



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Polyarthrite rhumatoïde

Synthèses des recommandations

Septembre 2007

Ce document représente les points essentiels
des recommandations professionnelles :
« Polyarthrite rhumatoïde : diagnostic et prise en charge initiale »
« Polyarthrite rhumatoïde : prise en charge en phase d'état »
« Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments
et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels »
Recommandations pour la pratique clinique – Septembre 2007
Ces recommandations et les argumentaires scientifiques
sont consultables dans leur intégralité sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : + 33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : + 33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en septembre 2007.

© Haute Autorité de Santé – 2007

Sommaire

1. Polyarthrite rhumatoïde (PR) : diagnostic et prise en charge initiale	__	3
2. Polyarthrite rhumatoïde (PR) : prise en charge en phase d'état	____	6
3. Polyarthrite rhumatoïde (PR) : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie – aspects médico-sociaux et organisationnels	-----	15

1. Polyarthrite rhumatoïde (PR) : diagnostic et prise en charge initiale

1.1 Objectifs des recommandations

- Évaluer et proposer les éléments les plus pertinents pour favoriser un diagnostic précoce et l'instauration rapide d'un traitement de fond.
- Obtenir un impact sur la prévention et le ralentissement ou le contrôle de la progression de la PR, et de ses complications.
- Réduire la douleur, prévenir la perte de fonction dans les activités quotidiennes, améliorer la qualité de vie.

1.2 Professionnels concernés

Rhumatologues, internistes, médecins généralistes, radiologues, également kinésithérapeutes, ergothérapeutes, médecins de médecine physique et de réadaptation, spécialistes de la douleur, chirurgiens orthopédistes.

1.3 Patients concernés

Patients adultes ayant une polyarthrite persistante susceptible d'être une PR ou bien ayant une PR diagnostiquée évoluant depuis moins d'un an et n'ayant pas reçu de traitement de fond.

1.4 Généralités concernant le diagnostic

- Le diagnostic de PR peut être difficile.
- Le diagnostic repose sur des arguments cliniques, biologiques, d'imagerie, et nécessite d'éliminer d'autres affections.
- Devant une arthrite touchant au moins deux articulations avec un gonflement articulaire (synovite ou épanchement), des douleurs d'horaire inflammatoire, une raideur matinale, une ténosynovite, il faut évoquer le diagnostic de PR.

Diagnostic et prise en charge initiale

Le diagnostic clinique positif de la polyarthrite rhumatoïde est évoqué s'il existe plusieurs des signes cliniques suivants

- Raideur matinale > 30 minutes
- Durée d'évolution des symptômes > 6 semaines
- Arthrite d'au moins 3 articulations touchant les poignets ou les métacarpo-phalangiennes et les interphalangiennes proximales des mains
- Douleur à la pression des métatarsophalangiennes
- Atteinte symétrique

Prescrire dès la 1^{re} consultation par le médecin spécialisé ou non en rhumatologie

Bilan d'imagerie pour rechercher érosion ou pincement articulaire

- Radiographies des mains et poignets de face, des pieds de face et de 3/4 en grandeur normale (1/1)
- Radiographie de toute articulation symptomatique

Bilan biologique

- Facteur rhumatoïde¹ IgM
- Anticorps anti-CCP²
- Vitesse de sédimentation
- Protéine C réactive (CRP)

Diagnostic différentiel : explorations minimales

- Créatininémie
- Hémogramme
- Transaminases
- Bandelette urinaire
- Anticorps antinucléaires
- Radiographie du thorax

Si radios normales

Avis spécialisé en rhumatologie nécessaire pour le diagnostic et l'instauration du traitement de fond

Si doute sur la présence d'une synovite à l'examen

Recherche d'érosions par échographie ou par IRM

Instauration d'un traitement de fond

Échographie Doppler

Information médecin traitant

Objectifs du traitement de fond

- Contrôle de l'activité, rémission, faible niveau de l'activité
- Prévention du handicap fonctionnel
- Limitation des conséquences psychosociales
- Amélioration de la qualité de la vie

Information du patient et obtention de son adhésion au traitement

Suivi conjoint du patient avec les professionnels de santé

Suivi de la PR en phase initiale

- Évaluation mensuelle jusqu'à rémission, contrôle, puis tous les 3 mois de : NAD, NAG, intensité douleur, EVA globale activité³ par le patient, raideur matinale, VS, CRP
- Calcul du score de DAS 28
- Réponse au traitement de fond instauré selon le score du DAS 28⁴
- Recherche des manifestations extra-articulaires
- Surveillance de la tolérance des traitements de fond, des corticoïdes et des AINS éventuellement prescrits selon les RCP⁵ (hématologique, hépatique, digestive, voire cardio-vasculaire, rénale)
- Surveillance radiologique (cf. bilan initial) tous les 6 mois la 1^{re} année

FR¹ par technique ELISA ou néphélométrie.

Anti-CCP² = anticorps antiprotéines/peptides citrullinés par technique ELISA.

L'EVA activité³, le DAS⁴ sont disponibles sur le site de la HAS.

