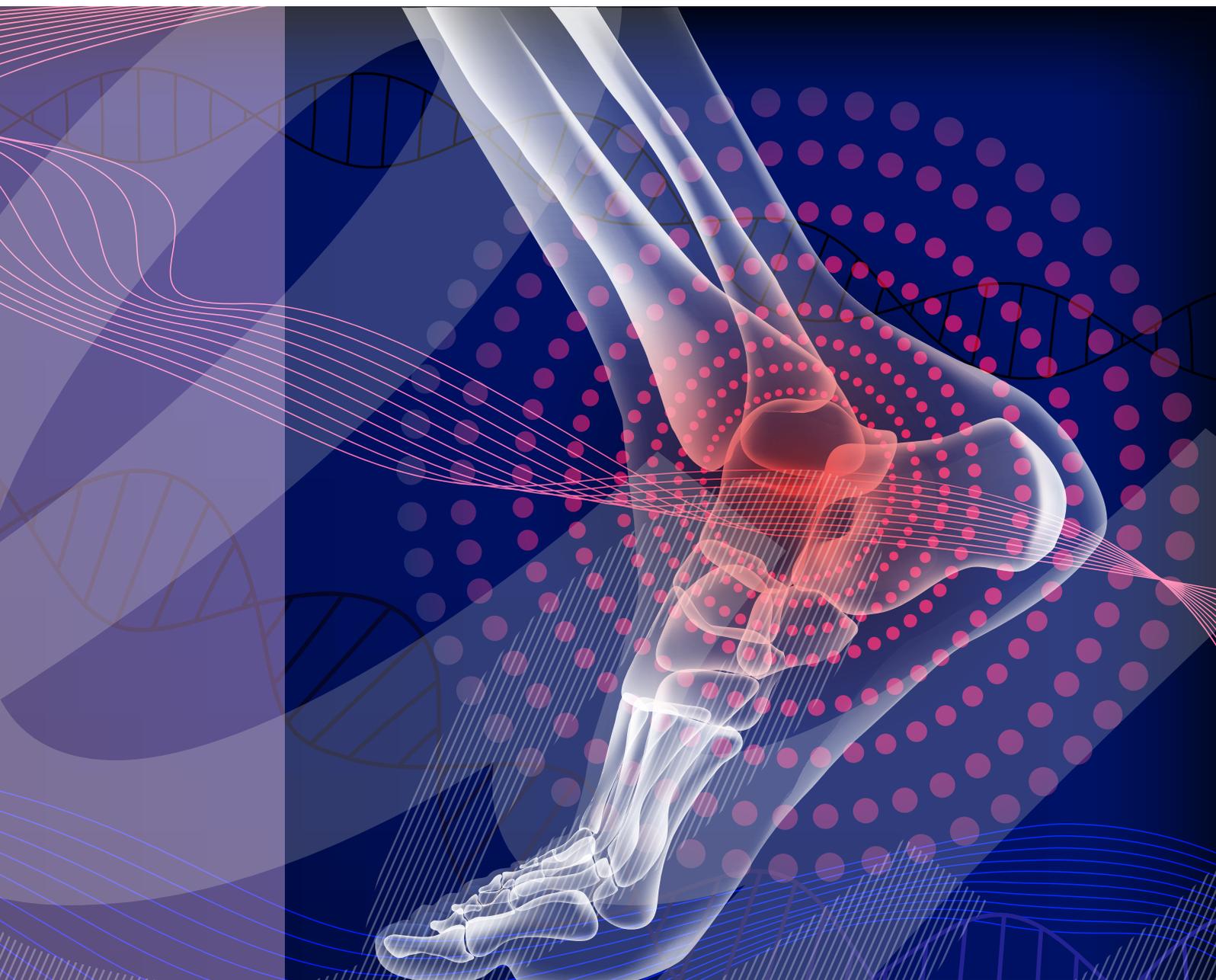


## RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES



### Point sur

Le poids médico-économique des RIC..... p 03-04

### Actualités pharmaceutiques

Traitements des RIC, quelles nouveautés ?..... p 05-06

### Partage d'expérience

Conseils au comptoir pour les patients..... p 07-08

### En savoir +

La vaccination des patients..... p 09-10

*Point sur :*  
**Les Rhumatismes Inflammatoires Chroniques,  
un fardeau médical, social et économique** ..... Page 03-04

*Actualités pharmaceutiques :*  
**Traitements des Rhumatismes Inflammatoires  
Chroniques, quelles nouveautés ?** ..... Page 05-06

*Partage d'expérience :*  
**Quels conseils au comptoir pour les patients  
atteints de polyarthrite rhumatoïde ?** ..... Page 07-08

*En savoir + :*  
**La plateforme de prise en charge des patients  
dans leur parcours de soins** ..... Page 09-10

*Abbreviations et références* ..... Page 11

**sommaire**

# Point sur

## Les Rhumatismes Inflammatoires Chroniques : un fardeau médical, social et économique

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) regroupent plusieurs maladies qui touchent les articulations et les structures périarticulaires. Les RIC les plus fréquents sont la **polyarthrite rhumatoïde (PR)** et les **spondyloarthrites** (incluant la **spondylarthrite ankylosante [SpA]**, la **spondyloarthrite axiale non-radiographique** et le **rhumatisme psoriasique [RhPso]**).<sup>1-3</sup>

### FARDEAU MÉDICAL

Les RIC sont des pathologies **douloureuses**, responsables de limitations fonctionnelles, d'**handicap** et d'une **réduction de l'espérance de vie**.<sup>3,4</sup>

**PLUS DE 600 000 PERSONNES**

(environ 1 % de la population française)<sup>5</sup>

Fréquence des RIC dans la population française

Polyarthrite rhumatoïde	<b>0,5 %</b>
Spondylarthrite ankylosante	<b>0,2 %</b>
Rhumatisme psoriasique	<b>0,2 %</b>

