelle CHAUVIN estelle.chauvin@chu-brest.fr	Suivi en cours
Polyarthrites Indifférenciées	ESPOIR	Montpellier	NA	Etude de cohorte : Suivi des Polyarthrites Indifférenciées Récentes	Pas de traitement à l'étude - étude de cohorte	Patient agés entre 18 et 70 ans pour lequel un diagnostic de PR est possible, certain ou probable souffrant d'au moins 2 arthrite depuis 6 mois n'ayant jamais reçu ni traitement de fond ni corticoïdes ou depuis moins de 2 semaines.	Pr SARAUX	Rozenn JOUBREL rozenn.joubrel@chu-brest.fr	Suivi en cours

Pathologie étudiée	titre du protocole de Recherche	Promoteur	Phase	Description	Traitement à l'étude	Profil du patient	Investigateur principal	contact (TEC)	Stade de l'étude
Gougerot Sjörgen	ETAP	PHRC Strasbourg	III	Efficacité et tolérance du Roactemra au cours du syndrome de sjogren primitif	Tocilizumab/Placebo en IV toutes les 4 sem	Score ESSDAI ≥ 5 anti SSA ou anti SSB positifs ou sinon, BGSA grade III ou IV, ou focus score ≥1 Pas de traitement antérieur par TCZ Pas de corticoïdes ≥ 15 mg/jour Pas de corticoïdes , AINS, chlorydrate de pilocarpine, ciméviline ou collyre de cyclosporine introduits ou à doses non stables dans les 2 semaines	Pr SARAUX	Estelle CHAUVIN estelle.chauvin@chu-brest.fr	Suivi en cours
Polyarthrite rhumatoïde	Flar'amis	Abbvie	Non interventi onnel	L'évaluation de l'activité de la polyarthrite rhumatoïde entre chaque visite chez le rhumatologue permet-elle de prévoir la survenue d'atteintes structurales après 24 mois de suivi ?	d'évaluer la valeur prédictive du questionnaire FLARERA administré tous les 3 mois durant 24 mois	Patient de plus de 18 ans ayant une PR diagnostiquée depuis moins de 3 ans ayant réalisé des radio (main, poignets et pieds) 3 mois avant l'inclusion ou planifié le jour de l'inclusion avec un score HAQ-DI <1	Pr SARAUX	Marlène THEPAULT marlene.thepault@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Maladie de Horton	GIACTA	Roche	III	Tolérance et l'efficacité du tocilizumab chez des patients atteints d'artérites à cellules géantes (Maladie De Horton).	Tocilizumab/Placebo en SC toutes les semaines (en aveugle) + prédnisone en décroissance décroissance rapide VS lente (en aveugle).	Diagnostic d'ACG (VS> 50mm/h et Symptômes crâniens d'ACG ou symptôme de pseudo-polyarthrite rhizomélique, et biopsie de l'artère temporale positive à ACG ou signe de vascularite des gros vaisseaux à l'imagerie. ACG d'apparition récente (diagnostiquée dans les six semaines) ACG réfractaire (ACG diagnostiquée plus de six semaines avant la Visite de référence et traitement préalable à base de ≥ 40 mg/jour de prednisone – ou	Pr DEVAUCHELLE	Estelle CHAUVIN estelle.chauvin@chu-brest.fr	Suivi en cours
Maladie de Horton	GIACTA extension	Roche	III	Tolérance et l'efficacité du tocilizumab chez des patients atteints d'artérites à cellules géantes (Maladie De Horton)	Tocilizumab en sc	Patient inclus dans la première phase de l'étude (GIACTA) et nécessitant la poursuite du tocilizumab (dans l'attente de l'AMM pour la maladie de Horton)	Pr DEVAUCHELLE	Estelle CHAUVIN estelle.chauvin@chu-brest.fr	Inclusion en cours
maladie inflammatoire rhumatologiques juvénile	JIR Cohorte	Fondation rhumatisme enfants suisse	Non interventi onnel	Etablissement d'une cohorte pédiatrique pour les maladies inflammatoires rhumatologiques.	Pas de traitement - étude de cohorte	Patient avec un diagnostic de maladie rhumatismale inflammatoire (AJI, connectivite, vascularite, uvéite ou fièvre périodique) dont les symptômes ont débutés avant l'âge de 18 ans révolus.	