articule 4 !



Quels traitements médicamenteux pour la polyarthrite rhumatoïde ?

Pour comprendre ce dont je souffre et apprendre à mieux vivre avec !

andar
Association nationale de défense contre la polyarthrite rhumatoïde

La Polyarthrite Rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique, qui touche environ 0,5% des français. Au cours des 25 dernières années, la prise en charge de cette maladie chronique, a considérablement évolué ; elle est maintenant holistique, c'est à dire que la personne est accompagnée dans sa globalité et pas seulement sous l'angle de la maladie ou de la partie du corps touchée. Elle allie les traitements médicamenteux et les traitements non médicamenteux.

C'est une maladie qui se soigne et l'expérience du patient, développée tout au long de sa maladie, lui permet d'acquérir des compétences spécifiques, car si le patient est au centre d'un système de vie entouré de ses proches et de son équipe soignante, il est à la fois un membre de cette équipe mais aussi le chef d'orchestre avec ses préférences, ses motivations, ses représentations et ses convictions. Les compétences ainsi développées peuvent donc être individuelles mais aussi collectives.

Dans la prise en charge globale, le médicament revêt une place primordiale. Il est actuellement la voie essentielle connue pour contrôler la maladie. Chaque patient est un cas particulier qui doit vivre chaque jour sa propre réalité avec cette prise en charge médicamenteuse, qui peut être vécue comme contraignante. Cette démarche doit être intégrée et acceptée par le patient pour que sa gestion soit la meilleure possible dans la vie quotidienne. L'adhésion du patient à la stratégie de prise en charge proposée est en effet un point essentiel pour le succès thérapeutique et donc pour contrôler l'évolution de la maladie.

La mise en place du traitement médicamenteux le mieux adapté à sa maladie se fait avec le rhumatologue, expert scientifique de la PR, en partenariat avec le patient et en lien avec l'équipe soignante. C'est la notion de décision médicale partagée.

Les médicaments sont de plus en plus performants, certes, mais il est souvent difficile pour le patient de s'y retrouver du fait de leur diversité et de leur complexité.

Avec cet articule ! nous avons souhaité vous donner des informations sur les traitements médicamenteux disponibles à ce jour pour tout patient atteint d'une PR.



Les traitements médicamenteux DE LA PR [1,2,3,4,5]

Quels sont les objectifs de traitement d'une PR ?

Ils sont :

- en premier lieu, d'atteindre et de maintenir la rémission clinique ou à défaut une faible activité de la maladie. La rémission clinique est définie par l'absence de signes et symptômes (douleur, rougeur, chaleur, œdème....) d''activité inflammatoire significative,
  - l'obtention de la rémission clinique et, a minima, du faible niveau d'activité, est associée à un contrôle de la progression structurale (visible à l'imagerie) et à un handicap fonctionnel moindre
  - pour un patient souffrant depuis longtemps d'une PR avec d'importantes lésions structurales (érosions osseuses, pincements des interlignes c'est-à-dire l'espace entre deux éléments osseux de l'articulation...), l'atteinte d'un faible niveau d'activité sera l'objectif raisonnable à atteindre
- de soulager la douleur
- d'offrir à chaque patient atteint d'une PR la meilleure qualité de vie possible tout au long de sa maladie, en contrôlant ses symptômes, en prévenant et/ou stabilisant les lésions structurales et le handicap, et en lui permettant de mener une vie sociale et professionnelle la plus normale possible.

Une décision médicale partagée

Dans tous les cas, le choix de l'objectif thérapeutique doit faire l'objet d'une décision partagée entre vous et votre rhumatologue. Un projet thérapeutique sera établi avec l'équipe soignante en prenant en compte votre profil dans sa globalité incluant la prise de traitements antérieurs mais aussi de vos priorités et préférences. Cette décision partagée est un processus au cours duquel médecin et patient échangent des informations en toute transparence et sincérité pour prendre, ensemble, la décision la plus adaptée.

Ce choix thérapeutique et son adaptation au cours de l'évolution de la PR doivent intégrer différents facteurs en plus de la mesure de l'activité de la PR, comme la progression structurale, les maladies associées, la tolérance des traitements, l'adhésion du patient *(recommandation de la Société Française de Rhumatologie, SFR)*.