Les RCP⁵ sont disponibles sur le site de l'Afssaps.

NAD : nombre d'articulations douloureuses.

NAG : nombre d'articulations gonflées.

Bilan et traitements

Le bilan initial préthérapeutique inclut le bilan réalisé lors du diagnostic et les évaluations suivantes :

- Nombre d'articulations gonflées (NAG) et nombre d'articulations douloureuses (NAD)
- Intensité de la douleur
- Échelle visuelle analogique mesuré par le patient de l'activité de la maladie (EVA globale)
- Calcul du DAS 28⁴ pour apprécier l'activité de la PR
- Recherche des manifestations extra-articulaires (exemple : ténosynovites, syndrome de Raynaud, syndrome sec, nodules rhumatoïdes, vascularite)
- Mesure du handicap fonctionnel par le HAQ⁵
- Évaluation des facteurs de risques cardio-vasculaires

Facteurs pronostiques

- NAD, NAG
- Intensité du syndrome inflammatoire (VS, CRP)
- Présence de facteur rhumatoïde
- Présence d'anticorps anti-CCP
- Présence d'érosions en imagerie
- Score du DAS 28 > 3,2
- Score HAQ ≥ 0,5

Débuter le traitement de fond le plus précocement possible

PR active sans signe de sévérité

Méthotrexate *per os* en première intention

- En l'absence de contre-indication
- Dose initiale : 10 mg/semaine à adapter au patient
- Associé aux folates
- Augmentation de dose : toutes les 4 à 8 semaines en cas d'insuffisance de réponse thérapeutique mesurée par le DAS 28⁴
- Dose maximale : 25 mg par semaine

Si contre-indications

Si intolérance ou insuffisance de réponse

Léflunomide :

20 mg par jour (pas de dose de charge)

ou

Sulfasalazine :

1 g par jour puis augmenter par paliers hebdomadaires jusqu'à 2 à 3 g par jour

Méthotrexate

forme
parentérale
(IM, SC)

+ gestes locaux (infiltrations)

PR active sévère d'emblée

Signes de sévérité :

- HAQ > 0,5
- ou lésions structurales à l'imagerie
- ou manifestations systémiques (autres que ténosynovites)

Association de traitements de fond

Par exemple :

infiximab **ou**
étanercept
ou adalimumab
+ MTX

Par exemple :

MTX
+ sulfasalazine
**+ hydroxychloro-
quine**
+ corticoïdes

⚠ Prescription de corticoïdes

Toujours en association à un traitement de fond après diagnostic confirmé, l'indication et la durée sont du ressort de l'avis spécialisé, éventuellement dans l'attente de l'effet des traitements de fond.

Dose minimale efficace : ne pas dépasser 10 mg/jour ou 0,15 mg/kg/jour de prednisone *per os* ou équivalent.

**En cas d'échec thérapeutique ou d'intolérance
se référer aux recommandations « PR prise en charge en phase d'état », chapitre 2**

⁴ Le HAQ⁵ est disponible sur le site de la HAS.

2. Polyarthrite rhumatoïde (PR) : prise en charge en phase d'état

2.1 Objectifs des recommandations

- Avoir un impact sur la prise en charge quotidienne des patients atteints de PR, et par conséquent, améliorer l'évolution de cette maladie, diminuer ses complications et ses comorbidités, notamment cardio-vasculaires.
- Homogénéiser et optimiser les prises en charge thérapeutiques de la PR en phase d'état.
- Inciter les praticiens à utiliser des outils de suivi à l'aide de mesures quantitatives, et insister sur la nécessité d'un suivi rapproché du patient atteint de polyarthrite rhumatoïde en phase d'état.

2.2 Patients concernés

Tout patient adulte atteint de PR évoluant depuis plus d'un an ou de moins d'un an en échec d'un premier traitement de fond. Pour les patients dont la polyarthrite évolue depuis moins d'un an et ne recevant pas traitement de fond se reporter au chapitre 1.

2.3 Objectifs du traitement de fond

- Un faible niveau d'activité de la maladie (par exemple un score de DAS 28 inférieur à 3,2)¹ stable dans le temps, et si possible une rémission clinique (tel un score de DAS 28 inférieur à 2,6) stable dans le temps.
- La prévention et le contrôle des lésions structurales (absence de progression des lésions radiologiques existantes ou absence de survenue de nouvelles lésions).
- Le contrôle de la douleur, l'amélioration ou la stabilisation du handicap fonctionnel, la limitation des conséquences psychosociales et la préservation de la qualité de vie du patient et de l'espérance de vie.
- La limitation de l'effet délétère des traitements.

2.4 Critères pour changer de traitement de fond

- La survenue d'événement(s) indésirable(s) ou intercurrent(s) jugé(s) incompatible(s) avec la poursuite du traitement en cas d'insuffisance d'efficacité clinique ou structurale.
- L'efficacité clinique doit se juger sur des critères d'activité :
 - ▶ des critères d'activité cliniques : (NAG, NAD) ; la durée de la raideur matinale ; le niveau global d'activité évalué par le patient (EVA) et le niveau global d'activité évalué par le médecin ;
 - ▶ des critères biologiques : (VS), protéine C réactive (CRP) ;
 - ▶ le calcul du DAS 28.