La **fatigue** est un symptôme fréquent dans les RIC, et une plainte majeure pour près de la moitié des patients décrivant des niveaux de fatigue élevés.<sup>4</sup>

Certains RIC sont associés à une **surmortalité**, même si les progrès des prises en charge ont permis de réduire ce phénomène.<sup>3</sup>

Les spondyloarthrites sont souvent non-diagnostiquées et les patients subissent un **retard significatif de la prise en charge de la maladie**.<sup>6,7</sup>

### LE RETARD DU DIAGNOSTIC CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES

d'un RHUMATISME PSORIASIQUE est de :<sup>6</sup>

57 % ont eu un retard de **1 à 9 ANS**

20 % ont eu un retard de **10 ANS ou plus**

d'une SPONDYLOARTHRITE AXIALE est de :<sup>7</sup>

**6,5 ANS**  
(hommes)

&

**8,8 ANS**  
(femmes)

### FARDEAU SOCIAL

L'**incapacité de travail** représente une exclusion d'un rôle essentiel dans la société tout autant qu'une perte de revenus et une autonomie économique réduite.<sup>8</sup>

Selon l'étude PReT (Polyarthrite Rhumatoïde et Travail) réalisée par l'ANDAR, la moitié des patients interrogés a déclaré au moins un **arrêt de travail** sur les 12 derniers mois et un tiers d'entre eux, une cessation d'activité supérieure ou égale à 6 mois.<sup>8</sup>

**PR : CONSÉQUENCES SUR LE TRAVAIL**  
→ **INCAPACITÉ DE TRAVAIL : 30 % DES MALADES PR 10 ANS APRÈS LES PREMIERS SYMPTÔMES<sup>8</sup>**

L'analyse rétrospective longitudinale d'une cohorte Norvégienne (*Nord-Trøndelag Health Study*) comprenant 160 patients ayant développé un RhPso a révélé une prévalence supérieure des **douleurs** (x12,8), de la **fatigue** (x2) et des **troubles du sommeil** (x2) par rapport à la population générale.<sup>9</sup> Ces symptômes affectent la qualité de vie des patients et impactent négativement leur vie quotidienne.<sup>10</sup>

Les résultats de l'enquête EMAS (*European Map of Axial Spondyloarthritis*) auprès de 2 846 patients souffrant de spondyloarthrite axiale ont également montré un **impact physique et psychologique important**, indiquant d'importants besoins non satisfaits pour les patients.<sup>11</sup>

### SPONDYLOARTHRITE AXIALE :

- **UNE VIE QUOTIDIENNE CONSIDÉRABLEMENT ALTÉRÉE<sup>11</sup>**
- **74,1 % DES PATIENTS ONT DÉCLARÉ AVOIR DES DIFFICULTÉS À TROUVER UN EMPLOI EN RAISON DE LA MALADIE**
- **61,5 % ONT DÉCLARÉ UNE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE.**

## L'ENQUÊTE « RA MATTERS » - LA PR, CE QUI COMPTE POUR VOUS <sup>12</sup>

Enquête menée en ligne par Lilly entre le 4 novembre 2016 et le 13 février 2017 dans huit pays : Allemagne, Canada, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède, explorant le vécu des personnes souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PR). Malgré les progrès majeurs dans le traitement de la PR, la maladie continue d'avoir un impact significatif sur de nombreux aspects de la vie des patients, y compris les relations, la progression de carrière, les activités quotidiennes et la capacité de travailler. Les patients et les professionnels de la santé estiment que l'impact physique et émotionnel de la PR n'est pas entièrement compris par ceux qui ne souffrent pas de la maladie. <sup>13</sup>

### VIE DE COUPLE



Plus de 40 % des personnes interrogées ont déclaré que la maladie aurait un impact négatif sur leur vie de couple.

### DIFFICULTÉS PROFESSIONNELLES



Près de la moitié des répondants estime que leur progression professionnelle a été ralentie ou qu'ils ont été forcés de prendre leur retraite à cause de la PR.

### GÊNE PHYSIQUE



...des personnes souffrant de PR estiment difficile de faire de l'exercice physique. Et 19 % d'entre elles estiment avoir du mal à effectuer les activités du quotidien.

### IMPACT ÉMOTIONNEL



...ont exprimés des sentiments de frustration face aux difficultés d'accomplir des activités quotidiennes.

**« Dans les décisions de traitement de la PR, les objectifs personnels des patients et leurs ressentis devraient être pris en considération parallèlement aux objectifs cliniques. » <sup>13</sup>**

## FARDEAU ÉCONOMIQUE

Le coût de la maladie comprend **les coûts directs** (tels que les coûts des médicaments et la surveillance requise lors de leur utilisation), **les coûts indirects** (par exemple la perte de productivité, comme le chômage dû à une maladie incontrôlée) **et les coûts intangibles** (impacts des douleurs, altération de la qualité de vie...).

Divers aspects de la perte de productivité doivent être pris en compte, y compris **l'absentéisme** (c'est-à-dire les coûts économiques d'un employé qui est absent du travail en raison de sa maladie) mais aussi le **présentéisme** (c'est-à-dire la productivité réduite d'un employé en raison de la maladie au travail). <sup>14</sup>



**> 200 000** PATIENTS EN AFFECTION LONGUE DURÉE (ALD) POUR PR « GRAVE ÉVOLUTIVE » (EN 2015, EN FRANCE) <sup>15</sup>

**Si elle n'est pas contrôlée, la PR** peut entraîner des lésions articulaires considérables, un handicap, une incapacité de travail et d'autres séquelles qui entraînent **d'importantes pertes économiques**.

