Nous ne pourrons jamais marcher sur la Lune.

Avec le recul, nous constatons que l'histoire est riche en triomphes, en réelles innovations et en grandes réussites qui ont changé des vies. Aujourd'hui, vous pouvez contribuer à une réalisation tout aussi remarquable. Grâce à l'apport substantiel de la Société canadienne de la sclérose en plaques, des chercheurs d'ici ont pu défricher des voies prometteuses vers le traitement de cette maladie. La solution est à portée de main, aidez-nous à l'atteindre.

stopSP.ca

Agissez dès aujourd'hui. Donnez.

1-800-361-2985

Société canadienne de la sclérose en plaques SP



VOLUME 10, N°2

10e anniversaire

# dialogueSP MD

Information scientifique, médicale et pratique pour les personnes touchées par la SP


FINAL

# La révolution se poursuit dans le domaine de la SP

- L'allaitement maternel, est-ce l'idéal ?
- Quoi de neuf dans la recherche sur la SP ?
- Prise en charge des symptômes de la SP

# Énoncé de mission

« Fournir aux personnes atteintes de sclérose en plaques et à leur famille des renseignements utiles, pertinents et à jour sur la maladie, le mode de vie et la gestion de la maladie, de même qu'une tribune privilégiée pour partager de l'information, des solutions et des expériences vécues. »

**Rédacteur en chef**
Steven Manners

**Présidente et éditrice**
Anne St-Michel

**Directrice de la production**
Marie-Josée Roy

**Photographe**
François Desaulniers

*dialogue*SP[MD] (0886614104) est publié deux fois par an par Communications Lansdowne.

Publié grâce à une subvention à l'éducation de Teva Neuroscience.

© 2009. Tous droits réservés. Aucun droit de reproduction, sous quelque forme que ce soit, sans permission écrite de l'éditeur.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur, du rédacteur en chef, du conseil consultatif ou du commanditaire. Veuillez consulter votre médecin ou un professionnel de la santé au sujet de tout médicament ou changement au mode de vie dont il pourrait être question dans cette publication.

*dialogue*SP[MD], est offert gratuitement à titre de service public aux personnes atteintes de SP. Pour obtenir de l'information sur l'abonnement, signaler un changement d'adresse ou retirer votre nom de la liste d'envoi, veuillez écrire à Solutions Partagées®, 999, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 550, Montréal (Québec) H3A 3L4. Pour toute autre communication écrite, veuillez vous adresser au rédacteur en chef, DIALOGUESP, 376, avenue Victoria, bureau 460, Westmount (Québec) H3Z 1C3. N° de télécopie : (514) 483-1458. Courriel : info@lansdowne-media.com.
**Tous les membres du programme Solutions Partagées® au Canada reçoivent automatiquement un abonnement et n'ont pas à se réabonner.**

***dialogue*SP[MD] est offert sur Internet à www.mswatch.ca**

Solutions Partagées® , MS Watch® , Université SP[MD], Horizons Partagés[MD] et *dialogue*SP[MD] sont des marques déposées de Teva Neuroscience. TEVA et sa conception graphique sont des marques déposées de Teva Pharmaceutical Industries Ltd. utilisées sous licence.

# Dans ce numéro

1 Nouvelles et solutions

2 Profil

3 Science et médecine

5 Reportage — La révolution se poursuit dans le domaine de la SP

9 Quelques conseils

11 Zoom sur la SP — Jalons des essais cliniques dans la SP

12 Santé et mode de vie

13 Ressources et références Babillard

## Membres du conseil consultatif de la rédaction

*De gauche à droite* : Dr Daniel Selchen, Lynn McEwan, Dr Yves Lapierre et Danielle Charbonneau.

**Dr Yves Lapierre, CSPQ, FRCPC**
Neurologue
Directeur de la clinique de sclérose en plaques
Institut neurologique de Montréal
Hôpital Royal Victoria
Montréal (Québec)

**Dr Daniel Selchen, FRCPC**
Chef du service de neurologie
St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)

**Lynn McEwan, BScN, MScN, CNN(c), MSCN**
Infirmière en pratique avancée
Clinique de sclérose en plaques
London Health Sciences Centre
University Hospital
London (Ontario)

**Danielle Charbonneau**
Porte-parole des patients
Hawkesbury (Ontario)

# Nouvelles & solutions

### L'acétate de glatiramère est homologué au Canada pour le traitement du SCI

Santé Canada a approuvé l'emploi de l'acétate de glatiramère (Copaxone®) pour le traitement des personnes présentant un syndrome clinique isolé (SCI), évocateur de SP. Cette approbation fait suite à celle du secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques (Food and Drug Administration) et de l'organisme européen de réglementation des médicaments et des produits de santé (European Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) pour le traitement du SCI. L'acétate de glatiramère avait déjà été homologué au Canada pour le traitement de la SP rémittente, dans le but de diminuer la fréquence des poussées ainsi que le nombre et le volume de lésions cérébrales actives mises en évidence par l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Le SCI est un épisode de démyélinisation (par ex. une névrite optique) qui ne répond pas entièrement aux critères de diagnostic de la SP (critères de McDonald). Un certain nombre d'études cliniques ont montré que les personnes ayant présenté un seul épisode de démyélinisation et dont les clichés d'IRM révélaient des anomalies risquaient fort d'avoir la SP.

L'homologation de Santé Canada a été basée sur les résultats de l'essai PreCISe, étude aléatoire à double insu, en phase III, comptant 481 personnes présentant un SCI. Ces personnes ont reçu soit 20 mg par jour d'acétate de glatiramère, soit un placebo, par injection. Les premiers résultats ont été livrés au congrès de 2008 de l'académie américaine de neurologie (American Academy of Neurology).

Au cours de cette étude de trois ans, les chercheurs ont constaté que la période écoulée entre la présentation du SCI et l'établissement d'un diagnostic certain de SP a été allongée de manière significative (soit de plus de un an) dans le groupe traité, comparativement au groupe témoin (722 : 336 jours contre 336 jours ; p=0,0005). Cela signifie que les témoins ont reçu un diagnostic de SP au bout de 11 mois, alors que les personnes traitées par l'acétate de glatiramère l'ont reçu au bout de deux ans.

> « Un certain nombre d'études cliniques ont montré que les personnes ayant présenté un seul épisode de démyélinisation et dont les clichés d'IRM révélaient des anomalies risquaient fort d'avoir la SP. »

Dans l'ensemble, 43 % du groupe témoin a reçu un diagnostic de SP comparativement à 25 % du groupe traité par l'acétate de glatiramère. Le traitement fut bien toléré : 84 % des personnes traitées ont pris de l'acétate de glatiramère durant les trois années de l'étude.

Deux autres médicaments modificateurs de l'évolution de la SP, Avonex® (essai CHAMPS; Jacobs et coll. *N Engl J Med*, vol. 343, p. 898-904, 2000) et Betaseron® (essai BENEFIT; Kappos et coll, *Lancet*, vol. 370, p. 389-397, 2007), sont également approuvés au Canada pour le traitement du SCI. Par ailleurs, Rebif® fait partie des médicaments remboursables au Québec dans les cas de SCI.