Un suivi rapproché :

Ce projet thérapeutique est basé sur la mise en place d'un suivi rapproché dont l'objectif thérapeutique est la rémission clinique ou à défaut la faible activité de la maladie. Ce suivi sera ajusté si nécessaire. En effet, un suivi rapproché basé sur un critère composite d'activité tel que le DAS28, avec une adaptation si l'on est pas à l'objectif. permet d'obtenir plus rapidement et plus fréquemment la rémission clinique. Ainsi, il est recommandé d'avoir un suivi tous les 1 à 3 mois (plutôt mensuel en cas de fort niveau d'activité) jusqu'à l'obtention d'une rémission (ou du faible niveau d'activité) prolongée, c'est-à-dire confirmée à 6 mois. Le suivi pourra ensuite être espacé à tous les 6 mois.

LE CRITÈRE COMPOSITE D'ACTIVITÉ

Un score composite en médecine est un outil d'évaluation qui combine plusieurs mesures cliniques en un seul chiffre global, afin de mieux évaluer la gravité ou l'évolution d'une maladie. Le DAS28 (Disease Activity Score à 28 articulations) est un exemple utilisé en rhumatologie pour évaluer l'activité de la polyarthrite rhumatoïde. Ce score prend en compte le nombre d'articulations douloureuses et gonflées, la vitesse de sédimentation ou la protéine C-réactive (marqueurs d'inflammation), ainsi qu'une évaluation globale de l'état de santé par le patient. Un score plus élevé reflète une plus grande activité de la maladie.

A ce jour, les stratégies qui permettent de vous prendre en charge sont bien définies en fonction de votre profil et de la sévérité de votre maladie. Les sociétés savantes (Société Française de Rhumatologie (SFR), Alliance Européenne des associations de Rhumatologie (EULAR), le Collègue Américain de Rhumatologie (ACR)), et les autorités de santé (EMA, HAS, ANSM...)* travaillent ensemble et émettent des recommandations de prise en charge. Ces stratégies sont précises et incontournables ; elles évoluent aussi en fonction des données scientifiques et des nouveaux médicaments disponibles, pour une prise en charge actualisée de chaque patient atteint de PR, en pratique courante.

**EMA : European Medecines Agency (Europe) / Comité d'évaluation du risque des médicaments au sein de l'agence européenne du médicament.*
***HAS** : Haute Autorité de Santé (France)*
***ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament (France)*

Les traitements de fond
DE LA PR

La PR est une maladie auto-immune (une maladie qui résulte d'un dysfonctionnement de son propre système immunitaire et qui conduit ce dernier à s'attaquer à son propre organisme), comme en atteste la présence de différents types d'auto-anticorps (facteurs rhumatoïdes, anti-peptides citrullinés (ACPA)).

Pour lutter contre la PR, la stratégie de prise en charge médicamenteuse consiste à proposer des traitements adaptés qui régulent ce dysfonctionnement (réponse immunitaire excessive) responsable des lésions inflammatoires, afin de contrôler l'activité et l'évolution de la maladie.

Cette prise en charge médicamenteuse est constituée d'un ensemble de médicaments qui permettent de bloquer ou de ralentir l'évolution de la maladie. Ils ont chacun des mécanismes d'action différents.

Les bénéfices se mesurent souvent après quelques semaines. Si après 3 à 6 mois de prise en charge vous ressentez une amélioration insuffisante, votre rhumatologue vous proposera de réajuster le traitement.

CES TRAITEMENTS DE FOND

(ou Disease-Modifying Anti Rheumatic Drugs = DMARDs) sont de 3 classes :

1

les traitements de fond synthétiques conventionnels
(méthotrexate, léflunomide, sulfasalazine *(voire l'hydroxychloroquine)*) = csDMARDs

2

les traitements ciblés biologiques
(anti-TNF, abatacept, anti-IL6, rituximab) = bDMARDs

3

les traitements ciblés synthétiques
(anti-JAK : Baricitinib, Filgotinib, Tofacitinib, Upadacitinib) = tsDMARDs

1 Les traitements de fond synthétiques conventionnels (csDMARDs)

Ces médicaments sont le méthotrexate, la sulfasalazine, le léflunomide,
(voire l'hydroxychloroquine).

