



Valeur de la rémission dans les rhumatismes inflammatoires

Registre des données probantes

Mise à jour de 2025.



**Global
Remission
Coalition**



À propos

Ce registre des données probantes reprend de récentes recherches sur les rhumatismes inflammatoires et résume l'intérêt de la rémission.

Ce document complète et illustre le rapport de Global Alliance for Patient Access intitulé *The Value of Achieving Remission in Inflammatory Rheumatic Conditions* (Valeur de la rémission dans les rhumatismes inflammatoires) (avril 2024) et constitue une mise à jour de la version parallèle de juin 2024.

Rémission	4
Prévalence	8
Impact	10
Agir tôt	13
Bénéfices de la rémission	15
Des solutions qui ont fait leurs preuves	25

Global Alliance for Patient Access s'est associée à Patvocates pour compiler les recherches présentées dans ce registre.

Les nouvelles informations contenues dans l'édition 2025 du registre des données probantes ont pour objet de :



Mieux comprendre la rémission—Ce qu'elle signifie réellement pour les patients, sa capacité à favoriser l'épanouissement, et comment l'évolution des protocoles de soins devrait refléter toujours plus les perspectives du patient et appuyer l'accès à plusieurs types de médicaments en cas de besoin.



Mieux éclairer l'impact toutes tranches d'âge confondues, sachant que la polyarthrite rhumatoïde et la goutte touchent de plus en plus d'adolescents et de jeunes adultes, avec des conséquences à long terme si on ne les traite pas suffisamment tôt.



Mettre en lumière le lien entre les affections rhumatismales et les troubles musculosquelettiques (TMS)* et la douleur chronique, en soulignant les vastes effets à long terme de la douleur chronique sur les personnes et sur la société.



Souligner l'importance d'agir tôt sur le lieu de travail, y compris les stratégies de retour au travail structurées pour éviter la transition vers le statut de chômeur de longue durée et la dépendance aux prestations de maladie ou d'invalidité.

*Dans le cadre de ce registre de données probantes, les troubles musculosquelettiques englobent les rhumatismes inflammatoires.





Rémission

Qu'entend-on par rémission ?

La rémission est la disparition de l'activité (signes et symptômes) d'une maladie : « **Disparition de l'activité de la maladie** ». ¹ Les rhumatologues auraient trop souvent tendance à voir la rémission ou la faible activité de la maladie (LDA) comme de simples résultats d'analyses de sang, d'IRM et de scores inflammatoires, selon les critères de rémission de l'ACR/EULAR. ² Pour les patients, la rémission veut dire bien plus. Les personnes en rémission vivent en fait une **véritable transformation de leur quotidien** : moins de douleur, moins de fatigue et la reprise des activités habituelles. La rémission peut déclencher une chaîne de changements positifs :

- **Moins de douleur** signifie plus de liberté de mouvement, avec à la clé une meilleure condition physique
- **Une meilleure condition physique** permet davantage d'activités et de réalisations au quotidien
- Ces **réalisations** suscitent un sentiment de réussite et renforcent la confiance en soi
- La **confiance** favorise l'interaction sociale, les chances de trouver un emploi et les bons résultats au travail
- Une **vie sociale** et l'emploi stimulent l'autonomie, l'indépendance, la stabilité financière et la santé mentale
- Tout cela conduit à une **vie plus épanouie et de meilleure qualité** ³

OMERACT a œuvré pour définir et mesurer la rémission du point de vue du patient. Ils ont identifié trois domaines clés : **douleur, fatigue et indépendance**. L'indépendance est difficile à mesurer. La plupart des outils portent surtout sur la fonction physique, qui n'est qu'un aspect de l'indépendance. Les patients décrivent l'indépendance à travers quatre thèmes principaux :

- Retour à l'état d'avant leur maladie rhumatismale
- Être apte sur les plans physique et fonctionnel
- Sentiment de liberté sans l'aide de quiconque
- Avoir la maîtrise et pouvoir organiser sa vie

Ces objectifs peuvent se résumer comme suit : « Pouvoir faire ce que vous voulez, quand vous voulez, comme vous voulez », et « On en oublierait presque que vous êtes malade ». ^{4,5,6} La douleur, la fatigue et la perte d'indépendance ont un tel effet néfaste que chaque patient devrait avoir le droit à la rémission.



Chaque patient devrait avoir le droit à la rémission.

1 OMERACT. Remission in RA Patient Perspective Overview Video. <https://omeract.org/working-groups/remission-in-ra-pt-perspective/>

2 Felson et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. *Ann Rheum Dis*. 2011. PMID: 21292833

3 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, April 3, 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

4 OMERACT. Remission in RA Patient Perspective Overview Video. <https://omeract.org/working-groups/remission-in-ra-pt-perspective/>

5 Khoo et al. Defining independence: A scoping review by the OMERACT patient perspective of remission in rheumatoid arthritis group. *Semin Arthritis Rheum*. 2023 Feb;58:152152.

6 Flurey et al. "It means almost forgetting that you've got a disease": An OMERACT study to define independence in the context of rheumatoid arthritis remission from the patient perspective. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 68 (2024) 152526.

Accès équitable à toute la gamme d'options de traitement

Les recommandations de traitement de l'EULAR pour la **polyarthrite rhumatoïde (PR)**¹ et le **rhumatisme psoriasique (RP)**² ont évolué pour inclure à la fois les **perspectives du patient et celles de la société.**

Par exemple :

Principe général D pour le RP :

L'objectif premier du traitement des patients atteints de RP est de maximiser la qualité de vie liée à la santé par le contrôle des symptômes, la prévention des lésions structurelles, la normalisation de la fonction et la participation sociale ; l'arrêt de l'inflammation est un élément important pour atteindre ces objectifs (inchangés).²

Principe général E pour la PR :

La PR induit d'importants coûts individuels, médicaux et sociétaux, dont il faut tenir compte dans la prise en charge par le rhumatologue traitant.¹



1 Smolen et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. doi:10.1136/ard-2022-223356.

2 Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. Ann Rheum Dis 2024;83:706–719.

En accord avec ces principes, les recommandations soulignent l'importance de la rémission : le traitement doit avoir pour objectif la rémission ou, si cela n'est pas possible pour le patient, une faible activité de la maladie, en procédant à une évaluation régulière de l'activité de la maladie et un ajustement adéquat.¹ La PR et le RP pouvant varier énormément d'une personne à l'autre, les patients doivent avoir **accès à plusieurs types de médicaments** dotés de mécanismes d'action différents. Au fil du temps, ils devront également changer de traitement (principe D pour la PR²).

Les deux séries de recommandations demandent une intensification de la recherche sur le changement de traitement. Concernant le rhumatisme psoriasique, on recommande de changer de médicament biologique (bDMARD – antirhumatismal modificateur de la maladie biologique) ou de DMARD de synthèse ciblé (tsDMARD) en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance. Cela comprend un changement dans la même classe de médicaments.¹

Selon de nouvelles données, le **changement entre classes de médicaments** (ex. le passage d'un inhibiteur du TNF à un inhibiteur de JAK) conduirait à de meilleurs résultats qu'un simple changement au sein de la même classe. L'expérience montre que les patients qui changent de classe de médicaments ont :

- 1,7 fois plus de chances de parvenir à une rémission
- 2,2 fois plus de chances de ne plus ressentir aucune douleur
- 1,8 fois plus de chances de mieux adhérer au traitement³

Chez les patients en rémission prolongée, on peut envisager une réduction de la dose de DMARD (appelée diminution progressive de la dose). Il s'agit d'abaisser la dose, et non pas d'arrêter complètement le médicament, l'arrêt pouvant donner lieu à des poussées.¹ Dans le cas de la PR, l'idée de devoir poursuivre les DMARD a été contestée. Cette opinion repose essentiellement sur des données de patients soignés avec des médicaments biologiques (bDMARD), groupe en général plus difficile à traiter et moins à même de parvenir à une rémission sans traitement. En revanche, pour les patients capables de se passer de médicaments biologiques, une rémission sans DMARD est possible. Des études montrent que 20 à 38 % de ces patients peuvent mettre un terme à leur traitement sans que la maladie refasse surface.^{4,5,6}

Une rémission
sans DMARD est
possible.