## CONCLUSION

Les RIC, et en particulier la PR qui est la plus fréquente d'entre eux, sont passés en quelques années de maladies hautement invalidantes sans remède efficace connu, à des maladies pouvant être contrôlées avec la possibilité d'atteindre la rémission clinique pour les patients. <sup>14</sup>

**Cependant, il reste encore plusieurs besoins non satisfaits.** En effet, malgré des traitements de plus en plus efficaces, certains patients n'atteignent pas leur objectif de traitement (faible activité de la maladie) et encore moins une rémission. Les RIC ont des **conséquences économiques, sociales et sociétales** : de nombreux patients voient ainsi leur activité professionnelle perturbée (arrêts maladie) et parfois arrêtée. Cependant, plus encore que l'absentéisme, le **présentéisme** a un impact négatif sur la productivité et la trajectoire professionnelle des malades. <sup>8</sup>

Par conséquent, nous avons toujours **besoin d'améliorer la prise en charge** de ces pathologies avec des solutions thérapeutiques innovantes. <sup>14,16</sup> Enfin, de nouveaux **critères basés sur le vécu du patient (patient-reported outcomes ou PRO)**, deviennent incontournables pour guider la recherche clinique et déterminer l'efficacité thérapeutique. <sup>16</sup>

# Actualités pharmaceutiques

## Traitements des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques : quelles actualités ?

Les traitements de fond dans les rhumatismes inflammatoires chroniques sont appelés DMARDs (Disease-modifying antirheumatic drugs).

### POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

L'objectif du traitement PR est d'induire et de maintenir une **rémission clinique** et de **limiter la progression** de la dégradation articulaire, donc le handicap ultérieur. Selon les recommandations françaises 16 et européennes 17 la prise en charge repose sur la prescription précoce d'un traitement de fond, la **précocité est déterminante dans le succès de la prise en charge**.

### STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DE LA PR

#### TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

##### Traitement symptomatiques d'action immédiate<sup>18,19</sup>

→ Pour traiter la douleur et l'inflammation



**AINS** en 1<sup>re</sup> intention



**Antalgiques** : palier 1 ± opioïdes



**Corticoides par voie orale** à faible dose



**Corticoides en injections intra-articulaires** pour les arthrites rebelles au traitement général

##### Traitements de fond : les DMARDs<sup>18,19</sup>

DMARDs : Disease-modifying antirheumatic drugs

→ Pour contrôler la maladie

##### sDMARDs : traitements de fond synthétiques

**csDMARDs** : traitements de fond synthétiques **conventionnels**

- Méthotrexate (MTX)
- Sulfasalazine
- Léfélunomide

Si CI au MTX

(CI = Contre-indication)

**tsDMARDs\*** (targeted synthetic DMARD): traitements de fond synthétiques **ciblés**

- Inhibiteurs des Janus kinases

Forme orale

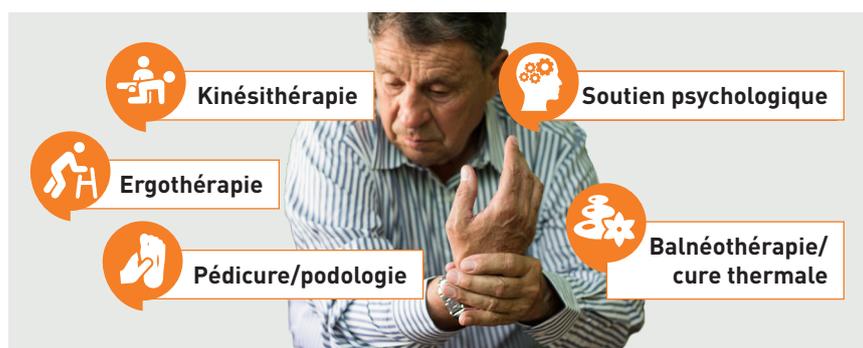
##### bDMARDs\* : traitements de fond biologiques (biothérapies)

- Anti-TNF- $\alpha$
- Anti-IL (Interleukines) : Anti-IL 6
- Anti-Lymphocytes B
- Modulateur de la co-stimulation des Lymphocytes T

Forme injectable

\* Traitement de fond ciblés<sup>16</sup>

#### TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX EN COMPLÉMENT DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX<sup>20</sup>



“*Treat to target*” : un élément clé de la prise en charge thérapeutique actuelle dans la PR<sup>21</sup>

Parmi les changements thérapeutiques importants de ces dernières années figure le concept de « *treat to target* » (traiter vers la cible) : une stratégie de contrôle étroit de la maladie visant la rémission clinique ou, à défaut, un faible niveau d'activité de la maladie, et basée sur des indices objectifs. Cette stratégie implique un contrôle régulier et rapproché de l'activité de la maladie et l'adaptation rapide de la stratégie thérapeutique si l'objectif n'est pas atteint.

## SPONDYLOARTHRITE

La spondyloarthrite (SpA) est une maladie complexe avec différentes présentations phénotypiques. Sa prise en charge incombe au rhumatologue et fait l'objet de plusieurs recommandations tenant compte de **l'arrivée de nouvelles classes thérapeutiques**.<sup>22,23</sup>

### RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE DES SPONDYLOARTHrites AXIALES SELON LA HAS<sup>22</sup>



\* En cas d'échec d'un anti-TNF et si un changement de cible thérapeutique est envisagé, les anti-IL 17 doivent être privilégiés.