Ce sont des immunomodulateurs (ils modifient la réponse immunitaire de l'organisme), des molécules efficaces et utilisées depuis de nombreuses années. Elles gardent une place importante dans le traitement de la PR même avec l'arrivée des traitements ciblés. Ces médicaments, notamment le méthotrexate et le léflunomide, augmentent sensiblement le risque infectieux.

(nous reviendrons sur ce point dans l'article ! 5 « Quelle tolérance et quels risques infectieux avec les traitements de la PR ? »).

Le méthotrexate :

- c'est le traitement de 1ère ligne (que l'on débute en premier) chez les patients qui ont une PR active avec une posologie initiale d'au moins 10mg par semaine et une posologie optimale (15 à 25 mg par semaine) atteinte au maximum en 4 à 8 semaines (recommandation de la SFR) . Il est utilisé depuis les années 80 en rhumatologie, ce qui représente une très grande expérience de ce traitement
- pour une PR débutante, le méthotrexate associé à une corticothérapie (prise de cortisone) de courte durée reste une référence. Les traitements ciblés ne sont pas préconisés (recommandation EULAR)
- il permet de construire de nombreuses stratégies thérapeutiques, en association avec d'autres traitements conventionnels ou avec des traitements ciblés, biologiques ou synthétiques
- plus de 50 % des patients poursuivent le méthotrexate au-delà de 3 à 5 ans, ce qui témoigne d'un rapport bénéfice/risque supérieur à celui de tout autre médicament de fond classique
- Il peut être remplacé, en cas de contre-indication ou d'intolérance précoce, par le léflunomide ou la sulfasalazine (recommandation de la SFR et de l'EULAR)
- de l'acide folique (vitamine B9, par exemple Speciafoldine) vous est prescrit à prendre 24 à 48 heures après la prise de méthotrexate car il permet de limiter les éventuels effets indésirables (le plus souvent nausées et perte modérée de cheveux). Important : Ne pas le prendre le même jour que le méthotrexate au risque de diminuer l'efficacité de ce dernier.

Pour plus d'information vous pouvez consulter le document
« vrai ou faux sur le méthotrexate » dans la rubrique « traitements »
sur le site de l'Andar **https://www.polyarthrite-andar.org/**

Le léflunomide :

- son efficacité est similaire au méthotrexate.
  Son association avec le méthotrexate est déconseillée.
  Il est prescrit à la posologie de 20mg/j, qui peut être réduit à 10mg/j si effet indésirable.

La sulfasalazine :

- c'est un médicament prescrit en cas de contre-indication ou d'intolérance au méthotrexate selon la Haute Autorité de Santé (HAS).

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/traitements_fond_pr_sapub.pdf

Il est prescrit à la posologie de 2g en 2 prises par jour.

L'hydroxychloroquine :

- c'est une molécule qui a fait couler beaucoup d'encre lors de l'épidémie de COVID-19 ! Elle est utilisée pour prévenir et traiter les crises de paludisme.

En ce qui concerne la PR, elle réduit modérément les symptômes mais elle n'a pas d'impact sur la destruction articulaire et n'est pas considérée comme un véritable traitement de fond, capable de contrôler l'évolution de la maladie. Elle est utilisée à ce jour pour des formes bénignes et peu actives ou en association avec le méthotrexate ou la sulfasalazine.

Elle est prescrite à la posologie de 5 à 6 mg/kg/j qui devra être réduite en cas d'insuffisance rénale. L'effet est maximal au 6ème mois.

Elle est prescrite au second plan éventuellement lors d'associations pour des raisons de tolérance et ne doit plus être utilisée en monothérapie dans la PR.

BON À SAVOIR !

Ces traitements dits conventionnels (csDMARDs) sont efficaces, connus, possèdent un bon rapport efficacité/tolérance et même avec le développement des nouvelles molécules ciblées, ils gardent, notamment le méthotréxate, une place de choix dans la prise en charge de la PR.

POUR MIEUX COMPRENDRE

L'association d'un traitement conventionnel, en général du méthotrexate, avec un traitement biologique est plus efficace car il potentialise l'action des biothérapies, améliorant ainsi la réponse immunitaire.