1 Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. *Ann Rheum Dis* 2024;83:706–719.
2 Smolen et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. doi:10.1136/ard-2022-223356.
3 Caporali et al. A Real-World Comparison of Clinical Effectiveness in Patients with Rheumatoid Arthritis Treated with Upadacitinib, Tumor Necrosis Factor Inhibitors, and Other Advanced Therapies After Switching from an Initial Tumor Necrosis Factor Inhibitor. *Adv Ther* (2024) 41:3706–3721.

4 Heutz et al. Sustained DMARD-free remission in subgroups of patients with rheumatoid arthritis: an analysis of two prospective cohorts with early arthritis. DOI: 10.1016/S2665-9913(24)00234-0.
5 Mulligen. Tapering conventional synthetic DMARDs towards sustained drug-free remission in rheumatoid arthritis. *Lancet Rheumatol*. 2024 May;6(5):e254–e255.
6 Kjørholt et al. Effects of tapering conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs to drug-free remission versus stable treatment in rheumatoid arthritis (ARCTIC REWIND): 3-year results from an open-label, randomised controlled, non-inferiority trial. *Lancet Rheumatol*. 2024 May;6(5):e268–e278.



Prévalence

Hausse sensible de la prévalence

Nous ne disposons pas de chiffres exacts concernant le nombre de personnes atteintes de **rhumatismes inflammatoires** dans le monde. Par contre, si l'on prend l'estimation la plus faible venue d'Allemagne et qu'on l'applique à la population adulte mondiale, le nombre de personnes touchées s'élèverait à environ **135 millions**.¹

Polyarthrite rhumatoïde (PR)

La PR est une maladie inflammatoire chronique qui touche essentiellement les articulations. Elle provoque douleurs, gonflements et raideurs dans les articulations et peut, au fil du temps, entraîner des lésions et déformations articulaires. La PR peut également toucher d'autres parties du corps, notamment la peau, les yeux, les poumons, les muscles, les nerfs et le cœur.

- Plus de **18 millions** de personnes dans le monde souffrent actuellement de PR^{2,3}
- La PR est **2 à 3 fois plus fréquente chez les femmes** que chez les hommes^{4,5}
- **D'ici à 2050**, le nombre de personnes atteintes de PR devrait atteindre **près de 32 millions**, soit une hausse de 80 %, selon l'étude Global Burden of Disease³
- Certaines régions prévoient une augmentation de plus de 200 % :
 - Afrique subsaharienne orientale, centrale et occidentale
 - Asie du Sud
 - Océanie
 - Afrique subsaharienne australe³

Spondylarthrite (SpA)

La spondylarthrite (SpA)* regroupe plusieurs maladies inflammatoires chroniques qui touchent essentiellement la colonne vertébrale et parfois d'autres articulations. Elle provoque douleur, fatigue, raideur et réduction de la mobilité. Elle peut atteindre d'autres parties du corps, comme les yeux, la peau et les intestins.

- La prévalence mondiale de la SpA est moins connue. On estime qu'elle varie de 0,20 % en Asie du Sud-Est à 1,61 % dans les régions de l'Arctique.
- Nombre estimé de personnes souffrant de SpA :
 - **13,1 millions** en **Asie de l'Est**
 - **4,5 millions** aux **États-Unis**
 - **4,0 millions** en **Europe**⁶

Selon ces estimations, environ **65 millions de personnes dans le monde** souffriraient de SpA, et selon les données sur la SpA axiale (axSpA), forme courante de SpA, le nombre pourrait être encore plus élevé. À peu près 1 personne sur 150 dans le monde souffre d'axSpA, soit quelques 50 millions de personnes. L'axSpA composant environ la moitié de tous les cas de SpA, le nombre total de personnes touchées pourrait **approcher les 100 millions**.⁷ Même dans les pays développés comme le Royaume-Uni, l'axSpA est sous-diagnostiquée ; le chiffre pourrait être plus du triple selon certaines études.⁸

*La SpA comprend la SpA axiale (axSpA), la SpA radiographique et non radiographique, la SpA entéropathique, la SpA périphérique, l'arthrite psoriasique et l'arthrite réactive. L'axSpA radiographique était autrefois appelée spondylarthrite ankylosante.

1 Albrecht et al. Systematic review to estimate the prevalence of inflammatory rheumatic diseases in Germany. *Z Rheumatol* 2024;83(Suppl1):S20–S30.

2 World Health Organization. Rheumatoid arthritis: key facts. 28 June 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>

3 GBD 2021 Rheumatoid Arthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(10):e594–e610.

4 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1316–22.

5 Gravallesse and Firestein. Rheumatoid Arthritis – Common Origins, Divergent Mechanisms. *N Engl J Med*. 2023 Feb 9;388(6):529–542.

6 Stolwijk C, et al. Global prevalence of spondyloarthritis: a systematic review and meta-regression analysis. *Arthritis Care Res*. 2016;68(9):1320–31

7 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

8 Hamilton et al. The prevalence of axial spondyloarthritis in the UK: a cross-sectional cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* (2015) 16:392.

A woman with dark curly hair in a bun is sitting on a bed in a bedroom. She is wearing a grey tank top and has a pained expression, holding her hands to her neck. The room has patterned bedding and curtains. A semi-transparent purple overlay covers the entire image. A white geometric shape, resembling a stylized house or a large letter 'A', is positioned on the left side of the image.

Impact

Les affections rhumatismales et les troubles musculosquelettiques sont invalidants

Un défi majeur pour la santé dans le monde

- Les rhumatismes inflammatoires font partie de la grande famille des troubles musculosquelettiques (TMS). **Les troubles musculosquelettiques touchent plus de 1,5 milliard de personnes** dans le monde et sont à l'origine de **150 millions d'années vécues avec un handicap**.¹
- Entre **2000 et 2015**, le fardeau mondial que représentent les troubles musculosquelettiques a fortement grimpé, passant de **80 millions à 108 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité**, selon une analyse systématique de la base de données de l'Organisation mondiale de la Santé sur le fardeau des maladies, qui concerne 183 pays.
- **En 2019, les troubles musculosquelettiques**, responsables de 17 % de toutes les années vécues avec un handicap, **sont devenus la principale cause d'invalidité dans le monde**.^{2,3}
- La hausse du fardeau frappe tout particulièrement les pays riches en raison du vieillissement des populations. Les pays à faible revenu

devraient connaître une évolution parallèle alors que les soins de santé s'améliorent et les risques liés au mode de vie, tels que le tabagisme, l'obésité et le manque d'activité physique, augmentent.⁴

Troubles musculosquelettiques et douleur chronique

- **85 % des cas de douleur chronique** sont liés aux troubles musculosquelettiques. La lutte contre les TMS implique donc de combattre la douleur chronique et son impact sur les personnes, les populations, le système de santé et l'économie.⁵
- L'impact de la douleur, facteur essentiel de la **santé psychosociale**⁶, est considérable, prédisant indépendamment l'**incapacité de travail**⁷ et étant lié à une **qualité de vie, un fonctionnement, une santé mentale, une fatigue et un bien-être** de piètre niveau.^{8,9,10,11,12}
- En Angleterre, plus de 15 millions de personnes (34 %) vivent avec des douleurs chroniques.¹³

1 WHO webinar series. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 1: Global burden of MSK conditions.

2 WHO webinar series. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 2: Life-course approach to addressing MSK conditions.

3 Vos, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1135–59

4 Sebbag E, et al. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(6):844–48.

5 WHO webinar series. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 3: Health promotion and prevention.

6 Courvoisier et al. Pain as an important predictor of psychosocial health in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Feb;64(2):190–6.

7 Wolfe and Hawley. The long-term outcomes of rheumatoid arthritis: Work disability: a prospective 18 year study of 823. *J Rheumatol*. 1998 Nov;25(11):2108–17.

8 Conaghan et al. Relationship of pain and fatigue with health-related quality of life and work in patients with psoriatic arthritis on TNFi: results of a multi-national real-world study. *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Jan 5;60(1):316–321.

9 Hirano et al. Determinants of the patient global assessment of well-being in early axial spondyloarthritis: 5-year longitudinal data from the DESIR cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Jan 5;60(1):316–321.

