

Valeur de la rémission dans les rhumatismes inflammatoires

Registre des données probantes

2024



À propos

Ce registre des données probantes reprend les recherches actuelles sur les rhumatismes inflammatoires et la valeur de la rémission.

Ce document accompagne le rapport de Global Alliance for Patient Access intitulé *The Value of Achieving Remission in Inflammatory Rheumatic Conditions* (Registre de la valeur de la rémission dans les rhumatismes inflammatoires) (avril 2024)

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

Prévalence	3
Impact	5
Action précoce	7
Bénéfices de la rémission	9
Des solutions qui ont fait leurs preuves	17

Prévalence



La prévalence augmentera considérablement

Polyarthrite rhumatoïde

- Plus de 18 millions de personnes dans le monde sont atteintes de polyarthrite rhumatoïde (PR).^{1,2} La prévalence est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes.³
- Ce nombre passera à près de **32 millions d'ici à 2050, soit une augmentation de 80 %**, selon les estimations de l'étude Global Burden of Disease sur le fardeau de la maladie au niveau mondial.²
- Certaines régions prévoient une augmentation de plus de 200 % :
 - Afrique subsaharienne orientale, centrale et occidentale
 - Asie du Sud
 - Océanie
 - Afrique subsaharienne australe.²

Spondylarthrite

- La prévalence mondiale de la spondylarthrite (SpA)* est moins connue. On estime qu'elle varie de 0,20 % en Asie du Sud-Est à 1,61 % dans les communautés du nord de l'Arctique.
- Cela signifie qu'environ :
 - **13,1 millions de personnes** sont atteintes de SpA en **Asie de l'Est**
 - **4,5 millions de personnes** sont atteintes de SpA **aux États-Unis**
 - **4,0 millions de personnes** sont atteintes de SpA en **Europe**.⁴

* La SpA comprend la spondylarthrite ankylosante, la SpA axiale, la SpA entéropathique, la SpA périphérique, l'arthrite psoriasique et l'arthrite réactive.

1. Organisation mondiale de la Santé. Polyarthrite rhumatoïde : Principaux faits. 28 juin 2023. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>

2. 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.

3. 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.

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

Impact



Les maladies musculosquelettiques sont **invalidantes**

- Les rhumatismes inflammatoires font partie de la grande famille des maladies musculosquelettiques. **Le fardeau des maladies musculosquelettiques a considérablement augmenté** entre 2000 et 2015, selon une analyse systématique de la base de données de l'Organisation mondiale de la santé sur le fardeau de la maladie, qui couvre 183 pays. Le fardeau est mis en évidence par l'augmentation du nombre d'années de vie corrigée de l'incapacité (AVCI) qui passe de 80 millions à 108 millions au cours de ces années.
- Les maladies musculosquelettiques étaient la **deuxième cause d'années de vie vécues avec un handicap** dans le monde en 2015, après les troubles psychiatriques.¹
- Dans l'Union européenne (UE) :
 - les maladies musculosquelettiques sont la **principale cause d'incapacité**.²
 - D'ici à 2030, jusqu'à la moitié de la population en âge de travailler des États membres pourrait être diagnostiquée comme présentant une maladie musculosquelettique chronique.²
 - **La moitié des arrêts de travail** sont dus à des maladies musculosquelettiques.³
- **60 % des incapacités permanentes de travail** sont dues à des maladies musculosquelettiques.³
- L'augmentation du fardeau est particulièrement marquée dans les pays à revenu élevé, qui ont une longue espérance de vie et un ratio personnes âgées/jeunes élevé. En raison de l'amélioration globale des soins médicaux et de l'évolution rapide des risques associés au mode de vie, tels que le tabagisme, l'obésité et la réduction de l'activité physique, une augmentation similaire est toutefois attendue dans les pays à faible revenu.⁴
- Au Royaume-Uni (R.-U.), un exemple de pays à revenu élevé, les maladies musculosquelettiques font partie de la stratégie des pathologies majeures, avec un **diagnostic précoce, une intervention précoce et un traitement de qualité** mis en évidence comme stratégies principales.⁵
- Dans le débat politique britannique, il est reconnu qu'en plus de l'impact de la maladie elle-même sur les personnes, elle peut conduire au chômage et à l'appauvrissement, 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. »**⁶

1. 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.