Même si le csDMARD seul n'a pas été suffisamment efficace, il reste bénéfique en combinaison, car il peut réduire la production d'anticorps contre le traitement biologique, augmentant ainsi sa tolérance et son efficacité.

2 Les traitements ciblés biologiques (bDMARDs)

Ce sont des traitements que l'on dit de 2ème ligne. Ces biothérapies sont prescrites si vous n'avez pas eu d'amélioration à 3 mois ou si l'objectif fixé avec votre rhumatologue (rémission ou faible activité), n'est pas atteint à 6 mois avec un traitement conventionnel synthétique de première ligne.

Ce sont des médicaments biologiques très sophistiqués : la matière première est une source biologique, c'est-à-dire des substances issues du vivant (de microorganismes). Il s'agit de structures moléculaires complexes, impossibles à obtenir par la chimie de synthèse. Ils ciblent des mécanismes pathologiques très précis dans l'organisme.

Ils agissent sur les cellules de notre immunité (Lymhocytes notamment) ou sur certaines molécules inflammatoires (TNF, IL6) et font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique de la PR. Ils offrent la possibilité d'une alternative thérapeutique en cas d'échec aux traitements conventionnels synthétiques afin de permettre l'obtention de la rémission et le sevrage à la cortisone.

Les agents biologiques anti-TNF

(adalimumab, certozulimab pegol, , étanercept, golimumab, infliximab)

- Ils bloquent l'action d'une substance produite par les cellules de l'immunité (le Tumor Necrosis Factor ou TNF) qui joue un rôle central dans la progression de la polyarthrite rhumatoïde
- Ils sont prescrits, en association avec le méthotrexate ou un autre traitement de fond conventionnel, quand la PR est sévère ou lorsqu'elle continue à progresser malgré un traitement de fond conventionnel.

Les Inhibiteurs d'InterLeukines (IL)

Les anti-IL-6 (Tocilizumab, Sarilumab)

- Ce sont des anticorps monoclonaux qui se lient aux récepteurs de l'interleukine 6, une protéine jouant un rôle important dans l'inflammation et que l'on retrouve à des taux élevés chez les personnes atteintes de PR
- Ils sont prescrits en association au méthotrexate, dans le traitement de la PR active modérée à sévère, en cas d'intolérance ou de réponse inadéquate à un traitement conventionnel.

Les anti-IL-1

L'Anakinra est un anti-IL1 dans le traitement de fond de la PR. Son utilisation dans la PR est actuellement anecdotique du fait de son efficacité limitée.

Les médicaments anti-lymphocytes

L'abatacept

- Il s'agit d'une protéine qui a une action ciblée sur l'activation des lymphocytes T
- Il est prescrit, en association au méthotrexate, dans le traitement de la PR en cas de réponse insuffisante à un traitement de fond conventionnels. (indication similaire aux anti-TNF et aux anti-IL6)

Le rituximab

- Il s'agit d'un anticorps monoclonal qui a une action inhibitrice sur les lymphocytes B
- Il est indiqué uniquement en 3ème ligne, en l'absence d'une réponse adéquate ou d'une intolérance à au moins 1 anti-TNF

C'est quoi un médicament GÉNÉRIQUE ?

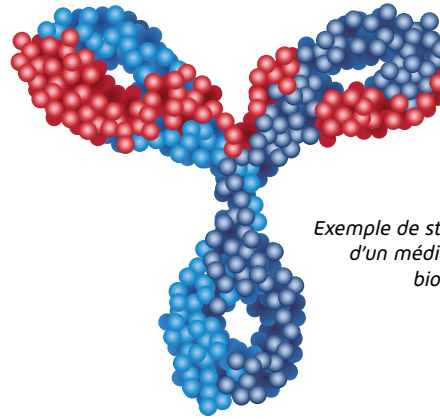
C'est un médicament dont la substance active est rigoureusement la même que dans le médicament de référence, seuls les excipients peuvent varier. Il est issu de la synthèse chimique. Par exemple le paracétamol (Doliprane, Efferalgan, Dafalgan...) ou l'acide acétylsalicylique (Aspirine, Aspégic)



Exemple de médicament issu de la synthèse chimique

C'est quoi un médicament BIOSIMILAIRE (BS) ?