10 Euesden et al. The Relationship Between Mental Health, Disease Severity, and Genetic Risk for Depression in Early Rheumatoid Arthritis. *Psychosom Med*. 2017 Jul/Aug;79(6):638–645.

11 Pollard et al. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology (Oxford)*. 2006 Jul;45(7):885–9.

12 Scott et al. Pain management in people with inflammatory arthritis: British Society for Rheumatology guideline scope. *Rheumatology Advances in Practice*, Volume 8, Issue 4, 2024.

13 Ellis et al. Chronic Pain in England: Unseen, Unequal and Unfair. *Versus Arthritis*. <https://versusarthritis.org/media/23739/chronic-pain-report-june2021.pdf>

Toutes les tranches d'âge sont touchées

- Même si les troubles musculosquelettiques peuvent survenir à n'importe quel âge, y compris dans l'enfance, l'incidence commence de nettement grimper vers l'âge de 10 ans, et elle continue de progresser régulièrement tout au long de la vie. Il ne s'agit pas d'une maladie qui affecte uniquement les personnes âgées.¹
- En Angleterre et en Écosse, 2 % des enfants de moins de 16 ans souffrent d'un trouble musculosquelettique de longue durée^{2,3,4}
- Chez les adolescents et les jeunes adultes (15-39 ans), les troubles musculosquelettiques sont devenus la troisième cause d'espérance de vie corrigée de l'incapacité dans le monde, **avec une hausse de 39 % de la prévalence au cours des 30 dernières années**⁵
- Les maladies comme la polyarthrite rhumatoïde et la goutte sont de plus en plus fréquentes dans cette tranche d'âge⁵, avec un impact sur les événements importants de la vie tels que l'éducation, l'avancement professionnel, la formation de relations et la parentalité ; **limitant potentiellement les objectifs de vie des jeunes**



En Europe, d'ici à 2030, on pourrait diagnostiquer un trouble musculosquelettique chronique chez quelques **50 % des personnes** en âge de travailler

Impact dans l'Union européenne et au Royaume-Uni

- En Europe, d'ici à 2030, on pourrait diagnostiquer un **trouble musculosquelettique chronique** chez **quelques 50 % des personnes en âge de travailler**⁶
- **La moitié des absences au travail et 60 % des incapacités de travail permanentes** sont dues à des troubles musculosquelettiques⁷
- Au Royaume-Uni, les troubles musculosquelettiques sont l'une des principales causes d'invalidité.⁸
- Au Royaume-Uni, exemple de pays riche, les troubles musculosquelettiques font partie de la stratégie des pathologies majeures, qui met en avant le diagnostic précoce, l'intervention rapide et un traitement de qualité.⁸
- Dans le débat politique britannique, on reconnaît qu'outre l'impact sur les personnes, les troubles musculosquelettiques peuvent conduire au **chômage et à une paupérisation**, ainsi qu'à des coûts importants pour l'État sous la forme de dépenses de sécurité sociale et de dépenses de santé. **'C'est une question de vitalité économique'**.⁹

1 WHO webinar series. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 1: Global burden of MSK conditions.

2 Scottish Government. Scottish Health Survey 2021. <https://www.gov.scot/collections/scottish-health-survey/>

3 Moody, et al. Health Survey for England 2018: Longstanding conditions. 2019 Health and Social Care Information Centre. National Health System, United Kingdom.

4 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffkix/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

5 Guan, et al. Global burden and risk factors of musculoskeletal disorders among adolescents and young adults in 204 countries and territories, 1990-2019. Autoimmunity Reviews, Volume 22, Issue 8, 2023, 103361, ISSN 1568-9972.

6 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014;73(7):1316-22

7 Why early management of chronic disease in the EU workforce should be a priority: a call for action for the Latvian presidency of the EU & member states.

8 Department of Health & Social Care. Major conditions strategy: case for change and our strategic workforce. 21 Aug 2023. <https://www.gov.uk/government/publications/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework--2>

9 UK Parliament. Musculoskeletal conditions and employment. 10 Jan 2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>

The image shows two healthcare professionals, a woman on the left and a woman on the right, both wearing white scrubs. They are standing in a clinical or hospital setting, looking at a document or chart together. The woman on the left is pointing at the document, and the woman on the right is looking at it with a focused expression. The background is slightly blurred, showing what appears to be a hospital room with a whiteboard and some equipment. The entire image is overlaid with a semi-transparent blue filter. A large, light blue geometric shape, resembling a stylized 'A' or a large arrow, is positioned on the left side of the image, partially overlapping the text.

Agir Tôt

Il est crucial d'agir tôt pour prévenir l'invalidité de longue durée

- Pour prévenir les lésions irréversibles dues aux troubles musculosquelettiques inflammatoires, il faut agir tôt. En 2010, la PR a causé à elle seule **4,8 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité** dans le monde.¹
- Au Royaume-Uni, la PR représente plus de **50 000 années vécues avec un handicap**.²
- Les rhumatismes inflammatoires impactent à la fois la santé physique et mentale. Au Royaume-Uni, **une personne atteinte de PR sur 3** souffre de **problèmes de santé mentale** tels que l'anxiété ou la dépression, celle-ci étant 2 à 3 fois plus fréquente que dans la population générale.^{2,3,4}
- La PR accroît le risque de décès ; une étude menée aux États-Unis a montré une **surmortalité de 27 %**, même en tenant compte d'autres problèmes de santé.^{5,6}
- Grâce aux avancées thérapeutiques, les personnes atteintes de PR vivent aujourd'hui plus longtemps que jamais, mais souvent avec un handicap pendant de nombreuses années. En effet, la plupart des 4,8 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité sont dues aux années vécues avec un handicap, et non à un décès prématuré. Cela équivaut à **4 800 000 années de vie en bonne santé perdues**.¹
- Une intervention précoce est cruciale, mais trop peu de patients en sont conscients. Au Royaume-Uni, **50 % à 75 % des personnes atteintes de PR attendent plus de 3 mois** avant de consulter. Par la suite, les patients consultent leur médecin généraliste en moyenne 4 fois avant d'être adressés à un spécialiste. La **durée entre l'apparition des symptômes et le traitement** est en moyenne de **9 mois**.⁷
- L'**axSpA** étant une maladie profondément mal comprise et sous-estimée, il faut en moyenne **7,4 ans pour la diagnostiquer** – allant de 4,2 ans en Asie à 10,8 ans en Afrique du Sud. **Les femmes attendent 2 ans de plus que les hommes**. Pendant ce temps, les lésions s'accumulent et le pronostic de la personne s'aggrave considérablement. L'axSpA survenant souvent à la vingtaine, un diagnostic tardif peut se solder par une invalidité toute la vie durant largement évitable.^{8,9}



En 2010, la PR a causé à elle seule **4,8 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité** dans le monde.

1 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1316-22.

2 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffakiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

3 Marrie et al. Increased Burden of Psychiatric Disorders in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018 Jul;70(7):970-978.

4 Hoek et al. Long-term physical functioning and its association with somatic comorbidity and comorbid depression in patients with established rheumatoid arthritis: a longitudinal study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013 Jul;65(7):1157-65.

5 Gabriel SE, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis Rheum*. 2003;48(1):54-58.

6 Navarro-Cano G, et al. Association of mortality with disease severity in rheumatoid arthritis, independent of comorbidity. *Arthritis Rheum*. 2003;48(9):2425-33.

7 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

8 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

9 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, April 3, 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>



Bénéfices de la Rémission

L'obtention d'une rémission change la donne pour les patients et les systèmes de santé

L'approche des rhumatismes inflammatoires sous le seul prisme des troubles musculosquelettiques ne reflète pas complètement la situation des patients. Ces stratégies portent surtout sur des problèmes tels que les douleurs lombaires ou l'arthrose, en mettant l'accent sur la kinésithérapie, la chirurgie ou les aménagements sur le lieu de travail.