2. 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.

3. 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.

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

6. Parlement britannique. Musculoskeletal conditions and employment. 10 janvier 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/0ABAEE0C-A704-4A15-B362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConditionsAndEmployment>

Action précoce



Agir tôt est crucial pour prévenir l'incapacité à long terme

- Agir tôt dans les maladies musculosquelettiques inflammatoires peut éviter les lésions irréversibles causées par la maladie. On estime que la PR a causé **4,8 millions d'AVCI** dans le monde en 2010.¹
- Une étude menée aux États-Unis a révélé que les personnes atteintes de PR présentaient un **risque de décès significativement plus élevé, avec une surmortalité de 27 %**.²
- Bien que les personnes atteintes de PR soient fréquemment atteintes d'autres maladies, il a été prouvé que la PR elle-même, indépendamment de toute comorbidité, est significativement à la mortalité.³
- Bien que la maladie réduise encore l'espérance de vie, **les personnes atteintes de PR vivent aujourd'hui plus longtemps que jamais**, principalement grâce à l'amélioration des traitements médicamenteux. Cela signifie que les patients peuvent passer de **nombreuses années à faire face à un handicap**.
- Les années vécues avec un handicap sont le plus grand contributeur aux 4,8 millions d'AVCI dans le monde. Cela équivaut à **4 800 000 années de vie en bonne santé perdues**.¹
- Bien qu'une intervention précoce soit cruciale, trop peu de patients en sont conscients. Au Royaume-Uni, 50 % à 75 % des personnes atteintes de PR repoussent la consultation d'un médecin de 3 mois ou plus. Par la suite, les patients consultent leur médecin généraliste en moyenne 4 fois avant d'être adressés à un spécialiste. En cumulé, on atteint une moyenne pouvant jusqu'à **9 mois entre l'apparition des symptômes et le traitement**.⁴



4 800 000

ANNÉES DE VIE EN
BONNE SANTÉ PERDUES

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. Gabriel SE, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis Rheum*. 2003;48(1):54-58.
3. Navarro-Cano G, et al. Association of mortality with disease severity in rheumatoid arthritis, independent of comorbidity. *Arthritis Rheum*. 2003;48(9):2425-33.
4. NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 juillet 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

Bénéfices de la rémission



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

Aborder les maladies inflammatoires uniquement sous l'angle des maladies musculosquelettiques ne reflète pas complètement la situation de ces patients. De telles stratégies sont souvent axées sur les douleurs lombaires et l'arthrose, ainsi que sur la kinésithérapie, la chirurgie et les ajustements du lieu de travail qui les accompagnent. Actuellement, les personnes atteintes de rhumatismes inflammatoires ne reçoivent pas de soins optimaux :

- Le traitement n'est souvent pas instauré dans la fenêtre thérapeutique des 12 semaines.¹
- Parmi ceux qui reçoivent un traitement médical, 70 % n'obtiennent pas de rémission.²

Pour les affections inflammatoires, **l'objectif devrait être la prévention par un diagnostic précoce et une approche « du traitement à la rémission »**, la rémission étant définie comme la disparition des signes et symptômes d'une maladie.

La rémission change la donne à la fois pour les individus et pour les systèmes de santé, et devrait donc être un objectif pour les responsables de la santé publique.

Bénéfices de la rémission



**Productivité
au travail**
Gain de 37 à 75 %^{3,4,5}



**Dépenses
de santé**
Économies
de 19 à 52 %⁵



**Amélioration
des résultats**
Meilleure santé
physique, c'est-à-dire
moins de douleur
et de fatigue, et
amélioration de
l'état de santé
mentale^{3,6,7,8,9}

1. NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 juillet 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. 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.