### L'allaitement maternel, est-ce l'idéal ?

On conseille souvent aux femmes atteintes de SP qui deviennent enceintes de cesser leur traitement modificateur de l'évolution de la SP et de le reprendre le plus rapidement possible après l'accouchement. Cette prescription est basée sur le fait que le risque de poussée de SP diminue durant la grossesse et augmente souvent après la naissance du bébé. Elle peut néanmoins poser un problème, étant donné qu'on ne recommande pas la prise de médicaments modificateurs de l'évolution de la SP durant l'allaitement. En conséquence, les femmes atteintes de SP se demandent si elles devraient allaiter et se passer de traitement ou reprendre le traitement tout de suite après l'accouchement et nourrir le bébé au biberon.

D'après les résultats d'une nouvelle étude, présentés au congrès annuel de académie américaine de neurologie (AAN), tenu du 25 avril au 2 mai 2009, à Seattle, Washington, l'allaitement pourrait avoir un effet protecteur sur les femmes touchées par la SP.

Trente-deux femmes enceintes atteintes de SP et 29 femmes enceintes en bonne santé, appariées selon l'âge, ont fait l'objet d'un suivi (Langer-Gould et coll. AAN 2009; résumé S01.006). Parmi les 52 % de femmes atteintes de SP qui n'avaient pas eu recours exclusivement à l'allaitement maternel, la majorité (87 %) a subi une poussée après l'accouchement, alors que seulement 36 % de celles qui avaient eu recours exclusivement à l'allaitement maternel durant au moins deux mois ont subi une poussée après la naissance du bébé. En définitive, les femmes qui n'allaitaient pas avaient un risque accru de poussée.

suite à la page 4

# Jane

**En 1992, Jane a ressenti des fourmillements dans sa jambe gauche, mais n'y a pas prêté attention. « On trouve toujours une explication aux choses étranges qui nous arrivent », fait-elle remarquer. Mais la bonne explication lui fut donnée six ans plus tard : c'était la SP. « Ça y est, se dit-elle, ma vie est finie. »**

Jane et son mari, Claude, sont tous les deux d'Ottawa, mais se sont rencontrés et sont tombés amoureux dans les Maritimes après l'affectation de Claude, officier de la Gendarmerie royale du Canada, à Yarmouth, en Nouvelle-Écosse, en 1989. Jane a occupé un poste à plein temps, mais elle entretenait une passion pour le vitrail. Son grand succès dans ce domaine l'a incitée à se lancer en affaires, distribuant ses lampes et ses attrape-soleil dans toute la région de l'Atlantique.

Depuis plusieurs années, elle ressentait des fourmillements et des engourdissements dans les pieds et les jambes, mais en 1998, ces symptômes s'aggravaient. Voyant cela, elle consulte un médecin, croyant qu'elle avait un nerf coincé, mais ce dernier l'adresse à un neurologue de Halifax, à 300 km de chez elle. L'IRM décèle trois lésions de la moelle épinière, et le diagnostic tombe.

Tout ce qu'elle savait de la SP était lié à l'histoire d'Annette Funicello. En 1992, cette actrice américaine avait parlé de sa maladie et de toutes les difficultés qu'elle éprouvait. Au début, Jane était découragée. Mais par bonheur, elle pouvait compter sur l'amour et le soutien indéfectibles de Claude. « Il m'a ramenée à la raison, dit-elle, puis a déclaré : 'Nous allons affronter cela ensemble.' »

Claude s'est montré à la hauteur de sa parole : il a immédiatement pris en charge certaines tâches ménagères comme la lessive et le marché. « Il est extraordinaire, souligne Jane, il prend les choses en main et ne me laisse pas m'apitoyer sur mon sort. »

Jane a commencé un traitement peu après le diagnostic et l'a suivi durant plus de dix ans. Ses symptômes sont toujours présents — « La sensation de mes orteils ne sera plus jamais la même » — mais elle s'est adaptée à la maladie. « Je me repose quand mon corps me fait savoir que j'en ai assez, précise Jane. La vie est belle et je sais que j'ai eu beaucoup de chance. »

Elle a pu prendre une retraite anticipée en 2001, et Claude a pris la sienne en 2004. Mais ils ne sont pas en vacances, loin de là. Jane se lève à six heures du matin, chaque jour, pour aller promener son chien collie, Cooper, qui n'a pas encore pris sa retraite, lui, et s'attend à sortir trois fois jour — beau temps, mauvais temps.

> **« Nous allons et venons autant que possible, dit-elle. Lorsqu'on s'arrête, on ne sait pas si on pourra repartir. »**

La SP a imposé certains changements toutefois. Jane et Claude ne vont plus dans le Sud parce que la chaleur aggrave les symptômes de Jane. Mais ils aiment toujours voyager. « Nous allons et venons autant que possible, dit-elle. Lorsqu'on s'arrête, on ne sait pas si on pourra repartir. »

Mais la SP a rarement freiné Jane. Elle produit des centaines de belles pièces chaque année dans sa mini-fabrique de vitrail et fait connaître son entreprise en participant aux expositions d'artisanat tenues un peu partout dans les provinces de l'Atlantique, occasion rêvée de sortir de chez elle et de rencontrer des gens.

Avec Claude, Cooper et le vitrail, Jane avoue que la SP, même si elle est toujours là, tient très peu de place dans sa vie quotidienne. « Je suis les conseils des médecins. Le reste n'est pas de mon ressort », dit-elle. « On n'est jamais sûr de rien. Il faut prendre les choses comme elles viennent et faire de son mieux », conclut Jane. ■

# Science &médecine

**Voici les faits marquants du 61e congrès annuel de l'académie américaine de neurologie, qui a eu lieu du 25 avril au 2 mai 2009, à Seattle, Washington.**

## La vitamine D est-elle utile dans la SP ?

La SP étant moins fréquente dans les pays proches de l'équateur, on pourrait croire que la durée de l'ensoleillement et la vitamine D (vitamine « soleil ») peuvent assurer une certaine protection contre cette maladie.

Il y a une vingtaine d'années, on a observé une réduction du taux de poussées chez des personnes atteintes de SP qui avaient pris des suppléments de vitamine D (Goldberg et coll. *Med Hypotheses*, vol. 21, p. 193-200, 1986). Depuis, des chercheurs ont découvert que la vitamine D influe sur la réponse immunitaire et qu'une diminution du taux de cette vitamine était associée à une augmentation des poussées (Correale et coll. *Brain*, vol. 132 (5e partie), p. 1146-1160, 2009). Ce fait pose un problème : bon nombre de personnes atteintes de SP évitent de s'exposer au soleil parce que la chaleur aggrave leurs symptômes, ce qui peut entraîner une carence relative en vitamine D.

Au congrès de l'AAN, des chercheurs canadiens ont livré les résultats des phases I et II d'une étude sur la supplémentation en vitamine D3 et en calcium auprès de 49 personnes atteintes de SP (Burton et coll. AAN 2009; résumé P01.110). Les participants étaient répartis au hasard dans deux groupes : l'un recevait des suppléments de vitamine D, et l'autre, un placebo.