Actuellement, les soins dont bénéficient les personnes atteintes de PR sont insuffisants :

- Souvent, le traitement ne commence pas dans la fenêtre thérapeutique critique des 12 semaines¹
- Parmi ceux qui bénéficient d'un traitement, 70 % n'obtiennent pas de rémission²

Les perspectives sont pires pour la SpA :

- Malgré un diagnostic, qui peut souvent prendre jusqu'à 7 ans, 75 % des patients atteints d'axSpA déplorent un contrôle insuffisant de leur maladie (Score d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath, BASDAI ≥ 4), qui s'accompagnent d'une hausse significative des niveaux de douleur, de fatigue, de raideur et de difficulté à effectuer les tâches du quotidien.³
- Les personnes atteintes d'une maladie insuffisamment contrôlée souffrent en moyenne de 2,4 comorbidités, contre 1,4 chez les personnes dont la maladie est contrôlée.³

Pour les affections inflammatoires, l'objectif devrait être la prévention par un diagnostic précoce et une approche de « traitement visant la rémission ». La rémission change la donne à la fois pour les personnes et pour les systèmes de santé, et devrait donc être un objectif pour les responsables de la santé publique.



L'objectif devrait être la **prévention par un diagnostic précoce** et une approche de « traitement visant la rémission ».

- 1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>
- 2 Yu C, et al. Remission rate and predictors of remission in patients with rheumatoid arthritis under treat-to-target strategy in real-world studies: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rheumatol.* 2019;38(3):727-38.
- 3 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>



Bénéfices de la rémission



Productivité au travail

Gain de 37 à 75 %^{1,2,3}



Dépenses de santé

Économies de 19 à 52 %³



Amélioration des résultats

Meilleure santé physique, c.--à-d. moins de douleur et de fatigue, et amélioration de l'état de santé mentale^{1,4,5,6,7}

- 1 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther.* 2014;16(1):R56.
- 2 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port.* 2012;37(2):134-42.
- 3 Ostor AJ, et al. value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther.* 2022;39(1):75-93.
- 4 Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2013;65(10):1707-12.
- 5 Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol.* 2018;28(5):789-99.
- 6 Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2011;50(2):401-409.
- 7 Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med.* 2015;30(3):384-90.



BÉNÉFICE N° 1

La rémission permet aux personnes de travailler

L'un des bénéfices majeurs de la rémission est la façon dont elle améliore la **productivité au quotidien**.

Une fois débarrassées des effets invalidants des rhumatismes inflammatoires, les personnes peuvent prendre une part plus active sur le marché du travail. À l'inverse, les personnes qui n'obtiennent pas de rémission se retrouvent souvent prises au piège et n'ont pour perspectives que pensions d'invalidité et allocations chômage. Cela affecte non seulement leur autonomie financière, mais met également à rude épreuve les programmes d'aide publique.

La hausse du taux de rémission permet aux patients de mener une vie épanouie et productive sur le plan économique, avec des retombées positives autant pour les personnes que pour la société. Au Royaume-Uni, le National Audit Office a remarqué : « Tout retard dans le traitement (de la PR) nuit à la santé des patients, à leur qualité de vie et, les trois quarts des gens étant en âge de travailler au moment du diagnostic, à l'économie ».¹

Plusieurs facteurs permettent d'évaluer la productivité : **baisse de la productivité, journées de travail perdues et incapacité de travail**.

L'incapacité de travail, ou la retraite anticipée liée à la maladie, est le principal facteur de perte de productivité. L'évitement ou l'ajournement de la retraite anticipée permet donc de réaliser d'importantes économies en

termes de coûts. Plusieurs études ont quantifié les pertes de productivité associées aux rhumatismes inflammatoires :

- Un vaste examen du fardeau économique que représente la PR a révélé qu'en mesurant l'incapacité de travail plutôt que l'absentéisme pour cause de maladie, les coûts indirects (non médicaux) représentaient une part beaucoup plus importante des coûts totaux que les coûts directs (médicaux). Le solde des coûts directs/indirects variait de 15 %/85 % en Australie à 95 %/5 % en Italie, les différences étant dues en grande partie à la méthodologie plutôt qu'à la variation du monde réel.²
- Au Royaume-Uni, le coût des journées de travail perdues du fait de l'arthrose et de la PR a été estimé à 2,6 milliards de livres en 2017, avec une hausse prévue à 3,4 milliards de livres d'ici à 2030.³ Les personnes atteintes d'arthrite ont 20 % moins de chances d'occuper un emploi que les personnes sans la maladie.^{4,5}



Environ **1 personne sur 3** atteinte de PR cesse de travailler dans les 5 ans suivant le diagnostic.^{4,6}

1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2 Hsieh et al. Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review of literature in biologic era. *Ann Rheum Dis.* 2020 Jun;79(6):771-777.

3 UK Parliament. Musculoskeletal conditions and employment. 10 Jan 2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>

4 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffkix/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

5 Rajah et al. How does arthritis affect employment? Longitudinal evidence on 18,000 British adults with arthritis compared to matched controls. *Soc Sci Med.* 2023 Mar;321:115606.

6 Young et al. Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). *Ann Rheum Dis.* 2002 Apr;61(4):335-40.

- Toujours au Royaume-Uni, le total des coûts liés au travail de l'axSpA—retraite anticipée, absentéisme et présentéisme compris—est estimé à 11 943 livres par personne et par an.¹ La National Axial Spondyloarthritis Society a estimé qu'un patient de 26 ans qui attend 8,5 ans avant de se faire diagnostiquer pourrait **perdre environ 187 000 livres** au cours de sa vie, à cause notamment d'une réduction de sa durée d'activité.² Une étude montrait que 24 % des hommes atteints d'axSpA radiographique avaient pris une retraite anticipée et 45 % avaient opté pour des emplois moins exigeants sur le plan physique.^{1,3,4}
- Les personnes atteintes d'axSpA ont jusqu'à trois fois plus de chances de quitter le marché du travail que l'ensemble de la population.⁵ Près de la moitié (46 %) ont déclaré que l'axSpA avait influencé leur choix d'emploi, et 71 % ont signalé des difficultés à trouver un emploi en raison de leur maladie.⁶
- Une étude menée en Argentine a révélé que les **coûts indirects** liés aux journées de travail perdues étaient **2,3 fois plus élevés** chez les personnes atteintes de PR active que chez celles en rémission, sur la base du groupe ayant obtenu le meilleur score au questionnaire d'évaluation de l'état de santé comme indicateur de rémission.⁷
- Des études menées en Autriche et au Japon ont révélé que la baisse de productivité chez les patients atteints de PR en rémission était nettement plus faible que chez les patients dont la maladie était faiblement active ou modérément/très active.^{8,9}

Comparé à une personne non atteinte de PR :

- Une personne en rémission n'est que 8 à 12 % moins productive
- Les personnes dont la maladie est faiblement active sont 21 à 27 % moins productives
- Les personnes dont la maladie est modérément/très active sont 30 à 46 % moins productives^{8,9,10}

La rémission peut réduire considérablement les coûts indirects, y compris les pertes de productivité au travail :

- Au Portugal, la perte de productivité du travail annuelle—en termes de journées de travail perdues, y compris celles des membres de la famille—a été **réduite de 75 %** (passant de 540 € à 135 €).¹¹
- En Autriche, la rémission a été associée à une réduction des coûts indirects annuels qui sont passés de 14 273 € à 9 023 €. La retraite anticipée a été prise en compte, 34 % des participants retraités invoquant la PR comme motif.¹⁰

Revenons sur le point soulevé par le National Audit Office au Royaume-Uni : investir dans la santé, la prévention et la capacité génère un rendement positif et fait baisser les dépenses en aides sociales. L'argument est clair : 11 millions de livres investis dans la santé permettraient d'économiser 31 millions de livres en coûts de protection sociale. Pourtant, les problèmes de coordination interministérielle ont entravé l'action.¹²

1 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

2 NASS. Driving down diagnostic delay in axial SpA. First impact report of the Act on Axial SpA campaign. October 2022. <https://nass.co.uk/wp-content/uploads/2022/10/NASS-Impact-Report-DIGITAL-WEB-FRIENDLY-FINAL.pdf>

3 Strand and Singh. Patient Burden of Axial Spondyloarthritis. *J Clin Rheumatol*. 2017 Oct;23(7):383-391.

4 Cakar et al. Work disability in ankylosing spondylitis: differences among working and work-disabled patients. *Clin Rheumatol*. 2009 Nov;28(11):1309-14.

5 Martindale et al. The impact of ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis on work productivity. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015 Jun;29(3):512-23.

6 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

7 Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(3):532-40.

8 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75-93.

9 Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2017;44(8):1112-17.

10 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.