\*\* Uniquement pour les formes radiographiques

## RHUMATISME PSORIASIQUE

Le rhumatisme psoriasique est un RIC hétérogène dans sa présentation clinique et la présence de comorbidités. Le rhumatologue dispose d'un arsenal thérapeutique riche : traitements symptomatiques, traitements de fond dits « conventionnels synthétiques » et des thérapies « ciblées » biologiques ou synthétiques. **L'objectif thérapeutique est la rémission ou la faible activité**.<sup>24</sup>

Sa prise en charge associe un traitement symptomatique (AINS avec ou sans antalgiques) à un traitement de fond

(DMARD) soit conventionnel, soit – en cas d'échec, contre-indication ou intolérance à ces derniers – les traitements de fond biologiques : anti-TNF et les inhibiteurs d'interleukines (12/23, 17-A, IL23p19).<sup>25</sup>

Le Groupe de Recherche sur le Psoriasis (GRPso) de la Société française de dermatologie propose également des recommandations tenant compte de 2 profils cliniques principaux : une atteinte cutanée du psoriasis prédominant sur le rhumatisme, ou l'inverse.<sup>26</sup>

## RIC ET COVID-19 : QUELS IMPACTS ?

Depuis le début de l'épidémie de COVID-19, la prise en charge des patients atteints de RIC a soulevé de nombreuses interrogations. En effet, ces patients sont connus pour avoir un **risque potentiellement accru d'infection**, en particulier virale, en raison d'une dérégulation immunitaire causée par la maladie elle-même et également liée à leurs comorbidités et aux traitements immunomodulateurs.<sup>27</sup>

Costantino F *et al.* ont réalisé une enquête d'avril à mai 2020 auprès de l'ensemble des patients suivis pour un RIC dans un service de rhumatologie d'un centre hospitalier universitaire français.<sup>27</sup> Les résultats de cette étude ne montrent **pas de majoration de l'incidence ou de la sévérité de l'infection COVID 19 parmi les patients présentant un RIC**, en comparaison à la population générale dans la même zone géographique. En revanche, Plus de 30 % des patients rapportaient avoir suspendu ou arrêté au moins un traitement de leur rhumatisme inflammatoire durant la période de confinement, la plupart par peur d'une contamination (79,3 %). Parmi ceux-ci, 63,4 % ont rapporté une majoration de l'activité de leur maladie.

Certaines études internationales indiquent un risque accru de formes sévères chez les patients ayant une PR avec une activité modérée à sévère de leur maladie, suggérant qu'**un bon contrôle de la maladie pourrait être un moyen de diminuer le risque de forme sévère chez les patients atteint de RIC**.<sup>28</sup>



### QUELLES CONSIGNES DONNER AUX PATIENTS EN PRATIQUE ?<sup>29</sup>

- Insister sur les consignes de prévention ou mesures barrières : ce sont les mêmes que celles proposées dans la population générale et destinées à limiter le risque de transmission.
- Sensibiliser aux signes cliniques qui justifient un avis médical (fièvre et manifestations respiratoires) et inciter le patient à contacter le spécialiste qui le prend en charge (télémedecine).
- Insister sur l'importance de ne pas interrompre leur traitement sans avis médical : conséquences néfastes sur l'activité du rhumatisme.

# Partage d'expérience



*Le pharmacien d'officine occupe une place importante dans le parcours de soin du patient RIC. Au-delà de la délivrance et du suivi des traitements médicamenteux, il contribue au maintien de la qualité de vie du patient par son accompagnement et ses conseils au comptoir. Il peut également jouer un rôle dans le diagnostic en orientant vers le bon spécialiste.*



**Dr Blandine BAUDIN**  
Pharmacienne d'officine  
à Tramayes (71)



**Dr Eric SENBEL**  
Rhumatologue à Marseille (13), et attaché  
de consultation APHM Service de rhumatologie

## Quels conseils au comptoir pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde ?

### Interview croisée des Dr BAUDIN et Dr SENBEL

#### Quels sont les profils de patients atteints de PR ?

En pharmacie, nous rencontrons 2 grands profils de patients atteints de PR :

- les personnes âgées entre 60 et 70 ans, souvent diminuées physiquement, ayant un traitement de fond conventionnel efficace depuis plusieurs années et consultant peu leur médecin ;
- les personnes souvent plus jeunes (45 à 60 ans), en début de maladie, consultant leur rhumatologue fréquemment et qui ont dû changer plusieurs fois de traitement sur les dernières années pour atteindre leur objectif thérapeutique.

#### Quelle est la place du pharmacien d'officine dans le parcours de soins des patients atteints de PR ?

##### À l'instauration du traitement

Au-delà de son rôle de garant du bon usage du médicament (interactions médicamenteuses chez les patients ayant des comorbidités, posologie, fonctionnement du dispositif type stylo auto-injecteur), le pharmacien a également un rôle de soutien auprès des patients afin de les aider à accepter l'atteinte par cette maladie chronique nécessitant un traitement à vie et de favoriser leur future adhésion thérapeutique.

#### Au cours du traitement

L'objectif du traitement de la PR est d'atteindre une rémission complète en 3 à 6 mois. Pour ce faire, une rotation de traitement peut être nécessaire afin de diminuer efficacement l'inflammation.

“ Certains patients, notamment ceux en rémission et sans trop de comorbidités, ont du mal à accepter que même s'ils se sentent bien, leur traitement per os ou injectable reste nécessaire. C'est là tout l'intérêt de l'éducation thérapeutique qui permet de mieux appréhender l'aspect psychologique de la maladie. En ce sens, le pharmacien a toute sa place. Dr Senbel. ”

Du fait de la fréquence des consultations, il est parfois difficile pour les rhumatologues de suivre leurs patients stables. Le pharmacien en revanche a l'opportunité de les rencontrer plus fréquemment au comptoir, leur permettant d'instaurer le dialogue, de détecter des changements concernant la bonne observance du patient, de leur apporter des réponses adaptées pour améliorer leur qualité de vie et répondre à leurs interrogations.