> **« La SP étant moins fréquente dans les pays proches de l'équateur, on pourrait croire que la durée de l'ensoleillement et la vitamine D peuvent assurer une certaine protection contre cette maladie. »**

Durant toute l'année de l'essai, ils ont pris une dose moyenne quotidienne de 14 000 UI de vitamine D et un supplément de calcium (1 200 mg/jour).

La supplémentation a élevé le taux sanguin de vitamine D (concentration moyenne de 413 ng/ml), sans provoquer d'événements défavorables. Les chercheurs ont également calculé les T-scores (à ne pas confondre avec le T-score utilisé en ostéodensitométrie), mesure de la réactivité des cellules T du système immunitaire vis-à-vis des antigènes. Le groupe qui avait pris des suppléments affichait des T-scores significativement plus faibles que le groupe témoin (placebo), signe que la vitamine D peut influer sur la réponse immunitaire.

Selon cette étude, des doses élevées de vitamine D semblent sûres et bien tolérées. Mais seules des recherches plus poussées permettront de voir si une telle supplémentation peut améliorer les effets du traitement de la SP. Il importe cependant de noter que les doses employées dans le cadre de cette étude (14 000 UI) dépassent de beaucoup la dose quotidienne recommandée de vitamine D actuellement, laquelle va de 1 000 à 4 000 UI.

## La plupart des patients répondent au traitement modificateur de l'évolution de la SP

Des chercheurs de l'Allemagne ont analysé des données provenant de plus de 8 000 personnes (âge moyen de 41 ans) dans le but d'évaluer l'efficacité des traitements immunomodulateurs (TIM; acétate de glatiramère ou interféron bêta) (Maurer et coll. AAN 2009; résumé P05.123). La majorité (73 %) de ces personnes était des femmes, le temps médian écoulé depuis le diagnostic était de huit ans, et le score EDSS médian au début de l'année de l'étude était de 2,0 (incapacité légère).

Au cours de 12 mois de suivi, les deux tiers des participants n'ont pas subi de poussée. Les autres étaient trois fois plus à risque de présenter une lésion en IRM (45,9 % comparativement à 16,1 %).

Les chercheurs ont conclu que les TIM stabilisent la SP, dans la majorité des cas. Néanmoins, la maladie est demeurée active chez certains patients traités, comme le prouvent l'apparition de poussées et les données de l'IRM, ce qui laissait croire qu'un changement de médicament pouvait être envisagé.

suite >

### Effets cardiovasculaires du traitement par la mitoxantrone

La mitoxantrone est un médicament anti-cancer qui peut être utilisé dans le traitement de la forme progressive ou de la forme rémittente très agressive de SP (soulignons que ce médicament n'est pas homologué au Canada spécifiquement pour le traitement de la SP). Il s'agit d'un puissant immunosuppresseur réservé habituellement aux patients présentant une forme progressive de SP, en raison de son risque de toxicité cardiaque (effets nuisibles sur le cœur). Cette toxicité augmente avec l'accumulation de la dose. Il faut donc limiter la durée du traitement à de courtes périodes.

Une nouvelle étude canadienne codirigée par le Dr Yves Lapierre, membre du conseil consultatif de la rédaction de ***dialogue*SP**MD, a permis d'évaluer l'innocuité de la mitoxantrone auprès de 107 personnes atteintes de SP (Hum et Lapierre. AAN 2009; résumé P05.132).

Selon les résultats préliminaires des 100 premières personnes inscrites à l'étude, 25 des participants ont présenté une dysfonction cardiaque qui a éventuellement disparu chez 24 d'entre eux. Mais la fonction cardiaque de ces 25 personnes est demeurée plus faible qu'au début de l'étude.

Des résultats analogues ont été obtenus lors de travaux menés par des chercheurs de la Colombie-Britannique (Kingwell et coll. AAN 2009; résumé P05.134). En effet, ils montrent que la mitoxantrone est souvent toxique pour le cœur et confirment la nécessité d'une surveillance étroite de la fonction cardiaque chez les patients traités par ce médicament. ■

## Nouvelles &solutions

suite de la page 1

Il importe de souligner que chez les mères allaitantes, les règles ont repris plus tard, ce qui laisse croire que les changements hormonaux associés à l'allaitement peuvent avoir un effet bénéfique. Les chercheurs en sont venus à la conclusion qu'il n'était peut-être pas idéal d'éviter l'allaitement maternel, mais leurs résultats doivent être vérifiés dans le cadre d'études plus vastes que celle-ci.

### La migraine, un mal répandu dans la SP

Selon les résultats d'une étude, présentés au congrès annuel de l'académie américaine de neurologie, la migraine est trois fois plus répandue chez les personnes atteintes de SP que dans la population en général (Kister et coll., AAN 2009, résumé P08.028).

Les chercheurs ont comparé les réponses à un sondage effectué auprès de 204 personnes atteintes de SP traitées dans un centre spécialisé et de témoins appariés non atteints de la maladie. La fréquence de la migraine était de 55,7 % chez les femmes atteintes de SP et de 17,1 % chez les femmes non atteintes de SP (du côté des hommes : 18,4 % comparativement à 5,6 %) — soit une fréquence trois fois plus élevée parmi les personnes atteintes de SP (femmes et hommes) que dans la population en général.

En comparant les personnes atteintes de SP souffrant de migraines à celles qui n'en souffraient pas, on s'est rendu compte que ni la durée de la maladie ni l'emploi d'un interféron bêta ne semblait contribuer à ce type de céphalées. Mais un fait intéressant doit être souligné : le taux de poussées des personnes qui souffraient de migraines était supérieur au taux de celles qui n'en souffraient pas, et les premières avaient davantage tendance à présenter des troubles psychiatriques, des symptômes visuels et de la douleur que les dernières.

Des études antérieures avaient indiqué que la migraine était répandue chez les personnes atteintes de SP, mais la fréquence rapportée était beaucoup plus faible que celle de l'étude dont il est question ici. Pour en apprendre davantage sur la migraine, voir *Santé et mode de vie*, dans le présent numéro. ■

# La révolution se poursuit dans le domaine de la SP

**Dans cette deuxième partie de la série qui souligne les dix ans de *dialogue*SP**MD**, nous parlerons des médicaments contre la SP et de la contribution de cette nouvelle ère de traitements efficaces à l'approfondissement des connaissances sur le processus pathologique de la maladie.**

# La révolution se poursuit

## dans le domaine de la SP

Le premier médicament efficace contre la sclérose en plaques a été homologué dans les années 1990, mais la recherche qui a mené à l'approbation des médicaments actuels a commencé des dizaines d'années auparavant. Dans les années 1950, des chercheurs japonais ont découvert que certaines cellules produisaient d'infimes quantités d'une substance qui inhibe la croissance des virus (Nagano et coll. *CR Seances Soc Biol Fil*, vol. 148, p. 750-752, 1954). La protéine en question a été appelée « interféron » parce qu'elle interfère avec les virus (Isaacs et Lindenmann. *Proc R Soc Lond Biol Sci*, vol. 147, p. 258-267, 1957). Mais ce n'est qu'en 1980 que le gène de l'interféron a pu être inséré dans l'ADN bactérien, ce qui permettait aux bactéries de fabriquer de l'interféron en quantité suffisante pour qu'il puisse être employé comme traitement.