Il s'agit d'une version similaire, mais non identique, d'un médicament biologique de référence (BR). Contrairement aux génériques, les biothérapies ont des structures tridimensionnelles (3D) complexes, influencées par le type de cellules utilisées pour produire la biothérapie (souvent une protéine) et les conditions de production. Ces variations peuvent entraîner de légères différences dans la structure finale, mais cela n'affecte ni l'efficacité ni la tolérance, qui restent comparables au produit d'origine.



Exemple de structure d'un médicament biologique

c'est quoi
L'INTERCHANGEABILITÉ ?

L'interchangeabilité est le remplacement proposé par le médecin de votre notre traitement biologique habituel par un biosimilaire Cette étape devenue courante peut tout de même engendrer des craintes que le biosimilaire puisse entrainer des effets négatifs et une moindre efficacité. N'hésitez pas à en parler avec votre rhumatologue pour lever les doutes et garder confiance en votre traitement.

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) estime qu'une interchangeabilité peut être envisagée par le médecin sous certaines conditions : accord du patient, surveillance clinique et traçabilité du produit.

c'est quoi
LA SUBSTITUTION ?

Contrairement à l'interchangeabilité, la substitution est un acte réalisé par le pharmacien d'officine. La substitution se fait sous réserve de la non-opposition du médecin prescripteur.

A ce jour l'article L.5125-23-2 du Code de la santé publique autorise le pharmacien à substituer un médicament biosimilaire au médicament biologique prescrit par le médecin, uniquement pour les molécules Filgrastim et Pegfilgrastim.

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2024 introduit un cadre spécifique pour la substitution des médicaments biologiques par des biosimilaires en pharmacie. Selon l'article 54, un pharmacien pourra substituer un médicament biologique par un biosimilaire du même groupe deux ans après son inscription au remboursement, à moins qu'un avis contraire ne soit émis par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Ce délai est conçu pour garantir la sécurité du traitement avant la substitution automatique.

3 Les traitements ciblés synthétiques (tsDMARDs)

Il s'agit de la classe des inhibiteurs des Janus kinases, les Anti-JAK (Baricitinib, Filgotinib, Tofacitinib, Upadacitinib) :

- ils ciblent des enzymes que l'on nomme les « Janus Kinases ». Elles ont un rôle majeur dans la production de cytokines intervenant dans le processus de l'inflammation et aussi celui de l'immunité
- ils sont indiqués en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance aux traitements de fond conventionnels, mais sont habituellement prescrits après échec d'un anti-TNF. Ils peuvent être utilisés seuls ou préférentiellement en association avec le méthotrexate
  - La FDA* recommande d'utiliser les anti-JAK pour les patients PR ayant eu une réponse inadéquate ou une intolérance à au moins 1 anti-TNF

** La FDA (Food and Drug Administration) est l'agence américaine chargée de la régulation des aliments, des médicaments, des dispositifs médicaux, des produits biologiques et cosmétiques, ainsi que de la sécurité de la santé publique aux États-Unis.*

- un traitement par anti-JAK peut être envisagé après avoir éliminé des facteurs de risques de complications (âge >65 ans, tabagisme, problème cardiovasculaire ou thromboembolique, cancer).

BON À SAVOIR !

LA SFR RECOMMANDE :

Toutes les thérapeutiques ciblées (biologiques ou synthétiques) doivent être utilisées de préférence en association avec le méthotrexate (même si le méthotrexate ne s'est pas montré assez efficace seul ; son association en augmente l'efficacité).

Si vous êtes en échec d'une première thérapeutique ciblée (biologique ou synthétique) vous pouvez être traité par une autre thérapeutique ciblée.

Si vous êtes en rémission persistante (maintien de la rémission sur une période d'au moins 6 mois)et après réduction des corticoïdes, une décroissance de la thérapeutique ciblée (biologique ou synthétique) et/ou du traitement conventionnel peut être envisagée.

Si vous êtes en rémission persistante prolongée, le suivi pourra ensuite être espacé tous les 6 mois.

Selon les recommandations des experts, des sociétés savantes et des autorités de santé, les traitements ciblés sont à peu près égaux en terme d'efficacité. Le choix se fera sur le profil du patient : un projet de grossesse, des antécédents infectieux ou de cancers...