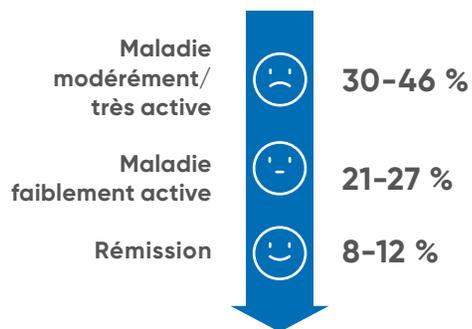
11 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port*. 2012;37(2):134-42.

12 Bevan S. Reducing temporary work absence through early intervention: the case of MSDs in the EU. *Fit for Work*. The Work Foundation (part of Lancaster University)

Impact annuel par personne sur la productivité

Présentisme et baisse de la productivité^{1,2,3}

'travailler en étant malade avec une moindre productivité'



Absentéisme et journées de travail perdues⁴

's'absenter fréquemment du travail'



Coûts de l'incapacité de travail et de la retraite anticipée¹

14 273 €
Sans rémission



1 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther.* 2022;39(1):75-93.
2 Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2017;44(8):1112-17.
3 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther.* 2014;16(1):R56.
4 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port.* 2012;37(2):134-42.

BÉNÉFICE N° 2

La rémission réduit les dépenses de santé

- Concernant les coûts médicaux et l'utilisation des ressources médicales, le contraste est saisissant entre les patients en rémission et les patients qui ne sont pas en rémission. La rémission peut donc alléger le fardeau sur les systèmes de santé déjà saturés. On voit ainsi que les soins de moindre qualité doivent être perçus comme inutiles.¹
- Dans les années qui ont suivi l'introduction des traitements biologiques pour la PR, on a pu observer une baisse significative des coûts hospitaliers et chirurgicaux, sur la base de 72 études menées dans 28 pays partout en Europe, en Amérique du Nord, en Asie, en Amérique latine et en Australasie. Alors qu'avant 2002, les soins hospitaliers contribuaient à 75 % aux coûts directs (c.-à-d. les coûts au sein du système de santé), des données plus récentes montrent que cette part a chuté entre 5 % et 45 %.
- Selon une revue récente portant sur la PR regroupant 16 études menées dans 12 pays sur 3 continents, les patients en rémission représenteraient des coûts médicaux directs systématiquement inférieurs et ils utiliseraient moins de ressources de santé que les patients qui ne sont pas en rémission.²
- La rémission a été associée à des économies de **19 à 52 % des coûts médicaux directs**.²
- Les coûts médicaux annuels médians chez les patients en rémission étaient de 2 464 € (allant de 821 € à 11 272 €), contre 4 717 € (allant de 1 042 € à 16 879 €) chez les patients qui ne sont pas en rémission.²
- Des économies associées à la rémission ont été rapportées comme étant de 285 € (20 %) par rapport à une maladie faiblement active, et de 3 804 € (51 %) par rapport à une maladie modérément/très active.²
- Comparé aux personnes dont la maladie est modérément/très active, les personnes en rémission avaient subi **64 % moins d'hospitalisations, 53 % moins de chirurgies articulaires et 24 % moins de radiographies**.³



La rémission peut alléger le fardeau sur les systèmes de santé déjà saturés.



Hospitalisations

64 % ↓
de réduction



Chirurgies articulaires

53 % ↓
de réduction



Radiographies

24 % ↓
de réduction

1 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, April 3, 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

2 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.

3 Boytsov N, et al. Increased healthcare resource utilization in higher disease activity levels in initiators of TNF inhibitors among US rheumatoid arthritis patients. Curr Med Res Opin. 2016;32(12):1959-67.

- Une étude menée en **Argentine** a révélé que les coûts hospitaliers des patients atteints de PR étaient 20 fois plus élevés chez les patients dont le score au questionnaire d'évaluation de la santé se situe entre 2,6 et 3,0 que chez les patients dont le score se situe entre 0,0 et 0,5, cette dernière plage pouvant être interprétée comme indicatrice de la rémission.¹
- En **Autriche**, les frais médicaux annuels étaient 20 % plus élevés chez les patients atteints de PR faiblement active, et 71 % plus élevés chez les patients dont la maladie est modérément/très active, comparé aux patients en rémission.²
- Une étude **colombienne** a révélé que les coûts médicaux directs étaient 2,1 fois plus élevés chez les patients atteints de PR sévère que chez les patients en rémission.³
- Une revue mondiale sur l'axSpA a révélé que chez les personnes dont la maladie était insuffisamment contrôlée (BASDAI \geq 4), le nombre des consultations était supérieur à 92 % chez le généraliste, à 71 % chez le kinésithérapeute et à 58 % chez le psychologue ou psychiatre, comparé aux personnes dont la maladie est contrôlée (BASDAI < 4).⁴
- Selon une analyse du registre **américain** du rhumatisme psoriasique (RP) et de l'axSpA radiographique, les patients dont la maladie n'est pas contrôlée auraient 3,0 (RP) à 7,7 (axSpA radiographique) fois plus de chances de nécessiter des soins hospitaliers que les patients dont la maladie est contrôlée.⁵
- Les coûts d'hospitalisation par patient et par an étaient 3,5 fois plus élevés chez les patients atteints de RP non contrôlé que chez les patients dont la maladie est contrôlée.⁵

- En **Europe centrale et orientale**, les patients atteints d'axSpA radiographique parvenus à une faible activité de la maladie après 12 mois ont connu une baisse allant jusqu'à 83 % du nombre et de la durée des hospitalisations, ainsi qu'une baisse du nombre de consultations chez leur professionnel de santé.⁶

Par ailleurs, notons que le reste à charge est important chez les personnes atteintes d'une maladie inflammatoire non contrôlée⁷ et qu'il peut représenter près de 20 % du revenu du foyer (États-Unis, 2009).⁸ La rémission permet donc de réduire les coûts médicaux directs, et aussi d'alléger considérablement la charge financière des ménages.

La rémission permet donc de réduire les coûts médicaux directs, et aussi **d'alléger considérablement** la charge financière des ménages.



1 Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):532-40.

2 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.

3 Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. Clinicoecon Outcomes Res. 2021;13:583-91.

4 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

5 Bergman MJ, et al. Clinical and economic benefit of achieving disease control in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: a retrospective analysis from the OMI Registry. Rheumatol Ther. 2023;10:187-99.

6 Opris-Belinski D, et al. Impact of adalimumab on clinical outcomes, healthcare resource utilization, and sick leave in patients with ankylosing spondylitis: an observational study from five Central and Eastern European countries. Drugs Context. 2018;7:212556.

7 UK Parliament. Musculoskeletal conditions and employment. 10 Jan 2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>

8 Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009;61:1563-70.

BÉNÉFICE N° 3

Amélioration des résultats

L'amélioration des résultats et de la fonction physique chez les patients en rémission se traduit par d'importants bénéfices pour les patients—même comparé aux patients dont la maladie est faiblement active.^{1,2,3}

- Les patients atteints de PR en rémission enregistrent de meilleurs scores aux deux questionnaires EQ-5D et SF-36 (bref questionnaire de santé en 36 items), qui évaluent la qualité de vie (QdV) dans différents domaines.⁴
- Plus précisément, la rémission est associée à une meilleure santé physique (ex. **douleur et fatigue** moindres^{2,5,6}), à un **meilleur bien-être mental** (ex. meilleure qualité de sommeil, moins de dépression et d'anxiété)^{5,6,7,8} et à une **productivité accrue au travail**.^{2,5,9}
- Une rémission précoce chez les patients atteints de PR soignés avec des DMARD synthétiques classiques (csDMARD) est liée à des avantages cliniques et fonctionnels.¹⁰ Même en prenant d'autres traitements ciblés (bDMARD ou tsDMARD), les patients ayant obtenu une rémission dans les 12 semaines (28 % des patients) ont ressenti moins de douleur et de fatigue, et une amélioration de la fonction physique et de la qualité de vie pendant au moins un an comparé aux patients qui n'ont pas obtenu de rémission.¹¹
- Il a été démontré que la capacité d'exercer une activité rémunérée a, en soi, un impact positif sur la qualité de vie, telle que mesurée par le SF-36 dans une étude **norvégienne** portant sur la PR qui contrôlait les données démographiques et la sévérité de la maladie.⁹



L'amélioration des résultats et de la fonction physique chez les patients en rémission se traduit par **d'importants bénéfices pour les patients.**

1 Klarenbeek NB, et al. Association with joint damage and physical functioning of nine composite indices and the 2011 ACR/EULAR remission criteria in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(10):1815–21.