Ce nouveau traitement biologique a suscité beaucoup d'intérêt. L'un des premiers essais a porté sur l'utilisation de l'interféron alpha pour traiter la SP (Knobler et coll. *Ann NY Acad Sci*, vol. 436, p. 382-386, 1984). À l'époque, on croyait, entre autres, que la SP était une maladie virale (hypothèse toujours débattue). Les interférons semblaient donc prometteurs en tant que substances potentiellement capables de combattre le « virus responsable de la sclérose en plaques » (Knobler R.L. *Neurology*, vol. 38(7 suppl. 2), p. 58-61, 1988). Mais on s'est bientôt rendu compte que l'interféron alpha ne semblait pas particulièrement efficace dans la SP (Camenga et coll. *Arch Neurol*, vol. 43, p. 1239-1246, 1986). En outre, des anticorps contre le médicament ont été découverts chez certains patients et ont donné lieu à des complications du traitement (Rice et coll. *Ann Neurol*, vol. 18, p. 439-442, 1985). Un autre membre de cette famille de protéines, l'interféron gamma, a même fait s'aggraver la SP (Panitch et coll. *Lancet*, vol. 1, p. 893-895, 1987).

Les chercheurs ont également étudié un troisième type d'interféron, l'interféron bêta, mais les premiers essais n'ont pas tous donné les mêmes résultats. Au début, le médicament a été administré par perfusion intraveineuse (dans une veine) ou intrathécale (dans la colonne vertébrale) et soit il ne faisait pas diminuer le nombre de poussées de SP, soit il le faisait augmenter (Huber et coll. *J Neurol*, vol. 235, p. 171-173, 1988; Milanese et coll. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, vol. 53, p. 554-557, 1990).

Au début des années 1990, l'«hypothèse virale» a été presque totalement abandonnée. Toutefois, l'interféron semblait encore prometteur, en raison de ses effets sur la réponse immunitaire. Puis en 1993, le premier vaste essai clinique sur l'interféron bêta révélait qu'un interféron bêta administré par voie sous cutanée (sous la peau), tous les jours, avait permis de réduire le nombre de poussées de SP de 34 % (The IFNB Multiple Sclerosis Study Group. *Neurology*, vol. 43, p. 655-661, 1993).

L'ère des médicaments modificateurs de l'évolution de la SP s'ouvrait.

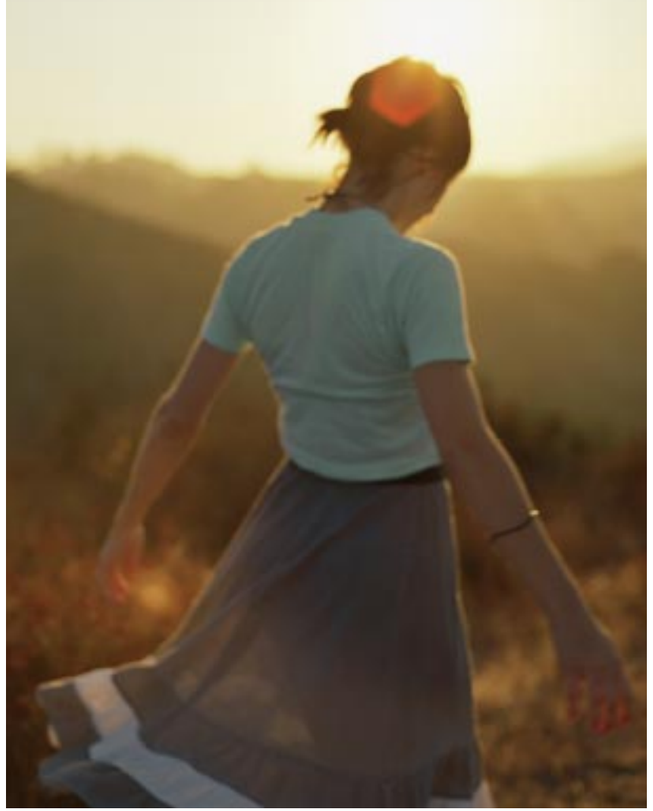
### Autres voies de recherche

L'interféron bêta-1b (Betaseron/Betaferon) a été le premier médicament modificateur de l'évolution de la SP (MMÉSP) à être mis en marché. Il allait bientôt être suivi par d'autres produits de la même famille, l'interféron bêta 1-a (Avonex, Rebif). Mais ils ne demeureraient pas la seule option thérapeutique.

Parallèlement à ces travaux, des recherches se déroulaient sur un médicament appelé Copolymer-1, mélange d'acides aminés (unités structurales de base des protéines) semi-synthétiques. Synthétisé initialement par des chercheurs d'Israël, en 1967, il a fait l'objet d'un premier essai auprès de personnes atteintes de SP, en 1977 (Abramsky et coll. *J Neurol Sci*, vol. 31, p. 433-438, 1977). L'association de quatre acides aminés : l'acide glutamique, la leucine, l'alanine et la tyrosine (abréviation anglaise GLAT) deviendrait connue sous le nom d'acétate de glatiramère (Copaxone).

Dans la SP, le système immunitaire s'attaque, entre autres, à la myéline. Étant donné la ressemblance entre le Copolymer-1 et la myéline, on a cru que ce médicament pourrait mimer les molécules de cette substance et qu'il parviendrait à désensibiliser le système immunitaire pour qu'il cesse d'attaquer la myéline. Les travaux subséquents ont montré que l'acétate de glatiramère agissait comme un immunomodulateur, favorisant la différenciation de certaines cellules immunitaires (cellules T) en cellules anti-inflammatoires (cellules Th2) plutôt que pro-inflammatoires (cellules Th1) (Aharoni et coll. *Proc Natl Acad Sci USA*, vol. 94, p. 10821-10826, 1997).

Un essai pilote effectué auprès de 50 personnes présentant une forme cyclique (poussées-rémissions) de SP a révélé que le Copolymer-1 semblait réduire la fréquence des poussées de SP (Bornstein et coll. *N Engl J Med*, vol. 317, p. 408-418, 1987). Des études plus vastes, en phase III, ont confirmé ces résultats préliminaires : l'acétate de glatiramère en administration quotidienne a permis de réduire du tiers environ la fréquence des poussées de SP, comparée au placebo (Johnson et coll. *Neurology*, vol. 45, p. 1268-1276, 1995). Ces résultats ont mené à l'homologation de ce médicament au Canada, en 1997.



### Les MMÉSP : l'embarras du choix

Donc, en l'espace de quatre ans, à la fin des années 1990, les personnes atteintes de SP, qui n'avaient eu jusque là aucun moyen de traiter leur maladie, voyaient quatre médicaments mis à leur disposition : trois interférons bêta et l'acétate de glatiramère. Ces traitements innovateurs, employés dans la pratique clinique depuis plus de dix ans, ont acquis une solide réputation d'innocuité. Alors que tous les médicaments provoquent des effets secondaires, les MMÉSP sont très bien tolérés — comme en témoigne le nombre de personnes atteintes de SP demeurées fidèles à leur traitement durant dix ans ou plus. Des aiguilles affinées sont maintenant prévues pour l'administration des trois médicaments injectables par voie sous-cutanée (Betaseron, Copaxone, Rebif), afin de faciliter les injections.