!

les bDMARDs et les tDMARDs augmentent sensiblement le risque infectieux qu'il faut prévenir par notamment l'information, la vaccination ;

Vous trouverez des renseignements à ce sujet dans l'article ! 5 « Quelle tolérance et quel risques infectieux avec les traitements de la PR ? » réalisé par l'Andar.

L'utilisation de corticoïdes
DANS LE TRAITEMENT DE LA PR

L'histoire des corticoïdes débute en 1948, avec presque 80 ans d'utilisation, ils sont bien connus du monde médical.

Ce sont des anti-inflammatoires de la famille de la cortisone.

Leur rapidité d'action et leur efficacité expliquent pourquoi ils sont prescrits aux patients dont la PR est active dès les premiers mois de la maladie, lors de changements de traitement de fond, lors de poussées, et lors d'infiltrations intra-articulaires.

Dans l'attente de l'efficacité d'un traitement de fond synthétique conventionnel (cDMARD), une corticothérapie orale ou injectable peut être proposée en respectant une dose cumulée faible, si possible sur une période maximale de 6 mois. La corticothérapie sera diminuée et arrêtée aussi rapidement que possible (recommandation SFR)

La fréquence et la sévérité des effets indésirables (EI) obligent le médecin à les prescrire de façon raisonnée. Les effets sont nombreux et pour certains favorisés par la dose et la durée d'utilisation :

- EI précoces et rarement évitables : troubles de l'humeur, prise de poids
- EI fréquents quand il y a des facteurs de risque associés : hypertension artérielle, diabète de type 2, cholestérol, acné…
- EI d'autant plus fréquents que les posologies sont élevées : infections bactériennes, virales ou fongiques, myopathie…
- Cataracte
- Attention à ne pas sous-estimer le risque d'ostéoporose qui est élevé. Il est important de mettre en place un suivi de la densité osseuse et éventuellement une prise en charge spécifique (Vitamine D, calcium, biphosphonate). Cette prise en charge devrait être systématique chez une femme ménopausée qui est atteinte de PR.

BON À SAVOIR !

Les corticoïdes gardent un intérêt dans les formes actives de la PR, notamment au début de la maladie. Néanmoins ils doivent être utilisés à la dose la plus faible possible et sur la durée la plus courte possible.

Les traitements
LOCAUX

Ils peuvent être temporairement une solution pour lutter contre l'inflammation donc la douleur et éviter une augmentation de doses de traitements.

Dans ce contexte, le patient peur avoir recours à :

- des injections intra-articulaires - c'est-à-dire dans ou autour de l'articulation- de corticoïdes qui sont très efficaces immédiatement sur la douleur et l'inflammation mais l'effet peut n'être que temporaire.
- des synoviorthèses qui sont des injections dans l'articulation d'un produit qui agit sur la synoviale (membrane tapissant la face interne de la capsule des articulations mobiles). Elles sont généralement pratiquées pour prolonger durablement l'effet des corticoïdes.

Pensez Hiboot+

Une application qui sera votre compagnon au quotidien pour vous aider avec les traitements de votre PR

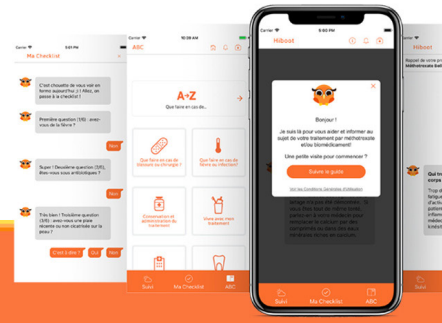
NOUVEAU !

L'appli **Hiboot**, votre compagnon au quotidien pour le **méthotrexate** et les **biothérapies** !

Société Française de Rhumatologie

Hiboot

Parlez-en à votre médecin!