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

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. 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.

8. 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.

9. 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.

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 les personnes débarrassées des effets invalidants des rhumatismes inflammatoires, elles peuvent être plus actives sur le marché du travail. À l'inverse, les personnes ne parvenant pas à obtenir une 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 systèmes de protection sociale.

L'augmentation du taux de rémission permet aux patients de mener une vie épanouie et productive sur le plan économique, ce qui est bénéfique pour eux-mêmes et pour la société dans son ensemble. Au Royaume-Uni, le National Audit Office a déclaré que « le retard dans le traitement (de la PR) nuit à la santé des patients, à leur qualité de vie et, les trois quarts des personnes étant en âge de travailler au moment du diagnostic, à l'économie ».

L'incapacité de travail, ou la retraite anticipée, est le principal facteur de perte de productivité. L'évitement ou le retard de la retraite anticipée peut donc entraîner des économies substantielles.

Plusieurs facteurs contribuent à la productivité au travail : la perte de productivité, les journées de travail perdues et l'incapacité de travail.

Plusieurs études quantifient les journées de travail perdues associées aux rhumatismes inflammatoires.

- **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** selon Versus Arthritis, qui prévoit que ce **chiffre atteindra 3,4 milliards de livres d'ici à 2030**.²
- Toujours au **Royaume-Uni**, la National Axial Spondyloarthritis Society a estimé qu'un patient âgé de 26 ans ayant attendu 8,5 ans avant d'être diagnostiqué comme présentant une **SpA axiale** est susceptible de **perdre environ 187 000 livres** au cours de sa vie, dont la majorité à cause d'une **perte de productivité** due à une réduction de sa durée d'activité.²
- Une étude sur des personnes atteintes de **PR** menée en **Argentine** a révélé que **les coûts indirects dus** aux journées de travail perdues étaient **multipliés par 2,3** chez les personnes atteintes d'une maladie active par rapport à celles en rémission, en se basant sur le groupe ayant obtenu le meilleur score au questionnaire d'évaluation de la santé comme indicateur de rémission.³

Une étude **autrichienne** et une étude **japonaise** portant sur les niveaux de handicap lié à la **PR** chez les actifs ont révélé que les **personnes en rémission présentaient moins de baisse de leur productivité** que celles dont la maladie était faiblement active ou moyennement/très active.

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

2. Parlement britannique. Musculoskeletal conditions and employment. 10 janvier 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/0ABAE0C-A704-4A15-8362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConditionsAndEmployment>

3. 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.