Pour la première fois dans l'histoire de la SP, les personnes atteintes de cette maladie peuvent choisir entre plusieurs médicaments. En l'absence d'études comparatives ayant montré la supériorité d'un médicament par rapport à un autre (pour en apprendre davantage, voir *Zoom sur la SP*, dans le présent numéro), le « bon traitement » était celui qui était « bon pour soi ». Les patients (en collaboration avec leur médecin) pouvaient choisir le médicament de premier recours qu'ils préféraient : l'acétate de glatiramère ou un interféron bêta. Chacun de ces médicaments comportait des avantages et des inconvénients. Le choix se faisait donc en fonction des besoins du patient et de son mode de vie. Quel que fut le traitement choisi, l'important était de pouvoir y demeurer fidèle durant longtemps.

Évidemment, tout le monde ne réagit pas de la même façon à un médicament. Au cours des dix dernières années, les médecins ont donc tenté de définir « la bonne réponse » au traitement (Freedman et coll. *Can J Neurol Sci*, vol. 31, p. 157-168, 2004; Karussis et coll. *Eur J Neurol*, vol. 13, p. 61-71, 2006). Leurs efforts en ce sens, qui se poursuivent toujours, d'ailleurs, ont aidé les médecins à s'assurer que les patients répondent au traitement, que leur maladie est maîtrisée et que les effets secondaires sont réduits au minimum.

### Dix ans de traitement

Dix ans de traitement par les MMÉSP a permis aux médecins d'évaluer l'innocuité et les effets à long terme de ces médicaments. Mais les MMÉSP ont-ils un impact sur l'évolution de la maladie ?

On peut répondre à cette question après avoir, entre autres, analysé les dossiers de personnes traitées depuis longtemps par ce type de médicament. Une étude a été effectuée au Canada sur tous les Néo-Écossais qui avaient pris un MMÉSP durant la période de 1988 à 2004 (Brown et coll. *Neurology*, vol. 69, p. 1498-1507). Ceux qui présentaient une forme rémittente de SP se portaient beaucoup mieux que ceux qui n'avaient pas suivi de traitement durant cette période. En effet, l'évolution de la maladie chez les premiers avait ralenti dans une proportion équivalant à environ un point par décennie sur l'échelle EDSS. Ce résultat peut sembler modeste, mais il pourrait signifier, en définitive, que l'incapacité sera légère (EDSS 2) au lieu de modérée (EDSS 3) ou que le patient n'aura pas besoin d'aide pour marcher (EDSS 5) au lieu d'avoir à recourir à une canne (EDSS 6).

### Nouveaux traitements, nouveaux indices

Parmi les autres avantages de l'avènement des traitements, soulignons-en un, moins évident toutefois que les précédents : la mise en lumière du processus de la SP. Lorsque les médecins découvrent quelque chose qui fonctionne, ils en cherchent la raison. Leurs travaux continuent de révéler les nombreux effets des interférons bêta et de l'acétate de glatiramère sur le système immunitaire (pour en apprendre davantage, voir *Zoom sur la SP*, dans le présent numéro). Or on a beaucoup appris sur les dérèglements entraînés par la SP et sur les stratégies thérapeutiques qui pourraient interrompre la cascade d'événements inflammatoires et neurodégénératifs observés dans cette maladie.

suite >

# La révolution se poursuit
## dans le domaine de la SP

**«On a beaucoup appris sur les dérèglements entraînés par la SP et sur les stratégies thérapeutiques qui pourraient interrompre la cascade d'événements inflammatoires et neurodégénératifs observés dans cette maladie.»**

Les nouvelles connaissances ont donné lieu à la mise au point d'un cinquième médicament contre la SP, le natalizumab (Tysabri®), qui empêche les cellules T activées d'adhérer à la barrière hémato-encéphalique (sang-cerveau), couche dense de cellules qui interdit généralement la pénétration de substances nocives dans le système nerveux central (SNC). Le natalizumab est un anticorps monoclonal, c'est-à-dire qu'il cible une protéine précise de l'organisme. Alors que certaines inquiétudes planent au sujet de ce médicament, d'autres anticorps monoclonaux, tels l'alemtuzumab (CAMMS223 trial investigators. *N Engl J Med*, vol. 359, p. 1786-1801, 2008) et le daclizumab (Rose et coll. *Neurology*, vol. 69, p. 785-789, 2007), sont actuellement à l'étude dans la SP.

De nouveaux types de modulateurs de la réponse immunitaire (les immunomodulateurs), sous forme orale, sont aussi en voie d'élaboration. Ce sont, par exemple, le laquinimod (Polman et coll. *Neurology*, vol. 64, p. 987-991; Comi et coll. *Lancet*, vol. 371, p. 2085-2092, 2008) et le tériflunomide (O'Connor et coll. *Neurology*, vol. 66, p. 894-900, 2006).

On tente également, par ailleurs, de freiner la réponse immunitaire. C'est ce que fait un agent chimiothérapeutique, la mitoxantrone. Bien que ce médicament ne soit pas homologué au Canada, il est employé depuis longtemps, avec un certain succès, dans le traitement de la SP à évolution rapide. D'autres médicaments auxquels on attribue des propriétés immunosuppressives, comme la cladribine (Giovannoni et coll. AAN 2009, résumé LBS001), le BG00012 (*Lancet*, vol. 372, p. 1463-1472, 2008) et le fingolimod (Cohen et coll. AAN 2009, résumé S21.004) font présentement l'objet d'études.

Ces médicaments ciblent divers aspects de la réponse immunitaire, ce qui pourrait signifier que les médecins auront éventuellement des médicaments pour chaque stade de la maladie. Disposer d'une boîte à outils complète peut aussi offrir la possibilité d'adopter une approche concertée associant plusieurs médicaments.

### Regard vers l'avenir

Tout au long de l'histoire de la SP, une question a causé beaucoup de frustration aux médecins : « Comment puis-je vraiment aider ce patient ? » Les MMÉSP leur ont finalement apporté une réponse.

Mais la « première génération » de MMÉSP ne s'avère qu'un premier pas. Les personnes atteintes de SP auront toujours le choix de commencer un traitement par l'acétate de glatiramère ou un interféron bêta. Mais bientôt, de nouveaux médicaments verront le jour, multipliant du coup les options thérapeutiques. Il faudra toutefois s'assurer que les bienfaits de ces traitements l'emportent sur les risques, sachant que certains médicaments émergents ont été associés à de graves effets secondaires.