1. Il existe d'autres outils de mesure validés de l'activité de la maladie tels que le SDAI et le CDAI.

2.5 Critères pour évaluer une insuffisance d'efficacité clinique et une insuffisance d'efficacité structurale

- **Soit une absence de réponse primaire** après une période de 12 à 24 semaines selon le traitement de fond utilisé, en fonction des critères de réponse EULAR : DAS 28 > 5,1 et une variation du DAS 28 < 1,2, ou un DAS 28 < 5,1 et une variation du DAS 28 < 0,6.
- **Soit une réponse modérée** après une période de 12 à 24 semaines selon le traitement de fond utilisé, et selon les critères de réponse EULAR :
 - DAS 28 entre 3,2 et 5,1 et une variation du DAS 28 > 0,6 ;
 - DAS 28 < 3,2 et une variation du DAS 28 entre 0,6 et 1,2 mais jugée insuffisante par le patient et le médecin, par exemple du fait de critères d'activité clinique associés (durée de la raideur matinale, douleur, atteinte des pieds et chevilles non comptabilisée dans le calcul du DAS 28, manifestations extra-articulaires).
- **Soit un échappement thérapeutique** après une réponse clinique initiale, défini par une aggravation persistante des paramètres d'activité lors de 2 consultations de 1 à 3 mois d'intervalle.
- **Soit l'impossibilité de réduire une corticothérapie** associée à une posologie acceptable quant au rapport bénéfice/risque individuel (par exemple de 0,1 à 0,15 mg/kg/j).
- **L'insuffisance d'efficacité structurale** peut correspondre à une progression de lésions existantes ou à la survenue de nouvelles lésions (érosions, pincements articulaires) évaluées en comparant des radiographies standard.

Proposition de stratégie thérapeutique de deuxième intention : pour un patient sous méthotrexate, insuffisant à dose maximale tolérée pendant au moins 3 mois

La PR est active, ou évolutive,

- soit avec un score de **DAS 28 > 5,1**
- soit avec un score de **DAS 28 > 3,2** et une corticodépendance¹
- soit avec la présence ou la progression des lésions structurales à l'imagerie

Prescrire en fonction du niveau d'activité de la PR, âge, comorbidités, souhait du patient

MTX associé à anti-TNF Alpha²
ou
 Adalimumab
ou
 Étanercept
ou
 Infiximab

CI aux anti-TNF alpha
oui

Si intolérance MTX
oui

Association TT de fond
 MTX associé à sulfasalazine ou à ciclosporine ou à sulfasalazine et à hydroxychloroquine ou à léflunomide ou aux sels d'or

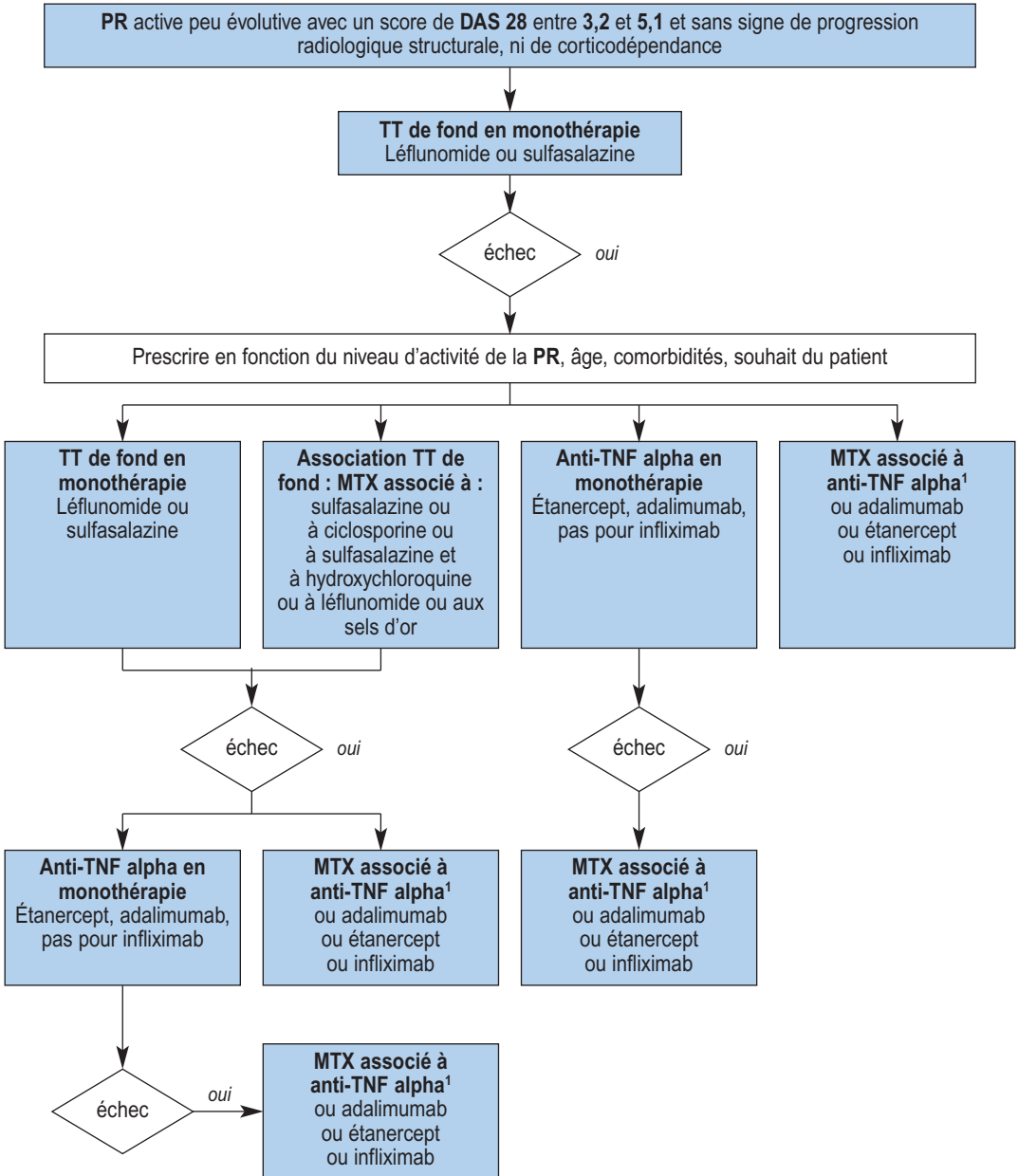
MTX associé à rituximab ou à abatacept ou à anarakinra