Pr DEVAUCHELLE	sophie MARZIN sophie.marzin@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Polyarthrite Rhumatoïde	LYRITUX	PHRC Tours	IV/ RBM-PS	Relation entre la déplétion des lymphocytes T et la réponse clinique au rituximab dans la polyarthrite rhumatoïde	Rituximab	PR définies suivant les critères ACR, avec nécessité d'un traitement par rituximab associé, en l'absence de contre indication, au MTX avec un traitement de fond stable depuis au moins 4 semaines avant l'inclusion et pendant les 16 premières semaines de l'étude.	Pr DEVAUCHELLE	Marie Laure TANGUY marie-laure.tanguy@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Lupus, Sclérodémie, PR, Gougerot, Sharp, Synd. antiphospholipides primaire, mal. tissu conjonctif ind. (Ou Témoins)	PRECISEADS cohorte prospective (INCEPTION)	Brest	cohorte	Etudier des patients naïfs de traitement au long court et récemment diagnostiqués + suivi au long court avec les mêmes techniques moléculaires	Pas de traitement l'étude - étude de cohorte	Pour les cas: Tout patient âgé de plus de 18 ans, de diagnostic MAS récent (moins d'un an), naïf de traitement immunosuppresseur, déplétif ou stéroïdien à l'exception de prednisone ou équivalent (≤10 mg/jour) ou l'hydroxychloroquine depuis moins de 2 semaines, correspondant au diagnostic de Polyarthrite Rhumatoïde, Sclérodémie, syndrome de Gougerot-Sjögren primitif, lupus érythémateux disséminé, syndrome des antiphospholipides primitif, connectivite	Pr PERS	Patricia BALEY patricia.baley@chu-brest.fr	Inclusion en cours

Pathologie étudiée	titre du protocole de Recherche	Promoteur	Phase	Description	Traitement à l'étude	Profil du patient	Investigateur principal	contact (TEC)	Stade de l'étude
Lupus, Sclérodémie, PR, Gougerot, Sharp, Synd. antiphospholipides primaire, mal. tissu conjonctif ind. Ou Témoins)	PRECISEADS cohorte transversale	Brest	cohorte	Reclassification moléculaire visant à identifier des biomarqueurs utiles sur le plan clinique (1 visite)	Pas de traitement l'étude - étude de cohorte	Pour les cas: Patient caucasien de plus de 18 ans, : MTX<25 mg/sem; azathioprine<2.5mg/kg/jour; cyclosporine A<3mg/kg/jour; Mycophénolate mofétil<2g/jour (au cours des 3 derniers mois), Pas de traitement par cyclophosphamide (toute dose/toute voie d'administration) ou belimumab dans les 6 derniers mois. Pas de thérapie combinée de deux ou plusieurs immunosuppresseurs (Méthotrexate, Léflunomide, Azathioprine, Cyclosporine A,	Pr PERS	Patricia BALEY patricia.baley@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Polyarthrite Rhumatoïde	REVECHO	AP-HP	RBM HPS	L'échographie est-elle efficace pour déceler précocement les reprises évolutives de la polyarthrite rhumatoïde afin d'anticiper les mesures thérapeutiques propres à restaurer et maintenir la rémission ?	Comparaison du suivi courant (seul)/ suivi clinico-biologique + echo + DAS28/ suivi clinico-biologique + echo + socre DAS28(CRP) et score de rémission ACR/EULAR	PR de durée d'évolution inférieure à 10 ans, en état de rémission clinique sur les critères du DAS28, avec corticostéroïdes ≤ 5 mg/jour et sous DMARDS et/ou biothérapie stable depuis au moins 3 mois.	Dr JOUSSE	Marlène THEPAULT marlene.thepault@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Pseudopolyarthrite rhizomelique	SEMAPHORE	PHRC Brest	III	Sécurité et efficacité du Tocilizumab versus placebo dans la Pseudo Polyarthrite Rhizomélique (PPR) avec dépendance aux Glucocorticoïdes.	Tocilizumab vs placebo	Patient de plus de 50 ans ayant des douleurs et raideurs évoluant depuis plus d'un mois aux épaules ou bras et hanche ou cuisse et/ou cou ou torse (2+/3), VS >40mm/h. Avoir été traité par glucocorticoïde ≥ 15mg avec succès, et ne pouvant être descendu <10 mg. DAS-PPR >10	Pr DEVAUCHELLE	Patricia BALEY patricia.baley@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Spondylarthrite ankylosante	SPACING	PHRC Montpellier	III/ RBM-PS	Effet de l'espacement des doses d'anti-TNF sur l'activité inflammatoire chez des spondylarthrites ankylosantes en faible activité inflammatoire.	