Les dix dernières années nous ont enseigné une leçon importante : les médicaments peuvent moduler la réponse immunitaire, atténuer les signes et symptômes de la SP et maîtriser le processus pathologique, dans une certaine mesure. Toute une génération de chercheurs ont bien appris la leçon et continuent d'explorer les moyens d'améliorer la vie des personnes aux prises avec la SP. ■



# Quelques conseils

**Cette rubrique offre des conseils relatifs au traitement des symptômes de SP. Transmettez vos questions par courrier ou par télécopieur à l'attention du rédacteur en chef, et l'un de nos experts vous répondra.**

***« Je sais que la SP peut entraîner des pertes d'équilibre. Est-ce que je risque de tomber et de me faire mal ? »***

La SP peut altérer l'équilibre, la vision, les mouvements et la coordination. Or tous ces symptômes peuvent avoir des répercussions sur la marche. Plusieurs études récentes montrent d'ailleurs que le risque de chutes est élevé chez les personnes atteintes de SP.

L'une d'elles a été effectuée en Suède auprès de 76 personnes atteintes de SP et présentant une incapacité modérée (score EDSS entre 3,5 et 6,0) (Nilsagard et coll. *Clin Rehabil*, vol. 23, p. 259-269, 2009). La majorité des participants (48 sur 76 ou 63 %) a rapporté au total 270 chutes survenues au cours d'une période de trois mois. Les plus à risque étaient ceux dont les scores EDSS étaient les plus élevés, dont la spasticité était le plus marquée et chez qui la proprioception (conscience de la position du corps dans l'espace) était le plus altérée.

Des résultats similaires ont été obtenus lors d'un sondage mené auprès de personnes âgées inscrites dans la base de données du comité de recherche nord-américain sur la SP (North American Research Committee on MS) (Peterson et coll. *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 89, p. 1031-1037, 2008). L'équipe de chercheurs a communiqué avec 700 personnes âgées de 55 ans ou plus ; 354 ont répondu au questionnaire. Plus de 50 % des répondants ont déclaré avoir fait une chute ayant nécessité des soins médicaux, et 12 % avaient fait une chute dans les six mois précédents. Ceux qui avaient fait une chute étaient plus souvent atteints d'ostéoporose que les autres.

Les résultats d'un sondage indépendant effectué auprès de 449 personnes atteintes de SP vivant dans la collectivité ont été présentés au congrès 2009 de l'académie américaine de neurologie (Matsuda et coll. AAN 2009, résumé S41.002). Au total, 265 répondants (59 %) ont déclaré avoir fait une ou plusieurs chutes au cours des six mois précédents. Celles-ci étaient principalement provoquées par des pertes d'équilibre et la faiblesse des muscles des jambes. La moitié des chutes s'était produite parce que la personne avait trébuché ou glissé. Plus de la moitié de toutes les chutes (58,5 %) ont provoqué des blessures telles que coupures ou égratignures (54 %), foulures ou entorses (32 %), fractures (28 %) et traumatismes crâniens (3 %).

Pour éviter les chutes, les répondants ont indiqué qu'ils utilisaient une aide à la locomotion (par ex. une canne, une marchette, un fauteuil roulant), qu'ils s'étaient procuré des chaussures mieux adaptées à leur état, qu'ils faisaient du conditionnement physique et des exercices d'équilibre, qu'ils s'entraînaient à la marche et qu'ils avaient modifié leur environnement (par ex. retrait des moquettes, pose de barres d'appui dans la salle de bains, etc.).

Une étude pilote mettant à contribution 44 personnes atteintes de SP a montré qu'un programme de réadaptation peut améliorer l'équilibre et réduire le risque de chute (Cattaneo et coll. *Clin Rehabil*, vol. 21, p. 771-781, 2007).

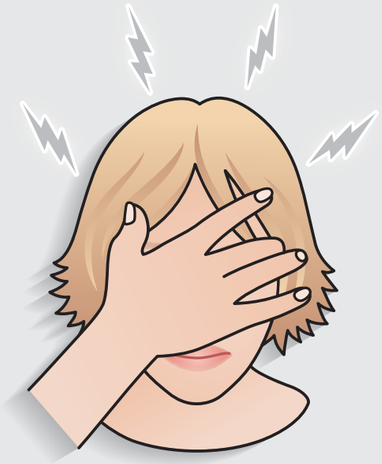
Si vous avez des troubles de l'équilibre ou de la difficulté à marcher et que vous croyez être à risque de tomber, parlez-en à votre médecin ou au personnel soignant de votre clinique de SP. Un physiothérapeute peut vous aider à améliorer votre équilibre. Et pour rendre votre milieu de vie plus sécuritaire, demandez conseil à un ergothérapeute.

suite >

***« J'ai entendu dire que les personnes atteintes de SP pouvaient avoir de la difficulté à avaler. Est-ce un symptôme répandu ? »***

Les troubles de la déglutition (dysphagie) sont répandus mais retiennent rarement l'attention dans la SP. La plus vaste étude, soit un sondage, sur le sujet a été menée en Italie dans 13 centres de SP (Solaro et coll. AAN 2009; résumé P08.035). Au total, 1 813 personnes atteintes de SP (âge moyen : 43,5 ans) y ont participé. Les trois quarts avaient une forme cyclique (poussées-rémissions) de la maladie, tandis que l'autre quart présentait une forme progressive. La période de temps moyenne écoulée depuis le diagnostic était de 9,8 ans et le score EDSS moyen était de 3,2, indiquant une certaine incapacité. Tous les participants ont répondu aux 14 sections du questionnaire (appelé DYMUS) qui a permis d'identifier les troubles de la déglutition autodéclarés (Bergamaschi et coll. *J Neurol Sci*, vol. 269, p. 49-53, 2008).

Dans l'ensemble 31,3 % des répondants ont signalé des troubles de la déglutition, pourcentage correspondant à celui d'études antérieures (Prosiegel et coll. *Int MS J*, vol. 11, p. 22-31, 2004). Les troubles de la déglutition étaient plus fréquents chez les personnes âgées, chez celles dont le score EDSS était élevé (score EDSS moyen de 4,6 comparativement à 2,7 parmi celles qui n'avaient pas ce genre de troubles) et dont la SP était le plus ancienne (durée moyenne de 13,8 ans comparée à 11 ans).



La dysphagie est un symptôme dérangeant associé au risque d'inhaler de la nourriture ou des liquides qui peut entraîner une pneumonie de déglutition. Si vous avez de la difficulté à avaler, il importe d'en parler au personnel de votre clinique de SP. On pourrait vous faire passer une déglutition barytée (examen radiologique) et vous adresser à un orthophoniste pour bien identifier le problème et proposer des solutions.

***« J'ai souvent des maux de tête. Serait-ce causé par la SP ? »***

La sclérose en plaques est souvent associée à des maux de tête, même si on ne peut affirmer qu'ils sont plus fréquents chez les personnes atteintes de SP que dans la population en général.

Un sondage a été mené en Europe sur l'incidence des maux de tête chez 491 personnes atteintes de SP durant un an (Putzki et coll. *Eur J Neurol*, vol. 16, p. 262-267, 2009). Les chercheurs ont constaté que la majorité des répondants (56 %) avaient éprouvé une forme de mal de tête au cours de l'année précédente, la plus courante étant du genre céphalée de tension (37 %), bien que la migraine fut aussi répandue (25 %). Le risque de mal de tête n'était pas associé au degré d'incapacité ni au traitement suivi par le patient.