Pour plus d'information, vous pouvez consulter des documents réalisés par l'Andar :

1. **certains numéros de la collection** articule ! :

- Qu'est-ce que la PR - articule ! 1
- Comment gérer ma douleur avec la PR ?
  (Traitements symptomatiques (AINS et ANTALGIQUES) de la PR) - articule ! 2
- Quelle tolérance et quels risques infectieux avec les traitements de la PR ? - articule ! 5
- Bien vivre avec les traitements de la PR – articule ! 6
- Quels traitements non médicamenteux pour la PR ? - articule ! 7
- Quelles aides techniques pour une PR ? - articule ! 8
- Quelle chirurgie pour l'articulation d'une PR ? – articule ! 9

2. **la liste des traitements médicamenteux (molécules, nom des médicaments, voies d'administration) potentiellement utilisés dans la prise en charge de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR) sur le site de l'Andar :** https://www.polyarthrite-andar.org/

Références

1. La polyarthrite rhumatoïde. Coordonnée par Pr Bernard Combe. Editions Edimark 2023
2. Fautrel B et al. 2024 update of the recommendations of the French Society of Rheumatology for the diagnosis and management of patients with rheumatoid arthritis. Joint Bone Spine. 2024 Dec;91(6):105790
3. Article L.5121-1, 14° du code de la Santé publique (CSP)
4. https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/notre-perimetre/les-medicaments/p/medicaments-biosimilaires
5. https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/
6. amelie.fr

Nous remercions :

Akima, Alain, André, Anne-Sophie, Annie, Antoine, Astrid, Audrey, Camille, Chantal, Christian, Christiane, Damien, Danielle, Delphine, Dimitri, Dominique, Eliane, Élisabeth, François, Françoise, Géraldine, Gérard, Ghislaine, Hippolyte, Jean Pierre, Jocelyne, Joëlle, Karim, Lucie, Lydia, Madeline, Marie, Marie-Claire, Marie-Pierre, Micheline, Mireille, Nicole, Pascale, Pascal, Régine, Roger, Rosalinde, Sofia, Sophie,
qui ont contribué à la réalisation de la collection "Articule"

Le Dr Catherine Beauvais, pour la validation de la collection complète initiale,
Laurent Audouin, pour l'aimable autorisation d'utilisation de ses dessins,
David-Romain Bertholon, pour sa complicité depuis la création de la collection,
Le laboratoire MSD, pour son soutien institutionnel,
Eric Jehanno, pour la créa,
Catherine Pécout, pour la coordination de la mise à jour,
Danielle Vacher et Sonia Tropé, pour les relectures et validations.

articule !

Nous voulons informer les personnes qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde, et leurs proches, et les aider à mieux comprendre et s'orienter. Nous souhaitons encourager le dialogue avec les soignants, optimiser la prise en charge de chaque personne atteinte, dédramatiser la maladie, mieux vivre avec…

Ces brochures ont été réalisées par des bénévoles de l'association ANDAR directement concernés par la polyarthrite rhumatoïde.

Nous avons choisi le titre articule ! en clin d'œil à notre volonté d'être clair avec les difficultés ressenties par les personnes qui souffrent de cette maladie qui touche les articulations et de les aider à les exprimer.

Pour cet articule ! 4 nous remercions le Pr Bernard Combe, rhumatologue au CHU de Lapeyronie à Montpellier, de nous avoir fait bénéficier de son expertise. Vous y trouverez également nos témoignages et nos expériences. Ils peuvent vous être utiles à vous rassurer, vous orienter, et vous aider à faire des choix.



L'Association Nationale de Défense contre la polyArthrite Rhumatoïde a été créée en 1984 par des malades. Elle rassemble près de 4000 adhérents en France. De nombreuses antennes régionales sont là pour vous apporter soutien, écoute et conseil.

andar
Association nationale de défense contre la polyarthrite rhumatoïde

N° Vert 0 800 001 159
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

149, avenue du Maine, 75014 PARIS
andar@polyarthrite-andar.com

ANDAR
association_andar
ANDAR
association_andar
Polyarthrite Andar

ANDAR
polyarthrite-andar.org

ALD-Travail
ald-travail.fr

PRsonne n'en parle
prsonne-n-en-parle.org

Ma formation sur la PR
maformationsurlapr.org

PR qui roule
prquiroule.com

Mieux vivre ma PR
mieux-vivre-ma-pr.com

Zen avec ma maladie
zen-avec-ma-maladie.fr

Polyar'Trottons
polyartrottons.org

Agréée pour représenter les usagers du système de santé. Reconnue d'utilité publique.