Maintien ou décroissance de l'Enbrel, Humira, Cimzia, Simponi ou Rémicade (Anti TNFα)	SPA (critères ASAS) traitée par anti-TNF (Enbrel, Humira, Remicade, Cimzia ou Simponi) CRP normale Pas de traitement en continue par AINS ou corticoïdes Pas de progression radiographique d'une ou plusieurs articulations périphériques durant l'année précédant l'inclusion	Pr SARAUX	Christelle Igoho liliane-christelle.igohozephir@chu-brest.fr	Inclusion en cours
spondylarthrite ankylosante	STOP	PHRC Bordeaux	III	Intérêt du maintien d'un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante et traités par anti-TNF pour prévenir la progresion des lésions radiologiques.	AINS + anti-TNF vs anti-TNF seul	Patient de plus de 18ans ayant une SA (critères de New York 1984) active, avec indication de mise en route d'un traitement par anti-TNF. Corticoïde po inf à 10mg/j possible Sans Contre indication pour subir une IRM.	Pr SARAUX	Marlène THEPAULT marlene.thepault@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Gougerot Sjörgen	VAY736X2201	Novartis	II	Evaluer la sécurité et l'efficacité de doses multiples de VAY736 administrées par voie sous-cutanée chez des patients présentant un syndrome de Sjögren primaire modéré à sévère.	VAY736 en sc à différentes doses vs placebo	Patients âgés entre 18 et 75 ans avec un syndrome de gougerot-Sjörgen active (modérée à sévère) . Glucorticoïdes < 10mg/j et stable depuis 2 semaines avant la randomisation. Ayant eu une biopsie de glandes salivaires et avec des Anticorps Ro confirmant le syndrome de Gougerot-Sjörgen	Pr DEVAUCHELLE	Patricia BALEY patricia.baley@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Ostéonécrose aseptique de hanche	PREOB-ON3	Bone therapeutics	II	Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'implantation d'ostéoblastes autologues chez les patients ayant une ostéonécrose précoce, non traumatique, de la tête fémorale.	forage +/- PREOB (autogreffe de cellule souche)	Patient entre 18 et 70 ans présentant une ostéonécrose non traumatique de stade I ou II de la tête fémorale, confirmée par une analyse par imagerie centrale sur la base d'une radiographie et d'une IRM.	Pr DUBRANA	Gaëlle NOVERT gaelle.novert@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Arthrite infectieuse	EVRIOS	PHRC Rennes	IV	Démontrer qu'une faible dose initiale de rifampicine n'est pas moins efficace qu'une forte dose dans le traitement des infections ostéo-articulaires (IOA) à staphylocoques sensibles.	Rifampicine en faible ou forte dose en infection OA	Présentant une infection ostéo-articulaire à staphylocoques sensibles pour laquelle une prescription de rifampicine doit être débutée pour au minimum 14 jours	Pr ANSART	Anais GREVES anais.greves@chu-brest.fr	Inclusion en cours
Polyarthrite Rhumatoïde	STAR	PHRC Toulouse	IV	Comparaison de deux stratégies de sevrage en corticoïdes dans la polyarthrite rhumatoïde en rémission ou bas niveau d'activité.	hydrocortisone vs sevrage en prednisone	Patients de plus de 18 ans remplissant les critères 2010 ACR/EULAR de PR depuis au moins 6 mois traités par une dose stable de traitement de fond synthétique ou biologique depuis moins de 3 mois et traités par prednisone ou prednisolone depuis plus de 6 mois avec une dose équivalente à 5mg/j depuis au moins 3 mois. PR en rémission ou en bas niveau d'activité défini par le DAS28 (≤3,2 depuis au moins 3 mois)	Pr	Marie Laure TANGUY marie-laure.tanguy@chu-brest.fr	Inclusion en cours