Anti-TNF alpha en monothérapie
 Étanercept, adalimumab, pas pour infliximab

Anti-TNF alpha associé à un autre TT de fond que MTX
 Par exemple : léflunomide ou sulfasalazine ou azathioprine ou hydroxychloroquine

1. Définition proposée pour la corticodépendance : la corticodépendance peut être définie comme une impossibilité de diminuer la posologie sans réactivation de la maladie sous un seuil de 0,1 à 0,15 mg/kg/j.
 2. Cités par ordre alphabétique.

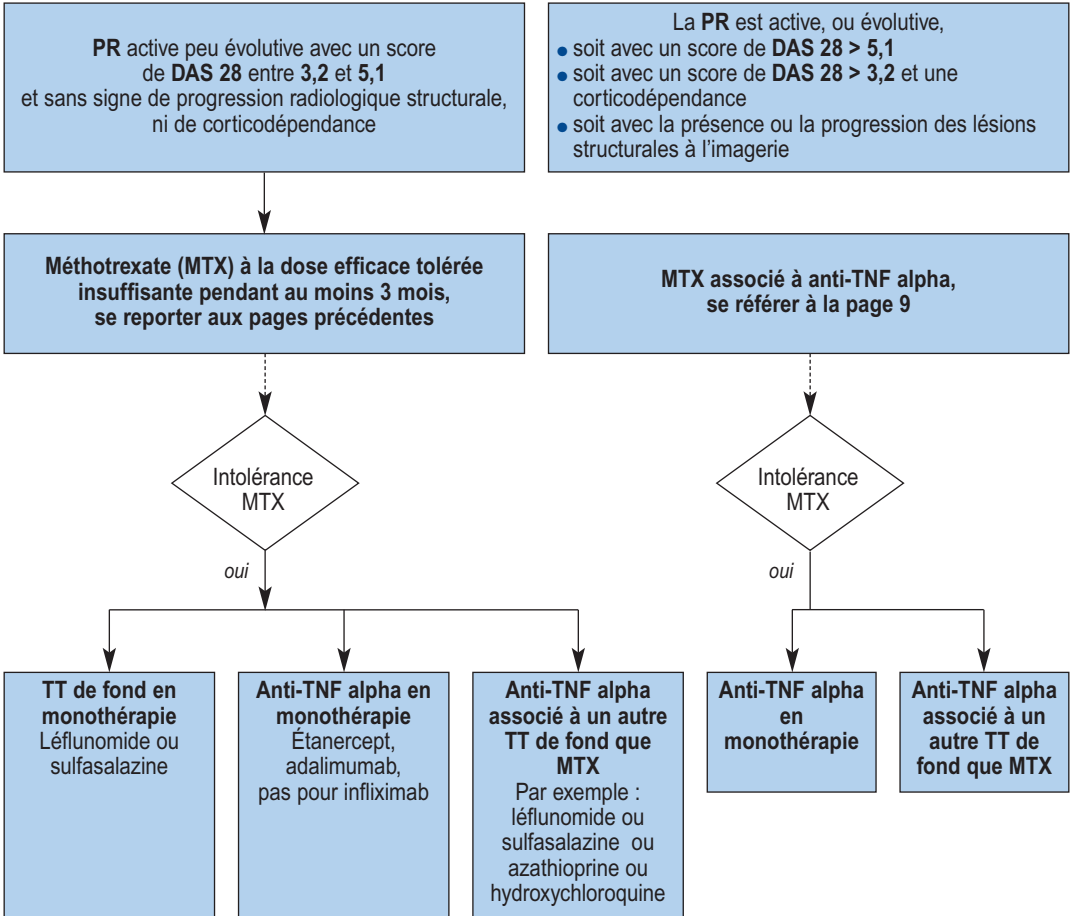
Proposition de stratégie thérapeutique de deuxième intention : pour un patient sous méthotrexate, insuffisant à dose maximale tolérée pendant au moins 3 mois