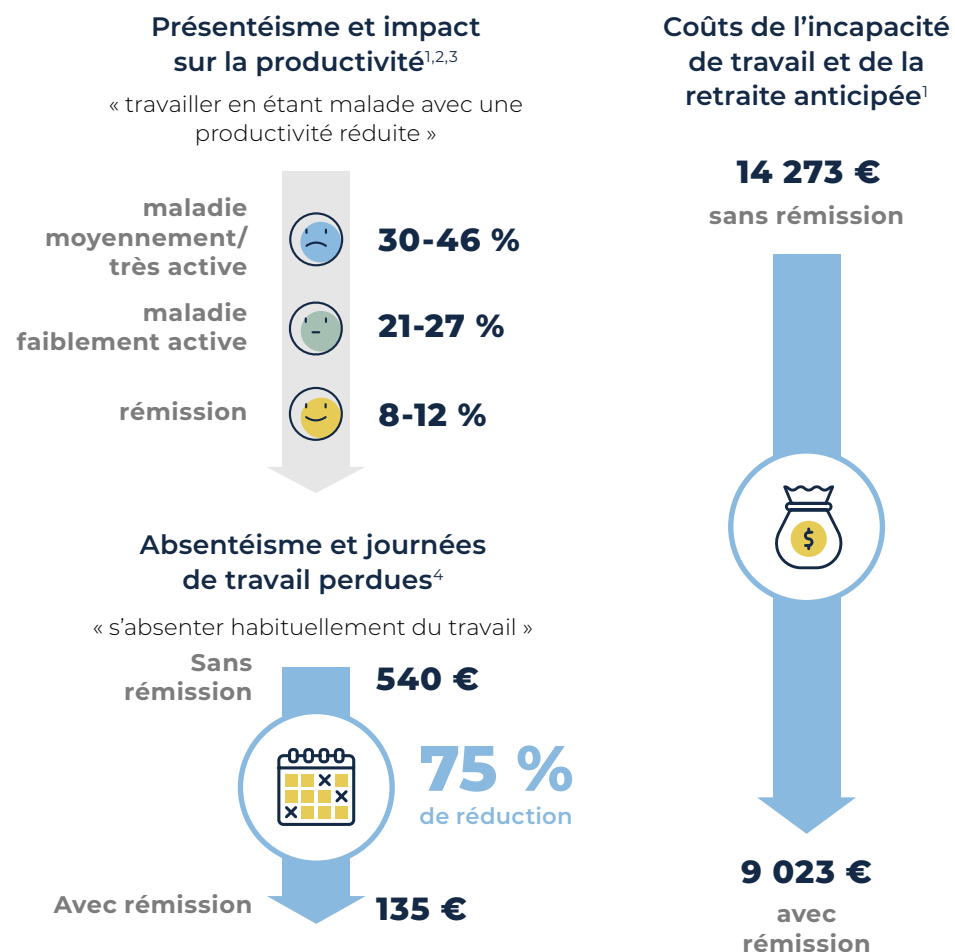
La baisse de productivité d'une personne en rémission par rapport à la productivité d'une personne non atteinte de PR, n'est que de 8 à 12 % ; en revanche, les personnes présentant une maladie faiblement active sont 21 à 27 % moins productives et celles atteintes de maladie moyennement/très active sont 30 à 46 % moins productives.^{1,2,3}

- **La rémission peut réduire les coûts indirects, y compris les pertes de productivité au travail :**
 - Au **Portugal, la perte de productivité du travail**—en termes de jours de travail perdus, y compris ceux des membres de la famille—**a été réduite de 75 %** (passant de 540 € à 135 €) par an.⁴
 - **En Autriche, la rémission a été associée à une réduction des coûts indirects annuels** (passant de 14 273 € à 9 023 €). L'étude autrichienne a pris en compte la perte de productivité au travail, y compris la retraite anticipée (incapacité de travail).¹ En fait, 34 % des participants à l'étude étaient en retraite anticipée du fait de leur PR.³

Pour revenir sur le point soulevé par le National Audit Office au Royaume-Uni, **investir dans la santé, la prévention et la capacité a un retour sur investissement positif** en réduisant les aides sociales liées au handicap. Bien que l'argument ait été clairement énoncé, à savoir que l'investissement de 11 millions de livres dans la santé serait plus que compensé par des économies d'aides sociales de 31 millions de livres, l'impact interministériel a entravé l'action.⁵

Globalement, d'un point de vue sociétal, une morbidité élevée est plus coûteuse qu'une mortalité élevée.

Impact annuel par personne sur la productivité



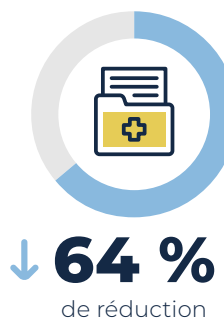
1. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther.* 2022;39(1):75-93.
 2. Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2017;44(8):1112-17.
 3. Radner H, 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.
 5. 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).