D'autres études ont révélé que la migraine peut être provoquée par l'interféron bêta (D'Amico et coll. *Cephalalgia*, vol. 24, p. 980-984, 2004; Khromov et coll, *Am J Phy Med Rehabil*, vol. 84, p. 644-647, 2005), quoique les raisons de ce lien demeurent obscures.

Si vous éprouvez des maux de tête intenses et répétés, parlez-en à votre médecin. De nombreux médicaments efficaces peuvent soulager les diverses formes de mal de tête, telles les céphalées de tension et la migraine. Le personnel de votre clinique de SP peut également voir si certains aspects de votre mode de vie ou de votre environnement peuvent être modifiés pour faciliter la prise en charge du problème.



# zoom sur la SP : Jalons des essais cliniques dans la SP

*zoom sur met en vedette de nouvelles notions en SP ainsi que des individus, organismes ou services dédiés à la SP. Communiquez avec le rédacteur en chef si vous avez une suggestion pour un prochain zoom sur.*

**Dans la deuxième partie de la présente série, nous vous présentons certains des grands essais cliniques menés au cours des dix dernières années ainsi que les enseignements que nous en avons tirés.**

**1. Les médicaments modificateurs de l'évolution de la SP (MMÉSP) sont efficaces.** Les essais en phase III ont établi que tous les médicaments de première intention employés pour traiter la SP sont efficaces. Le premier essai, mené auprès de 372 personnes atteintes d'une forme rémittente de SP portait sur Betaseron (IFNB MS Study Group. *Neurology*, vol. 43, p. 641-643, 1993). Il fut suivi de près par de vastes essais sur Copaxone (Johnson et coll. *Neurology*, vol. 45, p. 1268-1276, 1995; Comi et coll. *Neurology*, vol. 49, p. 290-297, 2001), Avonex (Jacobs et coll. *Ann Neurology*, vol. 39, p. 285-294, 1996) et Rebif (PRISMS Study Group. *Lancet*, vol. 352, p. 1498-1504, 1998). Toutes les études ont révélé que ces médicaments pouvaient réduire du tiers la fréquence des poussées de SP chez les personnes atteintes d'une forme rémittente de la maladie.

**2. Le traitement précoce peut retarder la survenue de la SP.** Ayant constaté que les personnes touchées par un premier épisode de démyélinisation (telle la névrite optique) risquent d'avoir la SP, les chercheurs disposaient d'ores et déjà d'une fenêtre de laquelle ils pouvaient observer les mécanismes à l'origine de la maladie. Le syndrome clinique isolé (SCI) est alors devenu le signe avant-coureur de la SP et un important domaine de recherche. Une question s'est alors posée : « Si le SCI était traité, l'apparition de la SP pourrait-elle être prévenue ou retardée? » On a donc entrepris une série d'études sur l'emploi des MMÉSP dans le traitement du SCI : CHAMPS (Avonex; Jacobs et al. *N Engl J Med*, vol. 343, p. 898-904, 2000), ETOMS (Rebif; Comi et coll. *Lancet*, vol. 357, p. 1576-1582, 2001), BENEFIT (Betaseron; Kappos et coll. *Neurology*, vol. 67, p. 1242-1249, 2006) et PRECISE (Copaxone; Comi et coll. WCTRIMS 2008; résumé P32). Toutes ont montré qu'un traitement précoce peut repousser l'établissement d'un diagnostic clinique certain de SP chez les personnes ayant subi un premier épisode de démyélinisation.

**3. Les MMÉSP peuvent être sûrs et efficaces à long terme.** Bien que les essais comparatifs avec placebo étalés sur plus de deux ou trois ans ne soient pas pratiques, les chercheurs mettent souvent sur pied de longues et vastes études ouvertes de suivi afin de vérifier l'innocuité d'un traitement prolongé. Selon ces études à long terme, les personnes qui n'abandonnent pas leur traitement semblent se porter bien. Le suivi de 16 ans effectué auprès des participants à l'essai sur Betaseron a démontré que ceux qui avaient pris leur médicament durant toute cette période avaient une meilleure qualité de vie (selon leurs dires) que les autres (Langdon et coll. ECTRIMS 2006 ; résumé P664) et que la prise régulière d'un médicament semblait donner de meilleurs résultats que le non-traitement, à long terme (Ebers et coll. ECTRIMS 2006 ; résumé 666). De même, 92 % des gens qui avaient pris Copaxone durant plus de dix ans pouvaient toujours marcher sans aide (EDSS < 6) au terme de cette période, ce qui laisse croire que le traitement peut modifier l'évolution « normale » de la SP (Ford et coll. *Mult Scler*, vol. 12, p. 309-320, 2006). Bien que les résultats préliminaires des études ouvertes doivent être interprétés avec prudence, ils n'en suggèrent pas moins que le traitement à long terme de la SP est salutaire.

**4. Le traitement peut être bénéfique chez les enfants.** Alors que la SP apparaît généralement chez les adultes dans la vingtaine ou la trentaine, les chercheurs et les médecins la diagnostiquent maintenant chez des enfants et des adolescents. Des études préliminaires menées sur les MMÉSP auprès des jeunes ont donné des résultats encourageants (Banwell et coll. *Neurology*, vol. 66, p. 472-476, 2006; Pohl et coll. *Neurology*, vol. 64, p. 888-890, 2005), mais la recherche devra se poursuivre pour déterminer les bienfaits et l'innocuité à long terme de ces médicaments chez les enfants.

**5. De nombreuses approches thérapeutiques pourraient éradiquer la SP.** Les interférons bêta et l'acétate de glatiramère ont des modes d'action différents, mais sensiblement la même efficacité. Au cours des dernières années, les MMÉSP ont fait l'objet de plusieurs études comparatives. Les plus remarquables sont les essais REGARD (Rebif comparé à Copaxone) et BEYOND (Betaseron comparé à Copaxone) dont les résultats portent à croire que l'acétate de glatiramère et l'interféron bêta à doses élevées sont aussi efficaces. Lors d'un essai comparatif (EVIDENCE) de deux interférons bêta, Rebif se serait révélé plus efficace et aurait agi plus rapidement que Avonex (Panitch et coll. *Neurology*, vol. 59, p. 1496-1506, 2002), mais ces données doivent être vérifiées dans le cadre de futures études.

Le natalizumab fait partie des approches prometteuses. Il cible toutefois un aspect du processus pathologique différent de celui des autres médicaments (Polman et coll. *N Engl J Med*, vol. 354, p. 899-910, 2006). La SP est une maladie complexe. Or c'est justement cette complexité qui permet d'imaginer toutes sortes de moyens de moduler la réponse immunitaire (voir L*a révolution se poursuit dans le domaine de la SP*, dans le présent numéro) et d'élaborer de nombreux nouveaux traitements. D'ici les cinq prochaines années, nous pouvons donc nous attendre à ce que le nombre de traitements contre la SP soit doublé et que s'ouvre une toute nouvelle ère de traitements de la SP pour célébrer le 20e anniversaire de notre publication.

# Nous sommes là pour les enfants et les adolescents

par Jon Temme, directeur principal, Recherche et Programmes, Société canadienne de la SP

Suivre le rythme effréné des développements dans le domaine de la SP relève parfois du défi. Mais lorsqu'on se tourne vers la dernière décennie, on constate que la Société canadienne de la SP s'est bien adaptée à la nouvelle réalité qu'est la SP pédiatrique.

La Dre Brenda Banwell, directrice de la Clinique de SP pédiatrique, à l'Hôpital pour enfants malades, à Toronto, est une pionnière dans ce domaine. Ses premiers travaux sur le diagnostic et le traitement de la SP chez l'enfant et l'adolescent ont été financés par la Société de la SP. Et en 2009, elle se voyait accorder les fonds nécessaires à la deuxième phase (de 2009 à 2012) de sa recherche innovatrice qui a débuté en 2004.

Soutenir la recherche sur la SP fait partie de la mission de la Société, dont le second volet vise à aider les personnes touchées par la sclérose en plaques. Nous avons donc collaboré avec l'organisme américain de la SP (National Multiple Sclerosis Society) à la création du *Réseau pour les jeunes atteints de SP* qui offre des programmes éducatifs et de la documentation aux enfants atteints de SP et à leurs parents. Parmi les publications disponibles, mentionnons *Les enfants aussi peuvent avoir la sclérose en plaques — Guide pour les parents dont un enfant ou un adolescent a la sclérose en plaques* et *Jeune SPresse*, cahier d'activités qui permet aux enfants de comprendre les effets de la SP sur leur vie quotidienne et propose des façons de parler de la SP à ses amis et à ses camarades de classe. Une version interactive est offerte sur le site Web de l'organisme américain de la SP (www.nationalmssociety.org/mskids).

> «Lorsqu'on se tourne vers la dernière décennie, on constate que la SCSP s'est bien adaptée à la nouvelle réalité qu'est la SP pédiatrique.»

Nous organisons par ailleurs des téléconférences tous les deux mois, à peu près, pour présenter les spécialistes de la SP pédiatrique aux familles concernées. Parmi les sujets de discussion, soulignons le traitement, les troubles cognitifs et les droits de l'enfant à l'intérieur du système scolaire. Vous pouvez obtenir de l'information sur la prochaine téléconférence à l'intention des parents, auprès de la Société de la SP.

Et pour s'amuser un peu, il y a le Camp d'aventure estivale pour enfants et adolescents atteints de SP — une semaine d'évasion au Camp Merrywood de la Société du timbre de Pâques (situé entre Perth et Smiths Falls), sur le lac Big Rideau. Cette année, il a été tenu au mois d'août. La gamme complète des programmes et des services destinés aux jeunes atteints de SP est affichée sur notre site Web : http://www.mssociety.ca/fr/aider/jesuisjeune.htm.

La Société canadienne de la SP offre également un programme de bourses d'études postsecondaires aux adolescents et aux jeunes adultes atteints de SP ou dont l'un des parents est touché par cette maladie. Vous pouvez vous renseigner sur ce programme parrainé par le groupe de Toronto, Billy Talent, (que vos jeunes connaissent certainement), au http://www.mssociety.ca/fr/aider/scholarship.htm.

Pour chaque enfant atteint de SP, il y en a de nombreux autres qui vivent avec un parent aux prises avec cette maladie. La Société de la SP a donc élaboré, au cours des dix dernières années, d'importants programmes visant à répondre aux besoins de ces enfants. Grâce à une subvention considérable du Fonds pour la santé de la population, créé par Santé Canada, nous avons pu mettre en œuvre un programme de cinq ans intitulé *Devenir grand et fort*. Celui-ci nous a permis, d'une part, de connaître les attentes et les besoins des enfants et des adolescents dont un parent a la SP et, d'autre part, d'élaborer une variété de ressources et de programmes adaptés à leurs besoins particuliers sur le plan éducationnel, émotionnel, social et physique.

La Société canadienne de la SP s'est donné pour mission d'améliorer la qualité de vie des personnes aux prises avec la SP, notamment les adultes atteints de la maladie, leur famille et les enfants touchés par la SP. Nous espérons que nos efforts les encourageront tout au long de notre lutte commune pour stopper la SP. ■



# Ressources

RÉFÉRENCES

L'objet de cette rubrique est de fournir des sources d'information utiles et pertinentes aux personnes atteintes de sclérose en plaques.

## Communiquez avec les lecteurs de *dialogue*SP[MD] sur le site MS Watch®

Sur le site Web **MS Watch®**, vous pouvez lire tous les numéros de ***dialogue*SP**[MD] et partager vos impressions en ligne avec l'un des plus grands groupes de personnes atteintes de sclérose en plaques. **MS Watch®** vous donne accès tout à fait gratuitement…

- aux dernières découvertes dans le domaine de la SP
- aux comptes rendus d'experts sur les publications
- à un programme de cours sur la SP
- à plus de 6 000 membres.

Rendez-vous au **www.mswatch.ca** dès aujourd'hui !

# BABILLARD

## Joignez-vous au mouvement À table pour la SP

À table pour la SP est une activité unique de collecte de fonds internationale. Au lieu de recueillir des commandites pour un événement, les participants amassent des fonds en demandant à leurs convives de faire un don au profit de la Société de la SP au lieu de leur apporter un cadeau. Tous les dons sont versés à la recherche sur la SP, menée au Canada et dans le monde entier.

Pour en apprendre davantage ou pour vous inscrire, rendez-vous au www.atablepourlasp.ca.

Personne-ressource :
Courriel : atablepourlasp@scleroseenplaques.ca
Tél. : **1 866 922-6065, poste 2327**

## Inscrivez-vous dès maintenant à la Marche de l'eSPoir 2010

Emboîtez le pas aux plus de 70 000 marcheurs et bénévoles qui participent aux efforts pour stopper la SP. Vous trouverez la liste des endroits où l'événement est organisé, au www.marchedelespoir.com.

Pour en savoir plus, pour vous inscrire à titre de marcheur solo ou de membre d'une équipe ou pour verser une commandite, composez le **1 800 268-7582**.

Personne-ressource : Delphine Denis
Courriel : delphine.denis@scleroseenplaques.ca
Tél. : **514 849-7591**
Site Web : www.scleroseenplaques.ca/qc/marathonskiEn.htm

## Événements à venir en Alberta

### Rencontre des Ambassadeurs SP Les 16 et 17 octobre 2009

La Division de l'Alberta de la Société canadienne de la SP organise une rencontre qui permettra aux Ambassadeurs SP actuels et anciens de partager leurs idées, de faire du réseautage et d'apprendre les uns des autres.

Personne-ressource : Scott Robson
Tél. : **780 463-1190**
Courriel : scott.robson@mssociety.ca

### Réunion Connexions en SP Les 23 et 24 octobre 2009

La réunion Connexions en SP invite des chercheurs, des personnes atteintes de SP et des soignants à une discussion sur les avancées de la recherche en SP. L'événement aura lieu au Century Casino and Hotel, à Edmonton, en Alberta.

Personne-ressource : Scott Rattray
Courriel : scott.rattray@mssociety.ca
Tél. : **780 471-3034**
Site Web : www.mssociety.ca/alberta/Connections2009.html