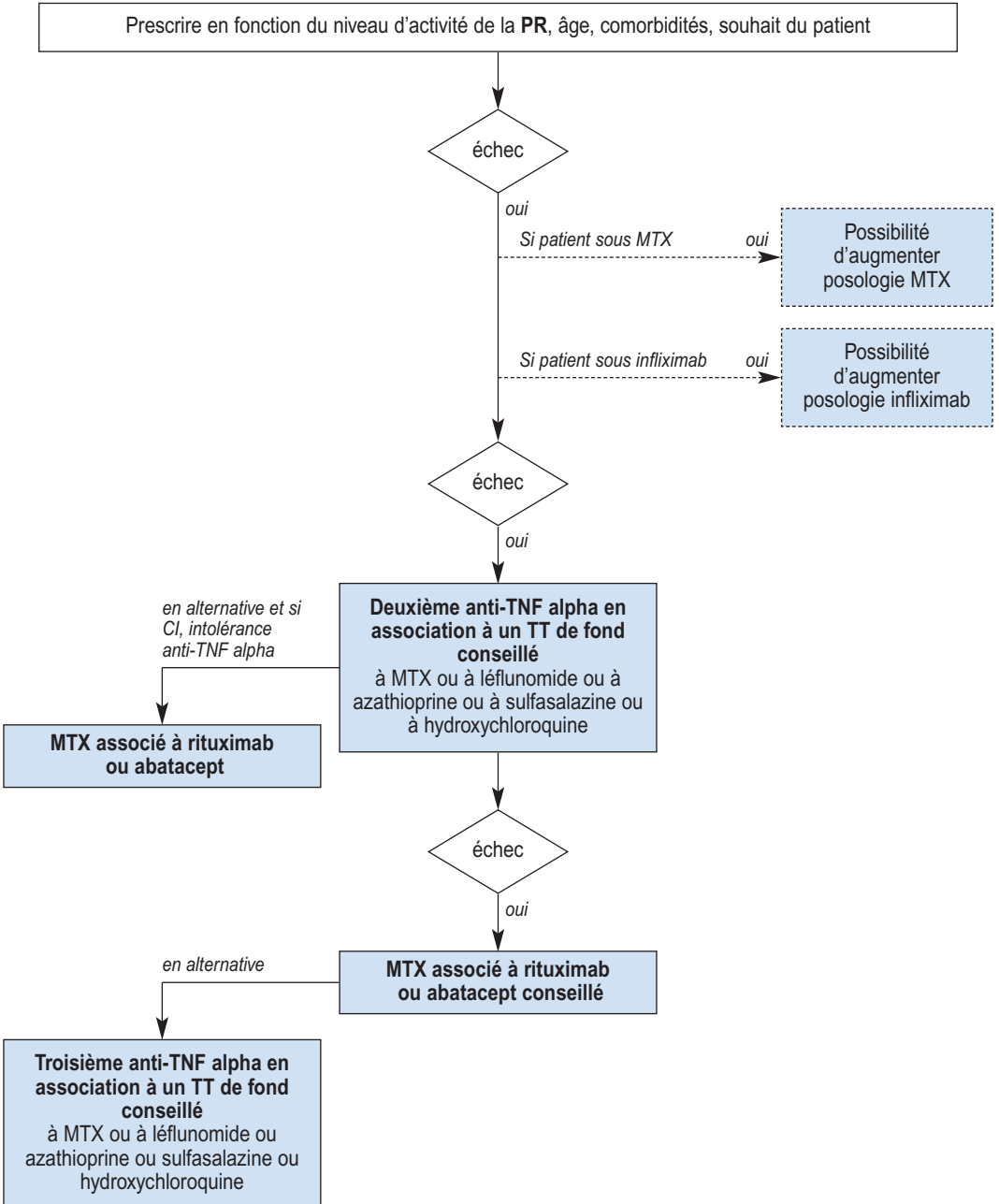
1. Cités par ordre alphabétique.