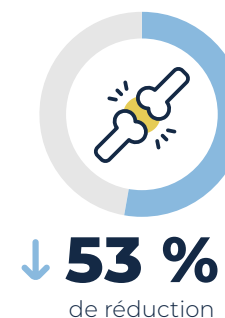
La rémission **réduit** les dépenses de soins médicaux

- Il existe un contraste saisissant dans les coûts médicaux et l'utilisation des ressources médicales entre les patients en rémission et ceux qui ne le sont pas.
- **Chez les patients en rémission, les dépenses en soins médicaux directs et l'utilisation des ressources de santé étaient systématiquement inférieures** à celles des patients qui n'étaient pas en rémission, selon une étude récente portant sur la PR regroupant 16 études menées dans 12 pays sur 3 continents.¹
- La rémission a été associée à des **économies de 19 à 52 %** des frais médicaux directs.¹
- Les patients en rémission représentaient un coût médical annuel médian de 2 464 € (allant de 821 € à 11 272 €) par rapport à des coûts médians de 4 717 € (allant de 1 042 € à 16 879 €) chez les patients qui n'étaient pas en rémission.¹
- Des économies associées à la rémission, par rapport à une maladie faiblement active ou moyennement/très active, ont été rapportées comme étant de 285 € (20 %) et 3 804 € (51 %), respectivement.¹
- Le nombre d'**hospitalisations était inférieur de 64 %** chez les personnes en rémission par rapport à celles dont l'activité de la maladie était moyenne à élevée. **Le nombre de chirurgies articulaires étaient inférieures de 53 % et le nombre de radiographies de 24 %.**²

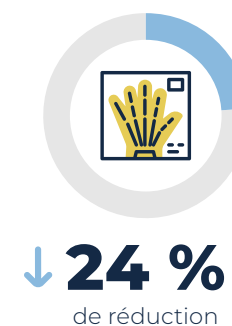
Hospitalisation



Chirurgies articulaires



Radiographies



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

2. 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

- La recherche en Argentine a révélé que les coûts hospitaliers des patients atteints de PR étaient 20 fois plus élevés chez les patients se situant entre 2,6 et 3,0 au questionnaire d'évaluation de la santé que chez ceux se situant entre 0,0 et 0,5, cette dernière plage pouvant être interprétée comme indicatrice de la rémission.¹
- Une étude autrichienne a révélé que les frais médicaux annuels des patients atteints de PR faiblement active étaient 20 % plus élevés et chez les patients présentant une activité moyenne à élevée de la maladie qui eux-mêmes étaient 71 % plus élevés que chez ceux en rémission.²
- Une étude colombienne a révélé que les frais médicaux directs étaient 2,1 fois plus élevés chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde sévère que chez les patients en rémission.³
- Une analyse du registre américain du rhumatisme psoriasique (RP) et la spondylarthrite ankylosante (SA)* a évalué l'impact de la rémission et a révélé que les patients chez qui la maladie n'était pas contrôlée étaient 3,0 (RP) à 7,7 (SA) fois plus susceptibles d'être hospitalisés.⁴
- De plus, les coûts d'hospitalisation par patient et par an étaient 3,5 fois plus élevés chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique non contrôlé que chez ceux atteints de rhumatisme psoriasique contrôlé.⁴
- Les patients atteints de SA en Europe centrale et orientale dont la maladie était faiblement active après 12 mois ont connu une réduction allant jusqu'à 83 % du nombre et de la durée des hospitalisations, ainsi qu'une réduction du nombre de visites chez leur professionnel de santé.⁵

Enfin, il convient de noter que le reste à charge est important chez les personnes atteintes d'une maladie inflammatoire non contrôlée⁶ et peuvent représenter près de 20 % du revenu du foyer (États-Unis, 2009).⁷ La réduction du reste à charge due à la rémission s'ajoutent aux économies mentionnées ci-dessus concernant les frais médicaux directs.



LA RÉMISSION DANS LA PR
A ÉTÉ ASSOCIÉE À UNE
réduction
des frais médicaux
de 19 à 52 %
PAR RAPPORT À LA
NON-RÉMISSION.⁸



* La SpA comprend la spondylarthrite ankylosante, la SpA axiale, la SpA entéropathique, la SpA périphérique, l'arthrite psoriasique et l'arthrite réactive.