2 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther.* 2014;16(1):R56.

3 Van Tuyl LH, et al. Evidence for predictive validity of remission on long-term outcome in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(1):108–17.

4 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther.* 2022;39(1):75–93.

5 Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol.* 2018;28(5):789–99.

6 Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 013;65(10):1707–12.

7 Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2011;50(2):401–409.

8 Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med.* 2015;30(3):384–90.

9 Grønning K, et al. Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2010;29(11):1317–22.

10 Klooster et al. Long-term clinical, functional, and cost outcomes for early rheumatoid arthritis patients who did or did not achieve early remission in a real-world treat-to-target strategy. *Clin Rheumatol.* 2019 Oct;38(10):2727–2736.

11 Gossec et al. POS0643 Association of Early Remission on Clinical and Patient-Reported Outcomes in Patients with Rheumatoid Arthritis: Post-hoc Analysis of Data from the Select-Compare Study. Poster. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2024-eular.1469>.

- Une étude **turque** menée auprès de 962 personnes atteintes d'axSpA radiographique a révélé une baisse significative de la qualité de vie chez les personnes dont la maladie était mal contrôlée. Les patients affichant un score BASDAI < 4 ont rapporté un score ASQoL de 4,6, tandis que les patients affichant un score BASDAI ≥ 4 signalaient un score de 11,2 (sur une échelle de 0 à 18, où plus le score est élevé moins la qualité de vie est bonne).^{1,2,3,4}
- Dans une étude clinique internationale sur le RP, les patients avec une activité minimale de la maladie ont montré des améliorations significativement plus importantes que les non-répondeurs dans tous les domaines du SF-36, le score SF-36 global, le questionnaire EQ-5D-5L et l'EVA EQ-5D.⁵
 - Une étude de suivi sur 20 ans⁶ a révélé que les résultats de l'auto-évaluation des patients, tels que ceux rapportés sur le questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ), constituaient des facteurs prédictifs de la mortalité dans la PR plus puissants que les données issues des examens biologiques, radiographiques ou physiques. Ces résultats soulignent l'importance de recueillir les données rapportées par les patients et d'agir en conséquence.
- Une étude mondiale sur l'axSpA a révélé un lien clair entre un diagnostic tardif et les résultats physiques. Les patients sans raideur de la colonne vertébrale présentaient un délai moyen de diagnostic de 3,7 ans, contre 9,1 ans chez les patients souffrant de raideur sévère. La raideur de la colonne vertébrale étant souvent irréversible, un diagnostic précoce est essentiel.⁷

La PR et ses comorbidités entraînent rapidement un handicap.

- Une étude **polonaise** menée auprès de 1 000 participants a révélé que 53 % des patients atteints de PR souffraient d'un handicap confirmé par la loi.⁸
- Les comorbidités en santé mentale sont fréquentes : la dépression touche 17 à 42 % des patients atteints de PR, et 53 à 71 % des patients présentent une dépression ou de l'anxiété, ou les deux.⁹

Les patients en rémission ont une meilleure qualité de vie



Moins de douleurs et de fatigue



Amélioration de l'état de santé mentale



Productivité accrue

1 Garrett S, et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol.* 1994;21(12):2286-91.

2 Doward LC, et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:20-26.

3 van der Heijde DM, et al. Physical function, disease activity, and health-related quality-of-life outcomes after 3 years of adalimumab treatment in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Res Ther.* 2009;11:R124.

4 Bodur H, et al. Quality of life and related variables in patients with ankylosing spondylitis. *Qual Life Res.* 2011;20(4):543-49.

5 Coates LC, et al. Achieving minimal disease activity in psoriatic arthritis predicts meaningful improvements in patients' health-related quality of life and productivity. *BMC Rheumatol.* 2018;2:24.

6 Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2009;61:1563-70.

7 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

8 Grygielska J. The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish households. *Rheumatology.* 2013;51(5):348-354.

9 Isik A, et al. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2007;26(6):872-78.



**Des Solutions
Qui Ont Fait
Leurs Preuves**



Plusieurs solutions financièrement intéressantes ont été proposées et éprouvées dans la pratique. Voici quelques stratégies majeures identifiées par la coalition Fit for Work (2009-2018) :

1. Un diagnostic précoce et une intervention rapide, idéalement dans les 12 semaines suivant l'apparition des symptômes, sont essentiels au succès du traitement des rhumatismes inflammatoires.^{1,2,3} Ces 12 semaines constituent la « fenêtre thérapeutique ». ^{4,5,6} Le seul facteur prédictif de l'obtention d'une rémission dans la PR est le diagnostic précoce et l'initiation d'un traitement efficace,⁷ avec deux fois plus de chances de rémission si cela se produit.^{8,9} Le diagnostic précoce commence par la sensibilisation, et une meilleure **sensibilisation du grand public** s'impose.

- La sensibilisation aux bénéfices de la rémission doit être renforcée par une meilleure **formation des médecins généralistes**. Trop souvent, l'invalidité est perçue comme une fatalité.¹⁰
- Les kinésithérapeutes, orthopédistes, ophtalmologistes, dermatologues et gastro-entérologues peuvent voir des patients atteints d'axSpA non diagnostiquée. Il est impératif d'améliorer leur prise de conscience et leur connaissance des signes et symptômes.¹¹
- Il importe d'élaborer des **stratégies nationales** concernant les meilleures pratiques et la mise en œuvre d'un diagnostic précoce et d'une intervention rapide, sans oublier le respect des protocoles de soins et l'utilisation d'indicateurs de qualité prédéfinis.¹⁰

1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2 Suresh E. Diagnosis of early rheumatoid arthritis: what the non-specialist needs to know. J R Soc Med. 2004;97(9):421-24.

3 Grätzel P. Rheuma-Verdacht: Welche Patienten müssen zum Spezialisten? Das entscheidet der Hausarzt [Suspected rheumatoid arthritis: which patient must be referred to a specialist? The family physician decides]. MMW Fortschr Med. 2014;156(6):20.

4 Raza K, et al. Timing the therapeutic window of opportunity in early rheumatoid arthritis: proposal for definitions of disease duration in clinical trials. Ann Rheum Dis. 2012;71(12):1921-23

5 Cush JJ. Early rheumatoid arthritis—is there a window of opportunity? J Rheumatol Suppl. 2007;80:1-7.

6 Raza K, et al. The therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis: does it ever close? Ann Rheum Dis. 2015;74(5):793-94.

7 Gremese E, et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. Ann Rheum Dis. 2013;72(6):858-62.

8 Akdemir G, et al. Predictive factors of radiological progression after 2 years of remission-steered treatment in early arthritis patients: a post hoc analysis of the IMPROVED study. RMD Open. 2016;2(1):e000172.

9 Heimans L, et al. Two-year results of disease activity score (DAS)-remission-steered treatment strategies aiming at drug-free remission in early arthritis patients (the IMPROVED-study). Arthritis Res Ther. 2016;18:23.

10 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. April 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

11 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>



AMÉRIQUE LATINE

En **Amérique latine**, les cliniques de prise en charge précoce de la SpA ont mis au point un modèle de soins. Le modèle intègre trois types de centres, qui se répartissent les cas en fonction de leur complexité. Il définit des indicateurs de structure, de processus et de résultats, et se concentre sur des soins complets, pluridisciplinaires et orientés patient.¹



POLOGNE

La **Pologne** a mis en place un programme national pour la prévention et la détection précoce de la PR (2016-2020).² La Pologne a le délai de diagnostic le plus long d'Europe ; jusqu'à 35 semaines peuvent s'écouler entre l'apparition des premiers symptômes et l'initiation du traitement.³ Le programme s'est focalisé sur la sensibilisation du personnel médical et des patients, les outils de dépistage et la validation du diagnostic par un rhumatologue en soins ambulatoires.

- Pour économiser 1 journée d'incapacité temporaire de travail, 12 \$ ont dû être investis dans la santé.
- Chaque dollar investi s'est traduit par un bénéfice de 2 dollars.