Proposition de stratégie thérapeutique de deuxième intention : pour un patient sous léflunomine ou sulfasalazine, insuffisant à dose maximale tolérée pendant au moins 3 mois

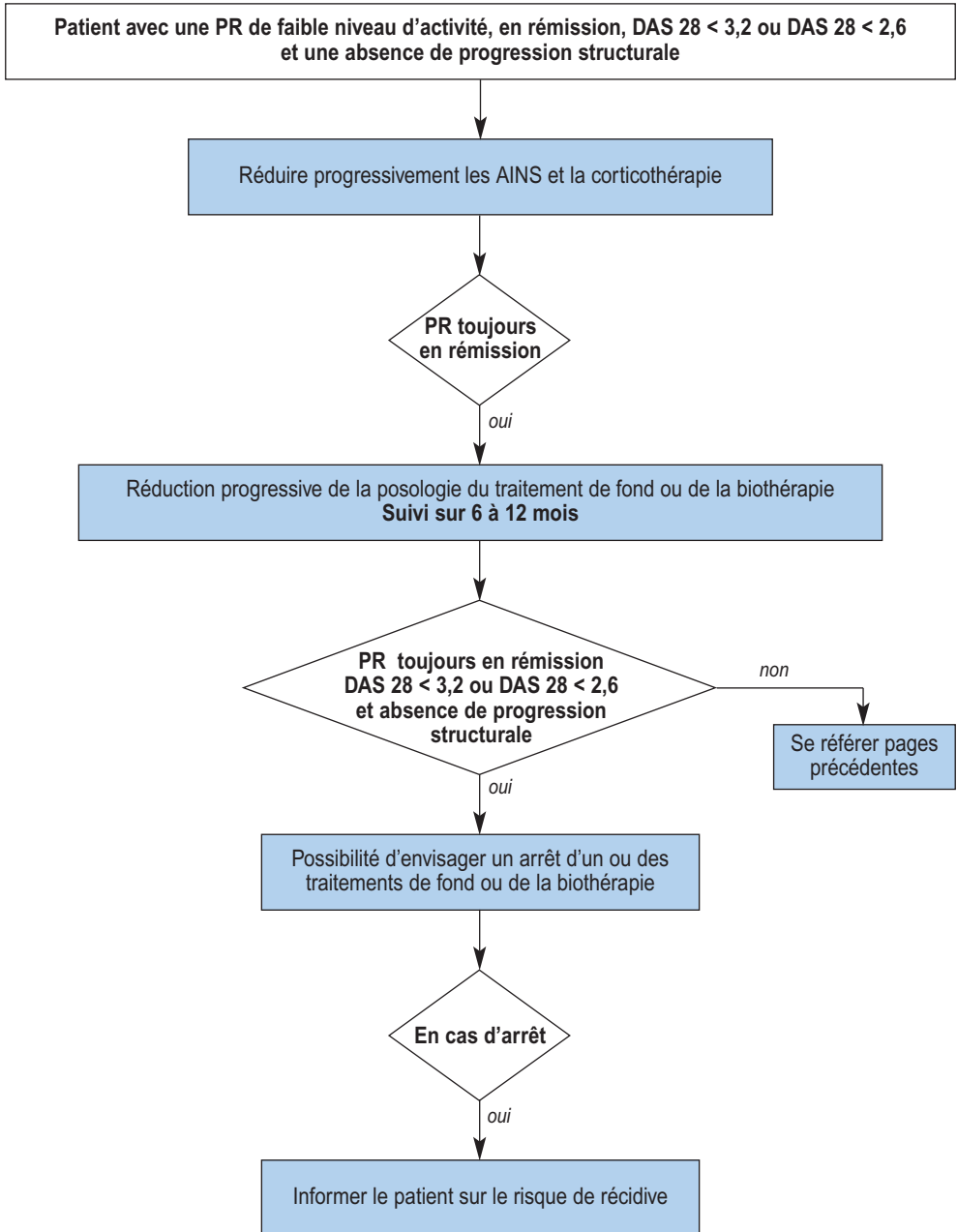
Prescrire en fonction du niveau d'activité de la PR, âge, comorbidités, souhait du patient



Proposition de stratégie thérapeutique de deuxième intention : patient en échec thérapeutique sous anti-TNF alpha en association à un traitement de fond (MTX ou autre)



Proposition de stratégie thérapeutique de deuxième intention : PR avec un faible niveau d'activité



2.6 Corticoïdes

- Une corticothérapie à demi-vie courte par voie orale telle que la prednisone ou ses dérivés est recommandée.
- Il est fortement recommandé d'utiliser, sur la durée la plus courte, la posologie minimale efficace qui peut être au maximum :
 - ▶ en attendant l'efficacité d'un traitement de fond ou en cas de survenue d'une poussée : 0,2 mg/kg et par jour ;
 - ▶ en cas de traitement au long cours : 0,15 mg/kg et par jour ;
 - ▶ en cas de manifestations cliniques extra-articulaires systémiques : 0,5 à 1 mg/kg et par jour.
- Il est recommandé de toujours envisager une réduction progressive de la posologie de la corticothérapie, avec comme objectif un sevrage complet.
- Si la corticothérapie générale est retenue pour le traitement des symptômes articulaires inflammatoires, dans l'attente de l'effet du traitement de fond, la durée de la corticothérapie doit être de 2 à 6 mois au maximum.
- En cas de corticodépendance qui peut être définie comme une impossibilité de diminuer la posologie sans réactivation de la maladie sous un seuil de 0,1 à 0,15 mg/kg/j d'équivalent prednisone, il est fortement recommandé d'envisager une modification du traitement de fond pour permettre la réduction de cette corticothérapie.