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. 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.

5. 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.
6. Parlement britannique. Musculoskeletal conditions and employment. 10 janvier 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/OABAEEOC-A704-4A15-8362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConditionsAndEmployment>
7. Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009;61:1563-70.
8. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.

Amélioration des résultats

L'amélioration des résultats et de la fonction physique observée chez les patients en rémission se traduit par des bénéfices pour les patients, y compris par rapport à ceux présentant maladie faiblement active.^{1,2,3}

- Les patients atteints de PR en rémission ont des scores plus élevés (meilleurs) aux questionnaires EQ-5D et SF-36 (bref questionnaire de santé en 36 items), qui évaluent tous deux la qualité de vie (QdV) dans différents domaines.⁴
- Plus précisément, les patients en rémission ont une meilleure qualité de vie en termes de santé physique, comme l'indiquent une **douleur et une fatigue moindres**,^{2,5,6} une **amélioration de l'état de santé mentale** (par exemple, une meilleure qualité de sommeil et moins de dépression et d'anxiété),^{5,6,7,8} et une **plus grande productivité ou capacité de travail**.^{2,5,9}

- Il a été prouvé que la capacité à effectuer un travail rémunéré 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
- Une étude **turque** menée auprès de personnes (N = 962) atteintes de **SA** a rapporté une diminution significative de la QdVLS chez les patients dont la maladie était mal contrôlée, comme indiqué par le score BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index).¹⁰ En effet, les patients présentant un score BASDAI < 4 ont fait part d'une QdVLS de 4,6 au questionnaire ASQoL (AS Quality of Life Questionnaire, questionnaire sur la qualité de vie liée à la SA)^{11,12} et ceux ayant un score BASDAI ≥ 4 de 11,2. Le score ASQoL varie de 0 à 18 : plus le score est élevé moins bonne est la qualité de vie.¹³

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. 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.
11. Doward LC, et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:20-26.
12. 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.
13. Bodur H, et al. Quality of life and related variables in patients with ankylosing spondylitis. *Qual Life Res*. 2011;20(4):543-49.

Dans une étude clinique internationale menée auprès de personnes atteintes de RP, les répondeurs ayant une activité minimale de la maladie ont été comparés aux non-répondeurs. Par rapport à la valeur de référence, **les répondeurs présentant une activité de la maladie minimale ont montré des améliorations significativement plus importantes** que les non-répondeurs dans chaque domaine du questionnaire SF-36, en termes de score SF-36 global, au questionnaire EQ-5D-5L et sur l'EVA EQ-5D.¹

- Il est également intéressant de noter qu'une vaste étude de suivi sur 20 ans² a révélé que le questionnaire **HAQ et d'autres variables rapportées par les patients étaient les facteurs les plus prédictifs de la mortalité dans la PR**, plus puissants que les examens biologiques, radiographiques et physiques. Ces résultats soulignent l'importance de recueillir les données rapportées par les patients et d'agir en conséquence.

La **PR** et ses comorbidités entraînent rapidement un handicap. Une étude menée en **Pologne** auprès de 1 000 participants a montré que 53 % des patients atteints de PR avaient reçu un diagnostic d'incapacité.³

- La PR entraîne également des dépressions, qui surviennent chez 17 à 42 % des patients, ainsi que de l'anxiété : 53 à 71 % des patients présentent une dépression ou de l'anxiété ou les deux.⁴

Les patients en rémission ont une meilleure qualité de vie



Moins de douleur et de fatigue



Amélioration de l'état de santé mentale



Productivité accrue



1. 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.

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

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

4. 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**



Des solutions qui ont fait leurs preuves

Depuis 2009, la coalition Fit for Work Europe fait pression pour une approche durable afin de réduire l'énorme fardeau associé aux affections musculosquelettiques. Plusieurs solutions financièrement intéressantes ont été proposées et éprouvées dans la pratique.

Voici quelques stratégies majeures :

1. Le diagnostic et l'intervention précoces,

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'instauration d'un traitement efficace,⁷ avec deux fois plus de chance de rémission si cela se produit.^{8,9} Le diagnostic précoce commence par la sensibilisation, et la **sensibilisation du grand public** doit être améliorée.

- La sensibilisation aux bénéfices de la rémission doit être renforcée par une meilleure **formation des médecins généralistes**. Trop souvent, l'invalidité est considérée comme inévitable.¹⁰

- **Des stratégies nationales** doivent être élaborées concernant les meilleures pratiques et la mise en œuvre d'un diagnostic et d'une intervention précoces, sans oublier le respect de normes de soins et l'utilisation d'indicateurs de qualité prédéfinis.¹⁰

AMÉRIQUE LATINE



En **Amérique latine**, un modèle de soins pour les cliniques de prise en charge précoce de la **SpA** a été développé. Il 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.¹¹

1. NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 juillet 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 [Suspicion de polyarthrite rhumatoïde : quels patients adresser à un spécialiste ? Le médecin de famille décide]. 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. Avril 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

11. 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.

POLOGNE



En **Pologne**, un programme national a été mis en place spécifiquement pour la prévention et la détection précoce de la PR (2016-2020).¹ La Pologne a le délai de diagnostic le plus

long d'Europe qui peut aller jusqu'à 35 semaines entre les premiers symptômes et le début du traitement.² **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



Le programme le plus innovant à ce jour est la clinique d'intervention précoce de l'Hospital Clínico San Carlos de **Madrid, en Espagne**,³ qui s'est concentrée sur l'intervention précoce chez les personnes présentant une incapacité de travail liée aux maladies musculosquelettiques, ce qui représente 13 000 patients (1998-1999). Le programme a accepté les patients adressés au bout de 5 jours d'absence du travail, et incluait des cursus de formation des patients.

- L'incapacité temporaire de travail était de 39 % moins élevée et l'incapacité permanente de travail de 50 % moins élevée que chez les patients recevant la norme de soins
- 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 était de plus de 5 millions de dollars (2003)

Si cette approche était mise en œuvre dans toute l'Espagne, 81 000 personnes supplémentaires seraient aptes au travail et n'auraient pas à prendre des congés maladie.



46M

de jours ouvrés perdus à cause des maladies 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 espagnols supplémentaires seraient disponibles pour travailler chaque jour en Espagne



11 \$

d'économies réalisées sur le coût pour la société pour 1 \$ de dépenses

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

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

3. 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 approprié et une standardisation du parcours du patient¹ sont nécessaires, y compris la possibilité de donner des rendez-vous rapidement en cas de poussée. De plus, l'accès aux services psychologiques doit être amélioré, car la dépression est fréquente chez les personnes atteintes de rhumatismes inflammatoires.

- La prescription du médicament approprié est cruciale. Les accords de partage des risques basés sur les performances, comme ceux mis en œuvre dans la PR en Argentine, peuvent faire céder les réticences des organismes de remboursement.²
- Bien que l'enchaînement de cycles d'anti-TNF puisse sembler une bonne solution pour limiter le coût du traitement médicamenteux, cela ne permet probablement pas de réduire les dépenses globales de santé. Le changement de traitement pour un mécanisme d'action différent peut s'avérer plus efficace et moins coûteux.³

ROYAUME-UNI



Au Royaume-Uni, **seules 20 % des personnes atteintes de PR sont vues par un rhumatologue** au cours des 3 premiers mois,⁴ tandis qu'en Autriche, le pourcentage atteint 38 %.⁵

Un **tri supplémentaire des listes d'attente** est effectué au Royaume-Uni pour s'assurer que les bonnes personnes sont sur liste d'attente pour voir un rhumatologue.⁶

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 la norme de soins, **le pourcentage de patients obtenant une rémission est passé de 21 à 59 %** et le pourcentage de patients présentant une maladie très active a été réduit de 18 à 5 %.⁷

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).⁸

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. 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.
3. 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).
4. 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.