Les patients (< 65 ans) souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques peuvent bénéficier de l'accompagnement du pharmacien sous la forme d'un bilan partagé de médication (BPM). Durant ces entretiens, le pharmacien questionne le patient sur ses médicaments, ses habitudes alimentaires, son activité physique et peut ainsi évaluer l'observance du patient et le conseiller pour mieux vivre son traitement et sa maladie.<sup>30</sup>

Ce BPM permet également de renforcer le lien avec le médecin du patient et de le réorienter rapidement vers lui en cas de nécessité.<sup>30</sup>

## Quels sont les points de vigilance ?

Du fait des visites mensuelles ou plus fréquentes du patient PR chez son pharmacien, celui-ci peut être amené à identifier des situations cliniques requérant une vigilance particulière en fonction :

- De l'état de santé du patient : infection grave, fièvre, toux, effet secondaire du traitement...
- Du bon usage du médicament, notamment des corticoïdes lors des poussées inflammatoires

“ Certains patients gèrent mal leur prise de corticoïdes, en plus de leur traitement de fond, lors des poussées de PR, il faut donc rester vigilant et bien leur indiquer la posologie des traitements pour en limiter la toxicité. ”

Dr Baudin.

De la nécessité de suspendre le traitement, en cas :

- de grossesse ou de désir de procréer,
- de programmation de chirurgie,
- de soins dentaires,
- de vaccination par agents infectieux atténués (vaccin vivant),
- Etc.

\* Liste non exhaustive

## Quels sont les signes d'alerte d'une mauvaise observance ?

À chaque dispensation de médicament, le pharmacien analyse l'observance des patients. Plusieurs signes d'alerte peuvent amener le pharmacien à questionner le patient PR au sujet de l'adhésion à son traitement :

- La délivrance de son médicament dans un délai trop court ou trop long → il est alors nécessaire de le questionner pour évaluer une éventuelle surconsommation ou absence de prise de traitement.
- La présence de douleurs ou de gênes → en posant des questions ouvertes au patient, cela vous permettra de déterminer la cause potentielle de mauvaise observance :
  - « Quel jour prenez-vous votre traitement ? »
  - « Je vois que vous ne prenez pas régulièrement votre traitement, quel est le soucis ? »
  - « Comment ça se passe avec votre traitement ? Racontez moi »
  - « Comment faites-vous quand vous oubliez de prendre votre médicament ? »
- Les délais trop longs, ou trop courts pour ramener sa boîte à déchets médicaux concernant les patients PR utilisant un traitement injectable :
  - « Utilisez-vous la boîte à déchets systématiquement ? »
  - « À quelle fréquence faites-vous vos injections ? »

## Comment renseigner au mieux les patients pour leur recherche sur internet ?

Les patients sont amenés à utiliser, parfois de manière inappropriée, la somme d'informations disponible sur internet que celle-ci soit juste ou fausse.

Afin de les guider au mieux, il est possible de les orienter vers des sites d'associations de patients\* contenant des informations sur les RIC et notamment des fiches pratiques :

- AFP<sup>ric</sup> : mène de nombreuses actions d'information pour permettre de mieux comprendre la maladie et de mieux se repérer dans les traitements des patients polyarthritiques et RIC (<https://www.polyarthrite.org/>) ;
- ANDAR : met à disposition des patients PR et de leur entourage, l'information sur la maladie et ses conséquences (<http://www.polyarthrite-andar.com/>). L'ANDAR propose également un service téléphonique d'écoute et d'accompagnement qui englobe la sphère professionnelle ;
- France Psoriasis : a pour objectif d'améliorer le parcours de soin, d'encourager la recherche et de faire connaître le psoriasis et le rhumatisme psoriasique (<https://francepsoriasis.org/>) ;

Les pharmaciens pourront également trouver des informations concernant les différents traitements sur le site du CRI (<http://www.cri-net.com/>) afin de guider au mieux leurs patients.

# En savoir +

## Rhumatismes Inflammatoires Chroniques & vaccination de la grippe au COVID-19



### LA COUVERTURE VACCINALE DES PATIENTS ATTEINTS DE RIC EST ENCORE INSUFFISANTE <sup>(31)</sup>

La vaccination est particulièrement importante chez les patients atteints de RIC, se traduisant potentiellement par une baisse du taux d'hospitalisation en raison d'infections. Pourtant, la population des patients atteints de RIC souffre en général d'une couverture vaccinale insuffisante. Un des facteurs pouvant expliquer ce faible taux de vaccination est l'existence d'interrogations de la part des patients concernant l'efficacité et la sécurité des vaccinations, auxquelles ils est important de pouvoir répondre en se basant sur les données scientifiques. <sup>(31)</sup>

### DES RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES EN FAVEUR DE LA VACCINATION DES PATIENTS ATTEINTS DE RIC <sup>31</sup>

Les recommandations de la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR) pour la vaccination des patients adultes atteints de maladies rhumatismales inflammatoires auto-immunes ont été mises à jour en 2019. <sup>31</sup>

#### Statut vaccinal du patient évalué annuellement par le rhumatologue

Un inventaire des antécédents de vaccination, des événements indésirables à la suite de vaccinations antérieures, doit être intégré dans la prise en charge standard des patients atteints de RIC.

#### Décision vaccinale prise en concertation avec le patient

Le programme de vaccination individualisé doit être expliqué au patient par l'équipe de rhumatologie, fournissant une base pour une prise de décision partagée, et être mis en œuvre conjointement par le médecin traitant, l'équipe de rhumatologie et le patient.

#### Vaccination à privilégier hors phase active de la maladie

Sur la base des connaissances limitées sur la sécurité et l'immunogénicité des vaccinations chez les patients atteints d'une maladie active, les vaccinations sont administrées de préférence quand la maladie est inactive. Chez les patients atteints d'une maladie active, la vaccination ne doit cependant pas être exclue, mais envisagée au cas par cas.

#### Vaccination de préférence avant d'initier un traitement immunosuppresseur planifié.

Une politique de vaccination précoce permet d'assurer une réponse optimale aux vaccins. Cependant, dans les cas de RIC sévères, l'initiation du traitement immunosuppresseur indiqué est la priorité principale plutôt que l'administration précoce des vaccins.

#### Vaccins non vivants peuvent être administrés pendant l'utilisation de glucocorticoïdes et de DMARDs.

Les données cliniques sont en faveur de l'administration de vaccins contre la grippe, le pneumocoque, le tétanos, le virus de l'hépatite B (VHB), le virus de l'hépatite A (VHA) et du papillomavirus humain (HPV) à des patients atteints de RIC sous traitement immunosuppresseur. Les études indiquent une immunoprotection adéquate, sans aucun signal de sécurité majeur.

#### Vaccins vivants atténués généralement à éviter.

Les vaccins vivants atténués doivent être évités pendant l'immunosuppression. Exception possible pour certains vaccins en respectant une fenêtre vaccinale pré-traitement antirhumatismal.

### RECOMMANDATIONS DE L'EULAR <sup>31</sup>

#### VACCINATION DES PATIENTS ATTEINTS DE RIC :

- Vaccination **antigrippale** doit être fortement envisagée pour la majorité des patients
- La vaccination **antipneumococcique** doit être fortement envisagée pour la majorité des patients
- Vaccination **antitétanique** conformément aux recommandations pour la population générale.  
Une immunisation passive avec immunoglobulines antitétaniques doit être envisagée en cas d'exposition au tétanos à haut risque chez les patients recevant un traitement diminuant les lymphocytes B.
- Les vaccins contre l'**hépatite A** et l'**hépatite B** doivent être administrés aux patients à risque.  
Dans certaines situations, une vaccination de rappel ou l'immunisation passive par immunoglobulines est indiquée.
- La vaccination contre le **zona** peut être envisagée chez les patients à haut risque atteints d'AIIRD
- La vaccination contre la **fièvre jaune** doit être généralement évitée chez les patients atteints de RIC
- Les patients atteints de RIC, en particulier les patients atteints de lupus érythémateux disséminé, doivent être vaccinés contre le **HPV** conformément aux recommandations pour la population générale.

## RECOMMANDATION VACCINALE DE LA HAS POUR LES PATIENTS SOUS TRAITEMENTS IMMUNODEPRESSEURS<sup>32</sup>

• Il est recommandé de **mettre à jour les vaccinations le plus tôt possible dans la prise en charge d'une maladie auto-immune et au moins quinze jours** avant la mise en route du traitement immunosuppresseur pour les vaccins vivants atténués. Les patients doivent recevoir, en plus des vaccins habituels de la population adulte (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, méningocoque de type C jusqu'à l'âge de 24 ans), les vaccins contre le **pneumocoque, la grippe, Haemophilus influenzae type b, l'hépatite B** et, parfois, les autres méningocoques.

- Les vaccins vivants atténués, dont le BCG, sont contre-indiqués chez les personnes recevant un traitement immunosuppresseur, une biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immuno-suppressive (10 mg/j d'équivalent prednisonne pendant plus de deux semaines ou sous forme de « bolus »).
- Après l'arrêt des traitements, le délai minimum à respecter pour vacciner est de trois mois (six mois pour le rituximab). Les vaccins vivants peuvent être autorisés si les immunosuppresseurs ont été arrêtés depuis au moins 6 mois et/ou la corticothérapie est < 10 mg/j.

## VACCINATION CONTRE LA COVID-19 DES PATIENTS ATTEINTS DE RIC

Vaccination anti-COVID : position de la SFR du 21 avril 2021<sup>33,34</sup>

Le Groupe de travail COVID-19 Société Française de Rhumatologie (SFR) a publié des informations à l'intention des soignants et des informations pour les patients :<sup>33,34</sup>

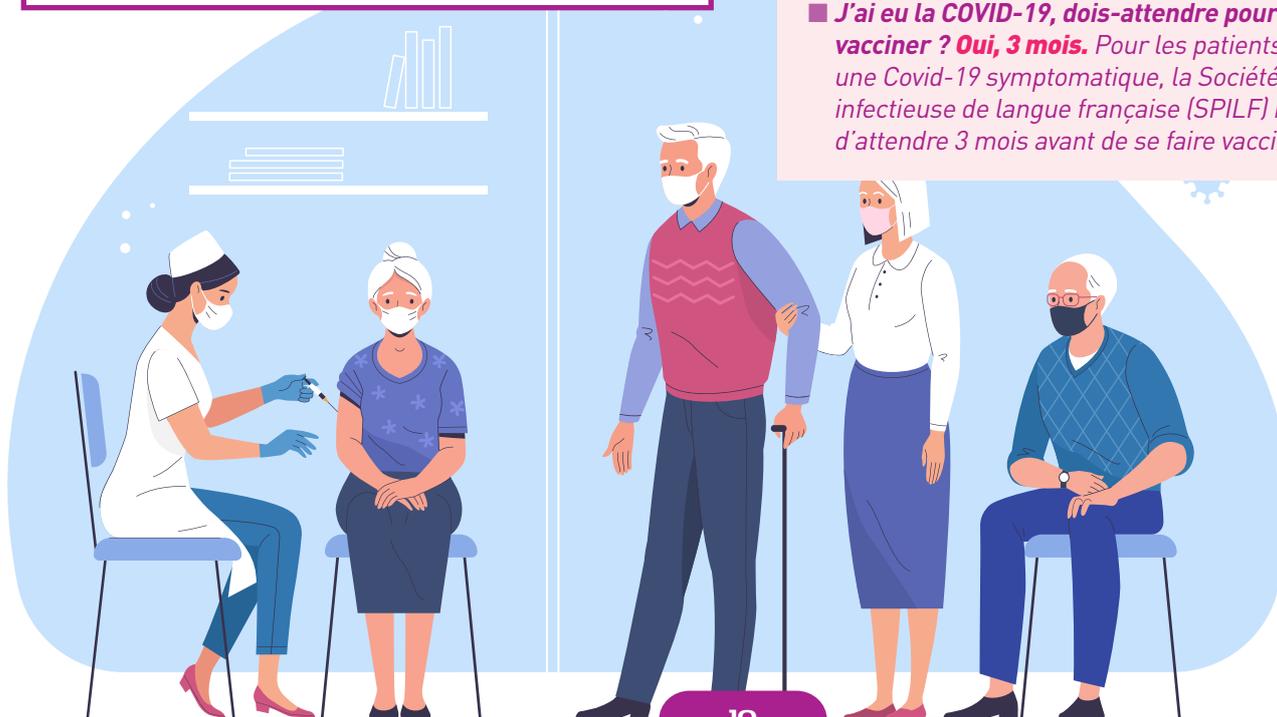
**La vaccination anti COVID-19 est une priorité** pour lutter contre l'épidémie de COVID, chez les patients atteints de RIC comme en population générale. Les patients traités par **corticoïdes** à plus de 10 mg par jour, et par certains **immunosuppresseurs** doivent être vaccinés en priorité.

### FAUT-IL ARRÊTER LES TRAITEMENTS POUR RÉALISER LES VACCINATIONS ?

Dans la mesure où un vaccin anti-SARS-CoV-2 n'est pas basé sur un virus vivant atténué, il n'y a pas de contre-indication à l'administrer à un patient sous traitements de fond.<sup>28</sup>

### QUELQUES RÉPONSES AUX QUESTIONS DES PATIENTS ATTEINTS DE RIC<sup>28,33,34</sup>

- **Puis-je être vacciné si je prends les traitements de mon rhumatisme inflammatoire ? : Oui.**
- **Est-ce que les vaccins peuvent interférer avec l'action de mes traitements ? : Non.**
- **Le vaccin peut-il activer ma maladie ? C'est très improbable.** Il est cependant préférable de réaliser la vaccination dans une période où le rhumatisme inflammatoire est bien contrôlé.
- **Dois-je arrêter mes traitements pour réaliser la vaccination ? Surtout pas.** Au pire, les traitements de votre rhumatisme peuvent réduire partiellement l'efficacité de la vaccination mais il ne faut pas prendre le risque de favoriser une poussée de rhumatisme en interrompant le traitement.
- **J'ai eu la COVID-19, dois-je attendre pour me faire vacciner ? Oui, 3 mois.** Pour les patients qui ont eu une Covid-19 symptomatique, la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) recommande d'attendre 3 mois avant de se faire vacciner.



# Abréviations

**Ac** : anticorps ; **ACPA** : anticorps anti-peptides citrullinées ; **AFFric** : Association française des polyarthritiques et autres rhumatismes inflammatoires chroniques ; **AINS** : anti-inflammatoire non stéroïdiens ; **AMM** : autorisation de mise sur le marché ; **ANDAR** : Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde ; **CI** : contre-indication ; **DMARD** : *Disease-modifying antirheumatic drug* (traitement rhumatologique modificateur de la maladie) ; **bdMARD** : traitement de fond biologique ; **csDMARD** : traitement de fond conventionnel synthétique ; **tsDMARD** : traitement de fond synthétique ciblé ; **EULAR** : *European Alliance of Associations for Rheumatology* ; **FR** : facteur rhumatoïde ; **HPV** : papillomavirus humain ; **IL** : interleukine ; **IL-6R** : récepteur de l'interleukine 6 ; **i.m.** : intramusculaire ; **i.v.** : intraveineux ; **JAKi** : inhibiteurs de JAK (Janus kinases) ; **LEF** : leflunomide ; **MTX** : méthotrexate ; **PDE4i** : inhibiteur de phosphodiesterase 4 ; **p.o.** : *per os* ; **PRO** : *patient-reported outcomes* (symptômes ou plaintes rapportés par le patient) ; **R** : récepteur ; **s.c.** : sous-cutané ; **SpA** : spondyloarthrite ; **SSZ** : sulfasalazine ; **TNF** : *tumor necrosis factor*.

# Références

1. Proft F, et al. Ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis: recent insights and impact of new classification criteria. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2018;10(5-6):129-139.
2. Terenzi R, et al. One year in review 2017:spondyloarthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2018;36:1-14.
3. Fautrel B, et al. Mortalité dans les rhumatismes inflammatoires chroniques. *Revue du Rhumatisme*. 2006;73(5):530-1.
4. Gossec L, et al. La fatigue au cours de la spondyloarthrite axiale débutante. Résultats de la cohorte française DESIR. *Revue du Rhumatisme*. 2017;84(5):430-4.
5. SFR. Société française de rhumatologie. Spondyloarthrite. <https://public.larhumatologie.fr/grandes-maladies/spondyloarthrite>.
6. Danielsen K, et al. Prevalence of Psoriasis and Psoriatic Arthritis and Patient Perceptions of Severity in Sweden, Norway and Denmark: Results from the Nordic Patient Survey of Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *Acta Derm Venereol*. 2019;99:18-25.
7. Jovani V, et al. Understanding how the diagnostic delay of spondyloarthritis differs between women and men: a systematic review and metaanalysis. *J Rheumatol*. 2017;44:174-183.
8. Tropé S. Travail : quelle réalité pour les personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde ? *La Lettre du Rhumatologue*. 2020;466:24-9.
9. Haugeberg G, et al. Physical and Psychosocial Burden of Psoriatic Arthritis: Longitudinal Data From a Population-Based Study in Norway. *Arthritis Care & Research*. 2021;73(1):138-145.
10. Haugeberg G, et al. Impact of skin, musculoskeletal and psychosocial aspects on quality of life in psoriatic arthritis patients: A cross-sectional study of outpatient clinic patients in the biologic treatment era. *RMD Open*. 2020;6:e001223.
11. Garrido-Cumbrera M, et al. The European Map of Axial Spondyloarthritis: Capturing the Patient Perspective-an Analysis of 2846 Patients Across 13 Countries. *Curr Rheumatol Rep*. 2019;21(5):19.
12. Enquête RA Matters - La PR, ce qui compte pour vous : <https://www.lillyrhumatologie.fr/polyarthrite-rhumatoide/vivre-avec-la-pr>
13. Alten R, et al. Physical and Emotional Burden of Rheumatoid Arthritis: Data from RA Matters, a Web-Based Survey of Patients and Healthcare Professionals. *Rheumatol Ther*. 2019;6(4):587-597.
14. Smolen JS, et al. Rheumatoid arthritis. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018;4(1):18001.
15. HAS. Evaluation médico-économique des traitements de fond biologiques dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde, consulté le 02/07/2020 [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2580906/fr/evaluation-medico-economique-de-traitements-de-fond-biologiques-dans-la-prise-en-charge-delapolyarthrite-rhumatoide](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2580906/fr/evaluation-medico-economique-de-traitements-de-fond-biologiques-dans-la-prise-en-charge-delapolyarthrite-rhumatoide).
16. Daïen C, et al. Actualisation des Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. *Revue du Rhumatisme*. 2019;86(1):8-24.
17. Smolen JS, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(6):685-99.
18. SFR. Société française de rhumatologie. Polyarthrite rhumatoïde. <https://public.larhumatologie.fr/grandes-maladies/polyarthrite-rhumatoide>.
19. Vidal. Polyarthrite rhumatoïde. [https://www.vidal.fr/recommandations/1481/polyarthrite\\_rhumatoide/prise\\_en\\_charge/](https://www.vidal.fr/recommandations/1481/polyarthrite_rhumatoide/prise_en_charge/).
20. Haute Autorité de Santé. Recommandations Polyarthrite Rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie – aspects médico-sociaux et organisationnels. Mars 2007.
21. Combe B. "Treat to target" et polyarthrite rhumatoïde. *La Lettre du Rhumatologue*. 2016;425:8-10.
22. Haute Autorité de Santé. Compilation des avis de CT des dernières molécules : Haute Autorité de Santé. Ixékizumab. Commission de la transparence, avis du 16 septembre 2020. Haute Autorité de Santé. Sécukinumab. Commission de la transparence, avis du 16 septembre 2020. Haute Autorité de Santé. Upadacitinib. Commission de la transparence, avis du 5 mai 2021. Haute Autorité de Santé. Infliximab. Commission de la transparence, avis du 7 octobre 2020.
23. Wendling D, et al. Actualisation 2018 des recommandations de la Société française de rhumatologie (SFR) pour la prise en charge en pratique courante des malades atteints de spondyloarthrite. *Revue du Rhumatisme*. 2018;85(3):222-30.
24. Prati C, et al. Traitement de fond et traitement ciblé du rhumatisme psoriasique. *Revue du Rhumatisme Monographies*. 2020;87(4):310-9.
25. Haute Autorité de Santé. Ixékizumab. Commission de la transparence, avis du 4 avril 2018.
26. Amatore F, et al. Recommandations françaises sur l'utilisation des traitements systémiques chez les patients adultes atteints de psoriasis modéré à sévère. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2019;146(6):429-39.
27. Costantino F, et al. COVID-19 in French patients with chronic inflammatory rheumatic diseases: Clinical features, risk factors and treatment adherence. *Joint Bone Spine*. 2020;88(1):105095.
28. Morel J, et al. Vaccination contre la covid-19 des patients atteints de maladies chroniques à médiation inflammatoire ou immunitaire. *La Lettre du Rhumatologue*. 2021;468:2-8.
29. Richez C, et al. Implications du COVID-19 pour la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques. *Revue du Rhumatisme*. 2020;87(3):143-5.
30. Améli. L'accompagnement pharmaceutique - Un patient chronique mieux pris en charge – 2021.
31. Furer V, et al. 2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(1):39-52.
32. Vaccination INFO Services. Patient traité par immunosuppresseurs. Mis à jour le 12.04.2018. <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Patient-immunodeprime/Patient-traite-par-immunosuppresseurs>.
33. SFR. Société Française de Rhumatologie. Vaccination anti-Covid : position de la SFR le 21 avril 2021. <https://sfr.larhumatologie.fr/actualites/vaccination-anti-covid-position-sfr-21-avril-2021>
34. SFR. Société Française de Rhumatologie. Note concernant la vaccination contre la COVID à l'intention des patients. 23/01/2021. [https://sfr.larhumatologie.fr/sites/sfr.larhumatologie.fr/files/medias/actualites/question\\_sur\\_vaccin\\_anti-covid\\_0\\_v2.pdf](https://sfr.larhumatologie.fr/sites/sfr.larhumatologie.fr/files/medias/actualites/question_sur_vaccin_anti-covid_0_v2.pdf)



ACTIVACTIS INNOVATIONS PP-MG-FR-1238 Décembre 2022 © Lilly - Tous droits réservés

➤ **POUR ALLER PLUS LOIN**

sur les Rhumatismes Inflammatoires Chroniques, la rhumatologie et bien d'autres aires thérapeutiques,

**NOTRE PLATEFORME ÉVOLUTIVE DÉDIÉE AUX PHARMACIENS EST À VOTRE DISPOSITION.**

➤ Vous y retrouverez  
**DES INFORMATIONS, DES OUTILS ET DES SERVICES LILLY UTILES**  
pour vous et votre équipe.



Retrouvez votre nouveau site **lillypharmacien** avec des services et des outils pédagogiques en

| **ONCOLOGIE | DIABÉTOLOGIE | RHUMATOLOGIE |**  
| **DERMATOLOGIE | MIGRAINE |**

**<https://www.lillypharmacien.fr>**