2.7 Le suivi de la polyarthrite rhumatoïde (PR)

- Il est recommandé de recueillir les éléments suivants pour évaluer l'activité de la maladie :
 - ▶ le nombre d'articulations gonflées (NAG), le nombre d'articulations douloureuses (NAD) ;
 - ▶ les critères d'interrogatoire qui sont : l'échelle visuelle analogique (EVA) globale de l'activité par le patient, la durée de la raideur matinale et l'intensité de la douleur ;
 - ▶ l'appréciation globale de l'activité par le médecin ;
 - ▶ les paramètres biologiques : vitesse de sédimentation (VS), protéine C réactive (CRP) ;
 - ▶ le calcul du DAS 28³.
- Il est recommandé de rechercher régulièrement des manifestations extra-articulaires (nodules rhumatoïdes, vascularite, manifestation cardiaque, pulmonaire, neurologique, etc.).
- Il est recommandé de mesurer l'efficacité thérapeutique sur l'activité de la maladie en utilisant notamment le DAS 28.
- La progression radiologique dans la polyarthrite rhumatoïde en phase d'état doit être évaluée sur des radiographies des mains-poignets de face et pieds de face et d'autres localisations, en fonction de la clinique, en grandeur normale (1/1), tous les 6 mois la première année, puis au minimum tous les ans pendant les 3 à 5 premières années et en cas de changement de stratégie thérapeutique, puis de manière plus espacée.
- Le retentissement fonctionnel de la PR doit être régulièrement évalué au moins une fois par an soit d'une manière globale par le médecin à l'interrogatoire soit en utilisant des indices tels que le score HAQ.

3. Il existe d'autres outils (SCAI et CDAI), cf. *annexe 2* des recommandations « Polyarthrite rhumatoïde : Prise en charge en phase d'état ».

- Compte tenu de la fréquence de la morbidité cardio-vasculaire associée à la PR, les autres facteurs de risque cardio-vasculaire doivent être systématiquement et régulièrement recherchés, et si possible corrigés (arrêt du tabac, dyslipidémie, HTA, diabète, obésité, décroissance d'une corticothérapie) (grade B).

2.8 Le suivi des patients traités par anti-TNF alpha

Cette surveillance doit comprendre en plus des éléments cités ci-dessus :

- sur le plan clinique : la recherche d'événements indésirables notamment infectieux. La présence d'un syndrome infectieux doit faire arrêter momentanément le traitement par anti-TNF alpha. Dans ce cas, un avis spécialisé en rhumatologie est recommandé ;
- sur le plan biologique : un hémogramme et un dosage des transaminases. Cette surveillance doit être réalisée à 1 mois, à 3 mois, puis tous les 3 mois pour l'étaNERCEPT et l'adalimumab, lors de chaque perfusion pour l'infliximab.

L'objectif thérapeutique est la réponse EULAR⁴ . En cas de non-réponse EULAR à 12 semaines, il est recommandé d'arrêter le traitement anti-TNF alpha et de modifier la stratégie thérapeutique.

4. cf. *annexe 2* des recommandations « Polyarthrite rhumatoïde : Prise en charge en phase d'état ».

3. Polyarthrite rhumatoïde (PR) : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels

3.1 Objectifs

Restreindre les conséquences de la polyarthrite rhumatoïde sur la douleur, les déficiences articulaires et musculaires, les capacités fonctionnelles et la qualité de vie.

- Définir les indications :
 - des traitements physiques et de réadaptation ;
 - des interventions éducatives et psychologiques ;
 - des autres traitements non médicamenteux.
- Adapter les prises en charge sociale et professionnelle.
- Définir les modalités organisationnelles de la prise en charge globale.

3.2 Professionnels concernés

- Médecins généralistes, dont médecins à exercice particulier, rhumatologues, médecins de médecine physique et de réadaptation, médecins du travail.
- Assistants de service social, diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, orthésistes agréées, orthoprothésistes, pédicure-podologues, podo-orthésistes, psychologues.

3.3 Place des traitements non médicamenteux

Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde nécessite une prise en charge globale où les interventions thérapeutiques non médicamenteuses doivent être systématiquement envisagées quels que soient l'activité ou le stade d'évolution de la maladie. Elles sont complémentaires des traitements médicamenteux ou chirurgicaux et ne s'y substituent pas.

Les différentes interventions thérapeutiques non médicamenteuses dans le cadre de la PR sont multiples :

- traitements physiques : kinésithérapie, ergothérapie, pédicurie-podologie ;
- réadaptation et notamment aménagement de l'environnement ;
- éducation thérapeutique du patient et interventions psychologiques ;
- autres interventions, notamment diététiques.

L'examen clinique détaillé et la collaboration médicale pluridisciplinaire permettent de définir les objectifs et les indications thérapeutiques non médicamenteuses et de suivre les bénéfices obtenus par le traitement (*tableau 1*).

Points clés

- Les activités physiques dynamiques et aérobies sont recommandées (grade B).
- L'éducation thérapeutique du patient est recommandée (grade B).
- La prise en charge non médicamenteuse nécessite souvent l'intervention de nombreux professionnels, si possible coordonnée par le médecin de médecine physique et de réadaptation, en collaboration avec le médecin traitant et le spécialiste en rhumatologie (accord professionnel).