5. Puchner R, et al. Efficacy and outcome of rapid access rheumatology consultation: an officebased pilot cohort study. J Rheumatol. 2016;43(6):1130-35.
6. Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. Avril 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>
7. 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.
8. 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. Aménagement du poste de travail

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 de leur responsabilité.¹

4. Prise en charge par les patients eux-mêmes

- Dans certains pays ou certaines régions, les rhumatismes inflammatoires sont malheureusement stigmatisés. Pour permettre aux patients de prendre en charge eux-mêmes leur pathologie, la stigmatisation doit être abordée par le biais d'une vaste sensibilisation des citoyens.²
- Les organisations de patients doivent faire partie intégrante de l'équipe de soins. Au Royaume-Uni, il existe un projet pilote regroupant des rhumatologues qui orientent les patients vers une association de patients, par exemple pour obtenir un rendez-vous. L'organisation peut informer et responsabiliser les patients de manière proactive et leur faire comprendre quel est leur rôle dans la prise en charge de leur maladie.²
- En Suisse, il existe un programme dirigé par un kinésithérapeute pour prendre en charge la composante de l'activité physique.²
- 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.

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

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





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 sur les capacités permet aux gens de vivre une vie prospère et de jouir d'une bonne qualité de vie.

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 ne se limite pas aux seuls coûts d'hospitalisation. Il englobe divers coûts directs et

indirects, notamment des visites fréquentes chez le médecin et une baisse de productivité due à la douleur, à l'incapacité et à la retraite anticipée. La rémission permet de réduire considérablement le fardeau financier tant pour les patients que pour la société.

Il est urgent d'agir pour 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.¹ Il est évident qu'investir dans la rémission des rhumatismes inflammatoires n'est pas seulement une question de santé personnelle, mais 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.

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

Abréviations

SA : Spondylarthrite ankylosante

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

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

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

AVCI : Années de vie corrigées de l'incapacité

UE : Union européenne

HCRU : Utilisation des ressources de santé

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

HDA : High disease activity

LDA : Low disease activity

MDA : Activité minimale de la maladie

MSK : Musculoskeletal

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

R.-U. : Royaume-Uni

US : United States

YLD : Années de vie vécues avec un handicap

APVP : Années potentielles de vie perdues

Sources

Abásolo 2005	GAfPA 2024	Navarro-Cano 2003	Sebbag 2019
Akdemir 2016	GBD 2021	Opris-Belinski 2018	Secco 2020
Arthritis Foundation	Grätzel 2014	Ostor 2021	Son 2015
BASW 2016	Gremese 2013	Parliamentary Office of Science and Technology 2016	Stack 2019
Bergman 2022	Grygielska 2013	Perrotta 2020	Stolwijk 2016
Bodur 2011	Gronning 2010	Poland national program RA prevention 2020	Suresh 2004
Boytsov 2016	Heimans 2016	Policy paper 2023	The case of early UK Parliament MSK conditions and employment 2024
Coates 2018	Innala 2016	Puchner 2016	Van Tuyt 2010
Cross 2014	Ishida 2018	Radner 2014	Ware 1992
Curtis 2013	Isik 2007	Raza 2011	OMS
Cush 2007	Kekow 2011	Raza 2012	Wolfe 2003
Di Giuseppe 2020	Kim 2017	Raza 2015	Wolfe 2009
Magazine du Parlement européen 2014	Klarenbeek 2011	Santos-Moreno AS	Zhang 2010
EuroQoL Group 1990	McHorney 1993	Santos Moreno RA	
Final roadmap	Miranda 2012	Santos Moreno RA cost	
FtW Call to act – Riga	Molina 2015	Santos Moreno SpA clinic	
Gabriel 2003	Moura 2015		
	NAO 2009		