ESPAGNE

À ce jour, le programme le plus innovant revient à l'hôpital Clínico San Carlos de Madrid, en **Espagne**,⁴ avec un service spécialisé qui se concentre sur l'intervention précoce chez les personnes présentant une incapacité de travail liée aux troubles musculosquelettiques, soit quelques 13 000 patients (1998-1999). Le programme a accepté les patients adressés après 5 jours d'absence du travail, et incluait des cursus de formation des patients.

L'incapacité temporaire de travail et l'incapacité permanente de travail étaient, respectivement, 39 % et 50 % moins élevées comparé au traitement habituel.

- Pour éviter 1 journée d'incapacité temporaire de travail, 6 dollars ont dû être investis. La satisfaction des patients était élevée.
- Pour chaque dollar dépensé, 11 dollars ont été économisés sur la perte de productivité et les frais médicaux.
- Le bénéfice net du programme dépassait les 5 millions de dollars (2003).

Si l'Espagne mettait cette approche en œuvre sur tout son territoire, 81 000 personnes de plus seraient aptes au travail plutôt qu'en congé maladie.

- **46 M** de jours ouvrés perdus à cause des troubles musculosquelettiques chaque année en Espagne
- **39 %** de réduction de l'incapacité temporaire de travail
- **50 %** de réduction des absences permanentes au cours de l'étude
- **81 000** actifs de plus seraient disponibles pour travailler chaque jour en Espagne
- **11 €** d'économies réalisées sur les coûts sociétaux pour 1 € dépensé

1 Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project – centers of excellence. Clin Rheumatol. 2021;40: 4759–66.

2 Program polityki zdrowotnej. Nazwa programu: ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów. Okres realizacji: 2016–2020

3 Raza K, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. Ann Rheumatic Dis. 2011;70(10):1822–25.

4 Abásolo L, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders [published correction appears in Ann Intern Med. 2005 Dec 6;143(11):W165]. Ann Intern Med. 2005;143(6):404–14.

2. Un adressage adéquat et une standardisation du parcours de soins¹ sont nécessaires, y compris la possibilité d'une prise de rendez-vous rapide en cas de poussée. Il convient par ailleurs d'améliorer l'accès aux services psychologiques, compte tenu de la fréquence des cas de dépression chez les personnes atteintes de rhumatismes inflammatoires.

- À peu près 20 % des patients atteints d'axSpA ne sont pas pris en charge par un rhumatologue, ce qui tendrait à indiquer que ces patients ne sont pas soignés par des équipes ayant les connaissances et la formation adéquates dans le domaine de l'axSpA.²
- La prescription du médicament approprié est cruciale. Les accords de partage des risques basés sur les performances, comme ceux mis en œuvre pour la PR en Argentine, peuvent faire céder les réticences des organismes de remboursement.³



- Même si l'enchaînement de cycles d'anti-TNF semble une bonne solution pour limiter le coût des médicaments, il ne réduit apparemment pas les dépenses globales de santé. Le changement de traitement pour un mécanisme d'action différent peut s'avérer plus efficace et moins coûteux.^{4,5}
- Il y a également un besoin urgent de recommandations fondées sur des bases factuelles pour aider la gestion de la douleur dans l'arthrite inflammatoire. L'utilisation à long terme d'opioïdes est répandue chez les patients, malgré l'absence de preuves de leur efficacité. Face au problème, la British Society for Rheumatology (BSR) a entrepris l'élaboration d'une nouvelle directive sur la gestion de la douleur chez les personnes atteintes d'arthrite inflammatoire, couvrant également les soins de la douleur sans médicament (ex. la physiothérapie) actuellement sous-utilisés.⁶ La publication de la directive est prévue pour 2026. La réussite de la mise en œuvre nécessitera de s'attaquer au déclin de la capacité des équipes pluridisciplinaires (EP) au sein des services de rhumatologie, où bon nombre des professionnels paramédicaux pourtant indispensables ont disparus.⁷



Il y a également un besoin urgent **de recommandations fondées sur des bases factuelles pour aider la gestion** de la douleur dans l'arthrite inflammatoire.

1 Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project – centers of excellence. *Clin Rheumatol.* 2021;40: 4759–66.

2 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

3 di Giuseppe LA, et al. Experience of the performance-based risk-sharing arrangement for the treatment of rheumatoid arthritis with certolizumab pegol. *Value Health.* 2020;21:P201-P204.

4 Taylor PC, et al. Cost-effectiveness analysis of upadacitinib versus alternative treatment strategies for rheumatoid arthritis with inadequate response to TNFi in the United Kingdom; European Congress of Rheumatology 2024 (in press).

5 Bergman et al. HSD47 Treatment Response, Healthcare Resource Use, and Economic Outcomes Associated With Tumor Necrosis Factor Inhibitor Cycling Versus Switching to an Advanced Therapy With Different Mechanism of Action in Rheumatoid Arthritis. *ISPOR Europe 2024.* DOI: 10.1016/j.jval.2024.03.1270.

6 Scott et al. Pain management in people with inflammatory arthritis: British Society for Rheumatology guideline scope. *Rheumatology Advances in Practice*, Volume 8, Issue 4, 2024.

7 Ndosi et al. National variation in the composition of rheumatology multidisciplinary teams: a cross-sectional study. *Rheumatol Int.* 2017 May 27;37(9):1453–1459.



ROYAUME-UNI

Au **Royaume-Uni**, seules 20 % des personnes atteintes de PR sont vues par un rhumatologue au cours des 3 premiers mois,¹ tandis qu'en Autriche, le pourcentage atteint 38 %.²

Au Royaume-Uni, on procède à un tri supplémentaire des listes d'attente afin de s'assurer que les bonnes personnes sont sur liste d'attente pour voir un rhumatologue.³



COLOMBIE

En **Colombie**, un programme innovant de prise en charge de la PR a adopté une approche pluridisciplinaire, impliquant la rhumatologie, la nutrition, la psychologie, la kinésithérapie et l'ergothérapie, la médecine physique et la rééducation en fonction du niveau d'activité de la PR du patient.

Dans le cadre d'une comparaison en vie réelle avec le traitement habituel, le pourcentage de patients en rémission est passé de 21 à 59 % et le pourcentage de patients présentant une maladie très active a chuté de 18 à 5 %.⁴ De plus, les auteurs ont évalué l'efficacité du recours à des centres d'excellence et estimé les économies à 223 874 dollars par patient par an (2017).⁵



- 1 Stack RJ, et al. Delays between the onset of symptoms and first rheumatology consultation in patients with rheumatoid arthritis in the UK: an observational study. *BMJ Open*. 2019;9:e024361
- 2 Puchner R, et al. Efficacy and outcome of rapid access rheumatology consultation: an office based pilot cohort study. *J Rheumatol*. 2016;43(6):1130-35.
- 3 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. April 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

- 4 Santos-Moreno P, et al. Clinical outcomes of patients with rheumatoid arthritis treated in a disease management program: real-world results. *Open Access Rheumatol*. 2020;12:249-56.
- 5 Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2021;13:583-91.

3. Vie professionnelle plus saine

- Des initiatives visant à souligner les bénéfices que les employeurs peuvent tirer d'un investissement dans la santé de leurs salariés devraient être mises en œuvre. Il n'est pas seulement dans l'intérêt des employeurs de promouvoir un environnement de travail sain, cela relève aussi de leur responsabilité.¹
- Au Royaume-Uni, 29 % des employeurs offrent peu ou pas de soutien en matière de santé, et seuls 45 % des salariés ont accès à des services de médecine du travail ou de réadaptation. De plus, les indemnités de maladie sont souvent trop faibles pour assurer une sécurité financière, ce qui oblige bon nombre de salariés à travailler alors qu'ils sont malades ou à quitter carrément leur emploi.²
- L'impact personnel de la perte d'emploi peut être considérable, allant du basculement dans la pauvreté et de la détérioration de l'état de santé à la perte d'identité et de liens sociaux. Il est donc essentiel d'éviter que le congé maladie de longue durée ne se transforme en dépendance aux prestations à long terme, si possible.² Une fois entré dans le système d'allocations chômage, il est parfois difficile d'en sortir. Beaucoup perçoivent le retour au travail (même aménagé) comme un risque important, mettant potentiellement en danger leur santé et leur stabilité financière si cela entraîne la perte de leurs droits aux prestations.²
- Certains pays, comme les Pays-Bas, le Danemark, la Norvège et la Suède, ont mis en place des stratégies d'intervention précoce qui soutiennent des efforts structurés de retour au travail avant la transition vers les prestations de chômage de longue durée.
 - Aux **Pays-Bas**, les employeurs sont légalement tenus de prendre des mesures en amont pendant les absences pour cause de maladie. Il s'agit notamment d'élaborer des plans de retour au travail sur mesure en collaboration avec des professionnels de la médecine du travail.
 - En **Norvège**, le gouvernement, les organisations syndicales et patronales ont signé un accord tripartite pour promouvoir une vie active ouverte à tous. Les employeurs s'engagent à maintenir un contact étroit avec les salariés absents et à adapter les tâches ou les horaires pour éviter les absences prolongées. En échange, ils bénéficient d'un soutien et de conseils de l'administration norvégienne du travail et des affaires sociales. Les évaluations indiquent que cette approche a réduit la durée des absences pour cause de maladie et elle a augmenté la probabilité de retour au travail.³
 - En **Suède**, on attribue à chaque salarié en congé maladie de longue durée un responsable de cas particulier. Ces agents coordonnent les efforts entre le salarié, l'employeur et les services de santé et de soutien compétents pour assurer un processus de retour au travail structuré et soutenu.²



L'impact personnel de la perte d'emploi peut être considérable, allant du basculement dans la pauvreté et de la détérioration de l'état de santé à la perte d'identité et de liens sociaux.

¹ Europe staying true to values 'enshrined in EU health strategy.' Parliament Magazine, 22 Sept 2014.

² The Health Foundation. Action for healthier working lives. Final report of the Commission for Healthier Working Lives. <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/action-for-healthier-working-lives>.

³ Hoff et al. An initiative for a more inclusive working life and its effect on return-to-work after sickness absence: a multistate longitudinal cohort study, *BMJ Open* 2022;12:e062558.

4. Prise en charge par les patients eux-mêmes

- Dans certains pays ou certaines régions, les rhumatismes inflammatoires font malheureusement l'objet de stigmatisation. Pour permettre aux patients de prendre en charge eux-mêmes leur pathologie, il importe de lutter contre la stigmatisation via une vaste campagne de sensibilisation auprès du public.¹
- Les associations de patients doivent faire partie intégrante de l'équipe soignante. Au Royaume-Uni, un projet pilote regroupe des rhumatologues qui orientent les patients vers une association de patients, par exemple pour obtenir un rendez-vous. L'association peut informer et responsabiliser les patients en amont et leur expliquer quel est leur rôle dans la prise en charge de leur maladie.¹ Mieux les patients comprennent leur maladie, plus ils sont à même de prendre des décisions éclairées, concernant leur santé, et aussi la façon de bien vivre malgré une maladie chronique.²
- Il convient d'individualiser les plans thérapeutiques pour maximiser la qualité de vie à long terme, en identifiant les objectifs de traitement de la personne et ses besoins physiques, psychologiques et socio-économiques. Cette démarche nécessite une prise de décision partagée, où le patient joue un rôle actif dans l'élaboration de ses propres soins. La réussite peut notamment changer en apparence à chaque patient et évoluer au fil du temps.³
- La Suisse a mis en place un programme dirigé par des kinésithérapeutes pour prendre en charge la composante de l'activité physique.¹

- Les outils numériques peuvent être un excellent soutien à la prise en charge par les patients eux-mêmes de leur maladie, mais dans certains pays, ils peuvent être submergés par le nombre d'applications sans conseil ni accréditation ; dans d'autres pays, aucune application n'est disponible dans la langue locale.

Des solutions qui ont fait leurs preuves



Diagnostic précoce et intervention rapide



Adressage adéquat



Vie professionnelle plus saine



Prise en charge par les patients eux-mêmes

1 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. April 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAFPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

2 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, April 3, 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

3 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

Conclusion

Ce que la société ne dépense pas aujourd'hui pour préserver la santé, la prévention, et la capacité à fonctionner des patients, elle le dépensera demain dans la prise en charge du handicap.

Investir dans la validité permet aux gens de vivre une vie prospère et de jouir d'une bonne qualité de vie. L'inaction coûte cher, est élevé, et le montant ne pourra que croître.¹

Les personnes atteintes de rhumatismes inflammatoires et qui sont en rémission vivent une transformation majeure de leur qualité de vie, avec des douleurs moindres, une fatigue réduite et la capacité de pratiquer des activités qui les rendent heureuses. En substance, la rémission permet à chacun de vivre la vie qu'il a choisie.

Le fardeau financier des rhumatismes inflammatoires non contrôlés s'étend bien au-delà des coûts d'hospitalisation, avec notamment des consultations fréquentes chez le médecin, une baisse de la productivité et la retraite anticipée. La rémission permet de baisser ces coûts tant pour les patients que pour la société. Pourtant, les systèmes de protection sociale, de par leur rigidité et leur lenteur, précipitent souvent les personnes dans le « piège » des allocations chômage de longue durée.¹ La hausse des problèmes de santé réduit les recettes fiscales, augmente les dépenses en prestations et met à rude épreuve les systèmes de santé. Des réformes de la protection sociale s'imposent pour aider les gens à gérer leur santé et à retourner au travail. Il importe d'inclure également les travailleurs indépendants, qui sont souvent laissés pour compte.¹

Il est urgent d'obtenir une rémission chez un plus grand nombre de patients. Les lésions articulaires sont irréversibles. Il est essentiel de stopper rapidement le processus de la maladie.

Les investissements dans la santé ne constituent pas une ponction importante des ressources publiques ; ils sont un investissement.² Il est clair qu'investir dans la rémission de l'arthrite inflammatoire ne se résume pas à une simple question de santé personnelle ; c'est aussi un pas en avant vers une société plus forte et plus durable.

Global Alliance for Patient Access remercie AbbVie pour son soutien dans l'établissement de ce registre de données probantes.



Il est urgent d'obtenir une rémission chez un plus grand nombre de patients. Les lésions articulaires sont irréversibles. Il est essentiel de stopper rapidement le processus de la maladie.

¹ The Health Foundation. Action for healthier working lives. Final report of the Commission for Healthier Working Lives. <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/action-for-healthier-working-lives>.

² NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

Abréviations

ACR : American College of Rheumatology

SA : Spondylarthrite ankylosante, aujourd'hui appelée axSpA radiographique

ASQoL : Questionnaire sur la qualité de vie liée à la SA

axSpA : Spondylarthrite ankylosante axiale

BASDAI : Score d'activité de la spondylarthrite ankylosante de Bath

bDMARD : Antirhumatismal modificateur de la maladie biologique

BSR : British Society for Rheumatology

csDMARD : Antirhumatismal modificateur de la maladie synthétique classique

AVCI : Années de vie corrigées de l'incapacité

DMARD : Antirhumastimal modificateur de la maladie

UE : Union européenne

EULAR : Alliance européenne des associations de rhumatologie

EQ-5D : Questionnaire EuroQoL en 5 dimensions (Outil de mesure générique de la qualité de vie)

HCRU : Utilisation des ressources de santé

HAQ : Questionnaire d'évaluation de l'état de santé

HDA : Forte activité de la maladie

JAK : Janus kinase

LDA : Faible activité de la maladie

MDA : Activité minimale de la maladie

EP : Équipe pluridisciplinaire

IRM : Imagerie par résonance magnétique

TMS : Troubles musculosquelettiques

OMERACT : Mesures des résultats en rhumatologie

RP : Rhumatisme psoriasique

QdV : Qualité de vie

PR : Polyarthrite rhumatoïde

SF-36 : Questionnaire de santé en 36 items

SpA : Spondylarthrite

TNF : Facteur de nécrose tumorale

tsDMARD : Antirhumatismal modificateur de la maladie synthétique ciblé

R.-U. : Royaume-Uni

USA : États-Unis

EVA : Échelle visuelle analogique

AVH : Années vécues avec un handicap

APVP : Années potentielles de vie perdues



**Global
Remission
Coalition**

globalremission.org