

**9** En cas d'insuffisance du premier traitement de fond (généralement le méthotrexate) :

- Si la maladie est potentiellement sévère, une biothérapie comme les anti-TNF, l'abatacept, ou le tocilizumab peut être associée.
- Si la polyarthrite n'a pas de signe de sévérité une biothérapie n'est pas nécessaire à ce stade. Un autre traitement de fond classique (léflunomide, sulfazalazine) ou une association de traitements de fond classiques peut être proposée. Si ces traitements ne suffisent pas, une biothérapie devra alors être envisagée.

**10** Toutes les biothérapies doivent être utilisées si possible en association avec le méthotrexate.

**11** Si la première biothérapie prescrite ne convient pas, une autre biothérapie peut être proposée.

**12** Lorsque l'objectif de rémission est atteint. En cas de rémission de plus de 6 mois et si la cortisone a été arrêtée ou réduite à moins de 5mg/ jour, une diminution (dosage ou espacement des prises) de la biothérapie peut être envisagée.

**13** En cas de rémission prolongée, une diminution progressive des traitements de fond hors biothérapie, peut être envisagée. Le patient et le médecin prennent ensemble ces décisions de traitement dans le cadre de la décision médicale partagée.

**14** Autres aspects à considérer. Le choix et le dosage des traitements doivent tenir compte de l'activité de la maladie mais aussi de son niveau de sévérité, des autres maladies du patient, de la façon dont il tolère le traitement et de son avis.

**15** En plus des traitement médicamenteux, d'autres mesures doivent être proposées : des mesures d'éducation thérapeutique, la prise en charge des maladies associées et selon les cas un soutien psychologique, un accompagnement socio-professionnel, de la rééducation ou le recours à la chirurgie.



D'après un travail collaboratif entre médecins et patients pour aider à la décision éclairée et partagée :  
Laure Gossec<sup>1</sup>, Cécile Gaujoux-Viala<sup>2</sup>, Rolande Guastalli<sup>3</sup>, Karim Oulad Chrif<sup>3</sup>, Jacqueline Janicki<sup>3</sup>, Bernard Combe<sup>4</sup>, Sonia Tropé<sup>3</sup>.

*1. Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, GRC 08, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, F-75013, Paris, France ; AP-HP, Rhumatologie, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris, France.*

*2. Département de rhumatologie, CHU de Nîmes; EA 2415, Université Montpellier I, Nîmes, France.*

*3. Association ANDAR, 149 avenue du Maine, Paris France.*

*4. Département de rhumatologie, Hopital Lapeyronie, CHRU de Montpellier, Université Montpellier I, UMR 5535, Montpellier, France*

*Le groupe de travail remercie l'AFPRic pour sa participation à la diffusion du questionnaire d'évaluation.*

Association Nationale de Défense contre l'Arthrite Rhumatoïde  
Siège Social : 149 avenue du Maine, 75014, Paris  
[www.polyarthrite-andar.com](http://www.polyarthrite-andar.com) - [andar@polyarthrite-andar.com](mailto:andar@polyarthrite-andar.com)

N°Vert 0 800 801 159

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

# LES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

**EN LANGAGE  
COURANT !**

## Les Principes

**1** La collaboration entre le rhumatologue et le patient est nécessaire pour permettre une prise en charge optimale de la PR. Le patient doit être informé sur la maladie et les traitements, si possible dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique. Le patient et le médecin décident ensemble du traitement le plus approprié dans le cadre d'une décision médicale partagée.

**2** Le rhumatologue est le médecin spécialiste qui doit prendre en charge les patients atteints de PR. Le médecin généraliste joue un rôle important :

- pour détecter la maladie et orienter au plus tôt le patient vers le rhumatologue.
- pour assurer le suivi en coordination avec le rhumatologue lorsque le diagnostic est établi.

**3** La polyarthrite rhumatoïde est une maladie qui coûte cher, pour le patient et pour la société. Les traitements peuvent également être coûteux. Ces deux éléments doivent être pris en compte lors des décisions de traitement.

## Les Recommandations

**1a** Le diagnostic de PR doit être évoqué devant des articulations (souvent les mains et les pieds) gonflées et douloureuses. Elles sont souvent difficiles à bouger (enraidies) surtout le matin pendant plus de 30 min.

**1b** Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde est confirmé par le rhumatologue suite à des examens spécifiques comme des prises de sang et des radiographies.

**2** Dès que le diagnostic de PR est posé, un traitement de fond doit être débuté. Il s'agit d'un médicament spécifique pris au long cours, capable de freiner l'évolution de la maladie.

**3** L'objectif du traitement pour chaque patient est l'absence ou un très faible niveau d'inflammation (douleur, gonflement...). Cet état est appelé "rémission" ou "faible activité" de la polyarthrite.

**4** Pour évaluer le niveau d'activité de la polyarthrite rhumatoïde ou l'état de rémission, le rhumatologue doit entre autre, compter les articulations douloureuses et gonflées.

**5** Tant que la polyarthrite est active, le patient doit consulter tous les 1 à 3 mois. S'il n'y a pas d'amélioration dans les 3 mois suivant le début d'un nouveau traitement de fond ou si l'objectif thérapeutique n'a pas été atteint à 6 mois, le traitement doit être ajusté ou modifié.

**6** Premier traitement de fond. Le méthotrexate est le premier traitement de fond à proposer. La dose adaptée devra être atteinte au plus tard sous 8 semaines.

**7** Chez les patients n'ayant pas encore reçu de traitement de fond, si le méthotrexate est contre-indiqué ou s'il est mal supporté, le léflunomide ou la sulfasalazine peuvent être proposés.

**8** Dans l'attente de l'efficacité du traitement de fond, en complément, de la cortisone peut être proposée à faible dose. Elle sera prise si possible sur une période maximale de 6 mois.

Les sociétés savantes de rhumatologie de chaque pays élaborent régulièrement les recommandations de prise en charge des pathologies rhumatismales, dont la polyarthrite rhumatoïde.

En 2014, la Société Française de Rhumatologie a élaboré des recommandations pour la Polyarthrite Rhumatoïde.

Maintenant publiées et accessibles à tous les professionnels de santé et plus particulièrement les rhumatologues, ces recommandations ont fait l'objet d'une réflexion sous l'impulsion de l'ANDAR pour les rendre compréhensibles à tous les malades désireux de s'impliquer dans leur parcours de soins.

Ainsi experts et patients ont étroitement collaboré pour produire un texte au vocabulaire accessible à tous.

Les recommandations ainsi adaptées proposent comme les originales, **trois principes généraux** et **quinze recommandations**. N'hésitez pas à en parler avec votre rhumatologue.

Gossèc L, Gaujoux-Viala C, Guastalli R, Ouladchrif K, Janicki J, Combe B, Tropé S. Version patient des recommandations de prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde : une collaboration entre la Société française de rhumatologie et des associations de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Rev rhum 2015; 82: 373-377

Ilvret édité avec le soutien institutionnel de :  COMD10953 - Décembre 15

Tous droits réservés 2015 - Pfizer SAS au capital de 38 200 Euros RCS Paris 433 623 550 - locataire gérant de Pfizer Holding France