Tableau 1. Indications des interventions non médicamenteuses en fonction des objectifs thérapeutiques

Traitement non médicamenteux	Interventions à visée antalgique	Interventions à visée articulaire	Interventions à visée musculaire	Interventions à visée fonctionnelle	Interventions à visée éducative	Interventions à visée psychologique	Interventions à visée sociale et professionnelle	Interventions à visée d'autres objectifs
Recommandé¹ à tous les patients	-	Auto-programme d'exercices (mains ⁺⁺) ^c	Activités aérobies ^b Auto-programme d'exercices ^{ap}	Activités aérobies ^b	Information ^{ap} Éducation thérapeutique (protection articulaire ⁺⁺) ^b	Évaluation état psychologique ^{ap}	Demande de 100 % (selon critères ALD ⁵) ^{ap}	Transmission des coordonnées d'associations de patients ^{ap}
Recommandé en fonction de l'évaluation clinique, sociale ou professionnelle	Orthèses ^c Pédicurie-podologie y compris chaussage ^{ap}	Techniques de gain d'amplitudes ³ y compris en balnéothérapie ^{ap} Orthèses ^c Pédicurie-podologie ^{ap}	Renforcement musculaire dynamique ou/et isométrique Adaptation des activités aérobies en charge ou en décharge ^b , y compris en balnéothérapie ^c	Adaptation des activités aérobies ^b Ergothérapie Orthèses ^c Programmes MK ⁴ globaux ^c Pédicurie-podologie ^{ap} Aides techniques ^c Aménagement de l'environnement ^{ap}	-	Intervention psychologique ^{ap} (psycho-dynamique ou cognitivo-comportementale)	Entretien avec assistance sociale, médecin du travail ^{ap} Aménagement des conditions de travail ^{ap} Mesures de protection sociale ^{ap}	Diététique ^{ap}
Traitement adjuvant éventuel²	Balnéothérapie ^c Massage ^{ap} Physiothérapie ^{ap} Acupuncture ^{ap}	Massage ^{ap} Physiothérapie ^{ap} Postures ^{ap}	-	Cure thermale ^c	-	-	-	-

(1) Gradation des recommandations : A ; grade A ; B ; grade B ; C ; grade C ; AP : accord professionnel.

(2) Traitement adjuvant : traitement associé au traitement recommandé, médicamenteux ou non, en cas d'insuffisance, d'échec ou d'intolérance de ce dernier, ou lorsqu'il facilite la mise en oeuvre du traitement recommandé.

(3) Techniques de gain d'amplitudes : autopostures, mobilisations actives aidées, mobilisations passives ; postures si échec des précédentes.

(4) MK : masso-kinésithérapie.

(5) ALD : affection de longue durée.

3.4 Stratégies sociale et professionnelle

► Quand déclencher les démarches sociales et professionnelles ?

- **100 % dans le cadre des affections de longue durée (ALD) :**
 - effectuer la demande d'exonération du ticket modérateur dès que les critères d'admission en ALD sont confirmés par le spécialiste en rhumatologie.
- **Procédures d'aménagement professionnel :**
 - solliciter le médecin du travail dès que la PR entraîne une répercussion notable et durable dans la vie professionnelle du patient ;
 - conseiller au patient de solliciter une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé dès qu'il n'est plus en mesure d'assurer son emploi ou d'y postuler sans aménagement des horaires ou du poste de travail.
- **Programmer un entretien avec un assistant de service social :**
 - lorsque la situation sociale du patient est précaire ou difficile, en particulier en cas d'absence de couverture complémentaire ;
 - en cas d'arrêt de travail d'une durée prévisible de plus de 3 mois ;
 - en cas de demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, mise en invalidité ou retraite anticipée ;
 - en cas de gêne durable pour effectuer les actes de la vie quotidienne.

Associations de patients

Il est recommandé d'informer tout patient atteint de PR de l'existence d'associations de malades, notamment dès que le diagnostic est formellement établi, et de lui en communiquer les coordonnées, s'il le souhaite.

3.5 Modalités organisationnelles

● **Place des différents professionnels de santé**

Chaque patient est suivi conjointement par un spécialiste qualifié en rhumatologie et un médecin traitant.

Ils élaborent un projet thérapeutique commun adapté aux besoins du patient, en accord avec lui. Le médecin de médecine physique et de réadaptation coordonne, dans la mesure du possible, la mise en œuvre des traitements non médicamenteux lorsqu'ils nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels.

● **Prise en charge pluridisciplinaire**

L'accès à une prise en charge pluridisciplinaire est recommandé lorsque l'état clinique du patient nécessite l'intervention de nombreux professionnels.

● **Réseaux de santé**

Les réseaux de santé constituent une des modalités organisationnelles de mise en œuvre d'une prise en charge pluridisciplinaire de la PR.

Achévé d'imprimer en novembre 2007
Imprimerie Moderne de l'Est
Dépôt légal novembre 2007





Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr