



Sclérose en plaques et Emploi

Marie Delenne, patiente experte

La ligue française contre la SEP

Réseau PACASEP

Audrey Rico-Lamy, neurologue

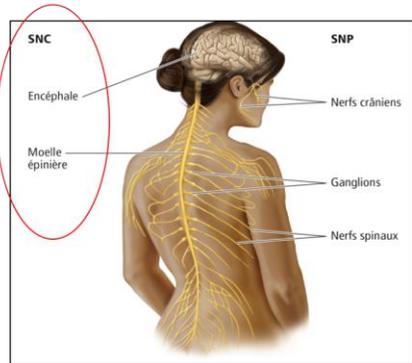
Centre de ressources et de compétences pour la SEP

Hôpitaux universitaires de Marseille Timone

Réseau PACASEP

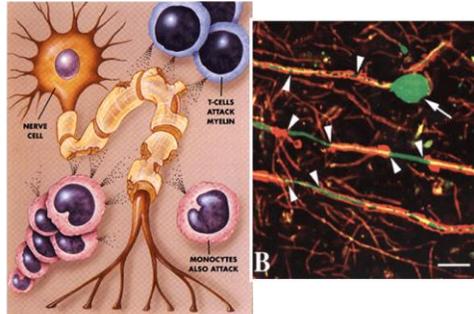
Sclérose en plaques : ce qui est toujours d'actualité

Maladie inflammatoire dysimmunitaire
du système nerveux central



d'origines multifactorielles

dirigée contre les cellules formant
la gaine myéline: oligodendrocytes



Altération conduction nerveuse
=> symptômes

- Débute chez l'adulte jeune
- 3 femmes pour 1 homme
- 100 – 120 / 100 000 habitants

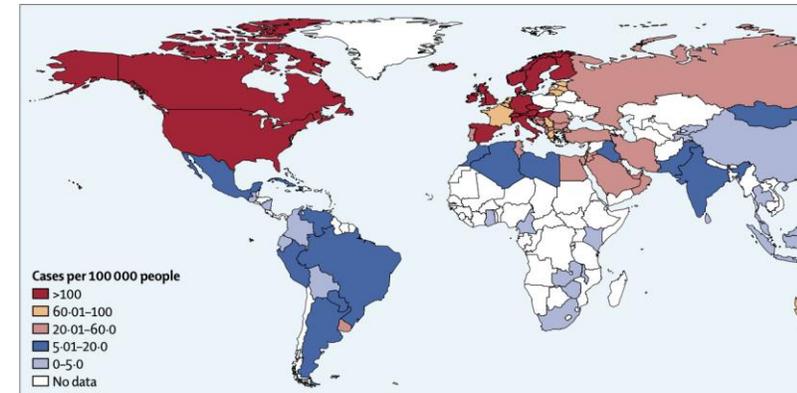
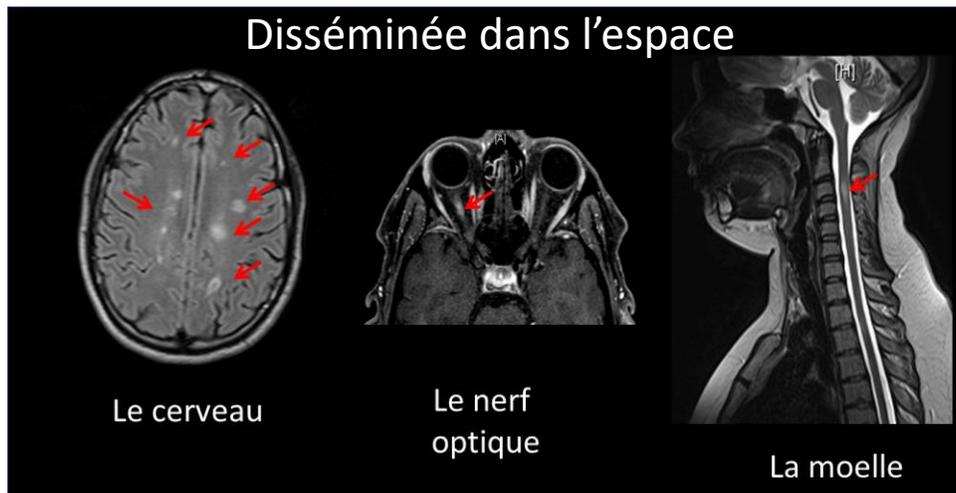
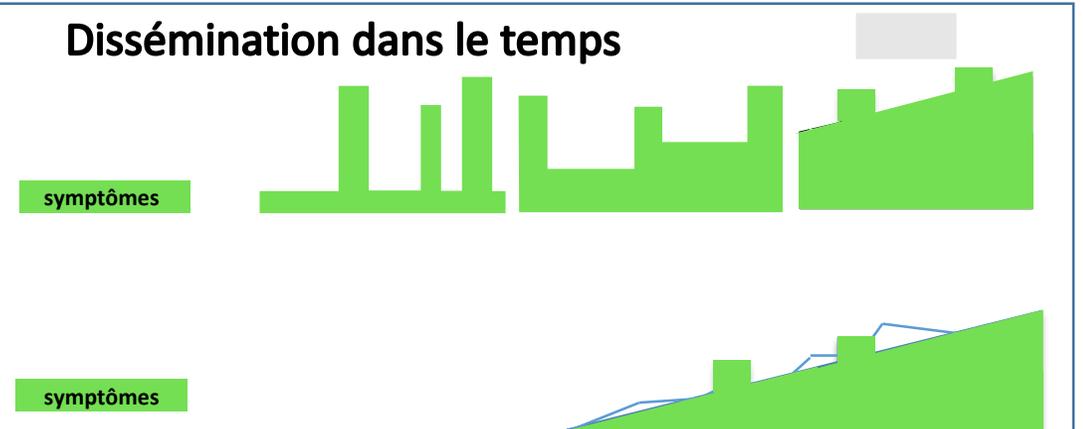


Figure 1: Global prevalence of multiple sclerosis
Source: Reproduced with permission from Atlas of MS 2013, MS International Federation.

Disséminée dans l'espace



Dissémination dans le temps



Sclérose en plaques : ce qui est nouveau

Identification des causes



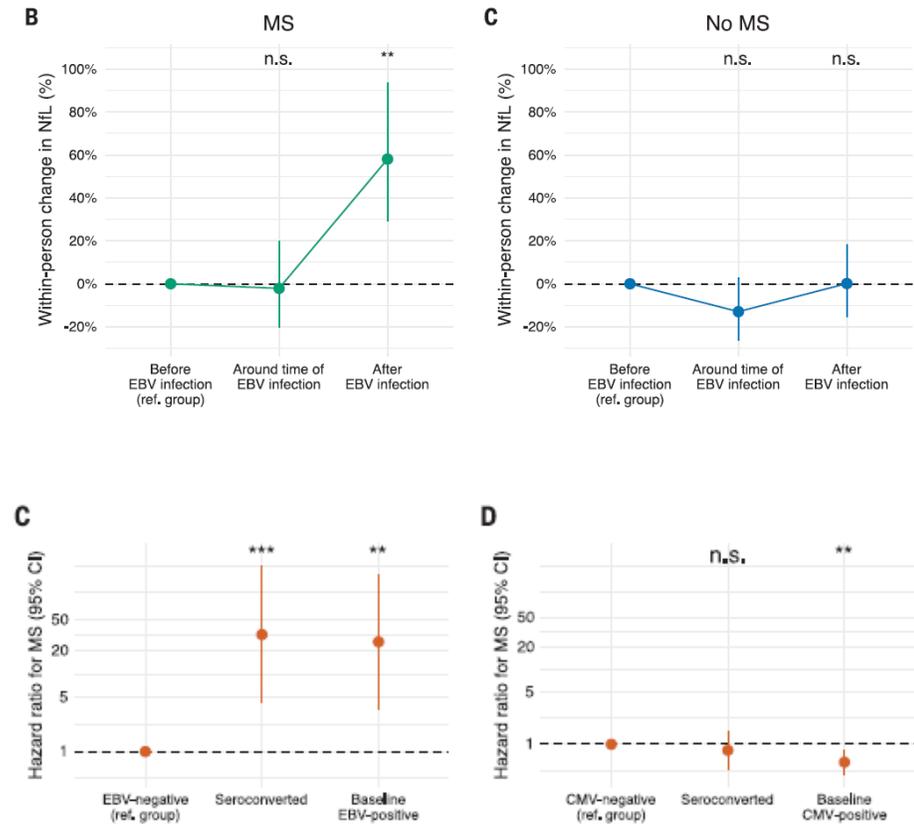
REPORT

MULTIPLE SCLEROSIS

Longitudinal analysis reveals high prevalence of Epstein-Barr virus associated with multiple sclerosis

Kjetil Bjornevik^{1†}, Marianna Cortese^{1†}, Brian C. Healy^{2,3,4}, Jens Kuhle⁵, Michael J. Mina^{6,7,8}, Yumei Leng⁶, Stephen J. Elledge⁶, David W. Niebuhr⁹, Ann I. Scher⁹, Kassandra L. Munger^{1†}, Alberto Ascherio^{1,10,11*†}

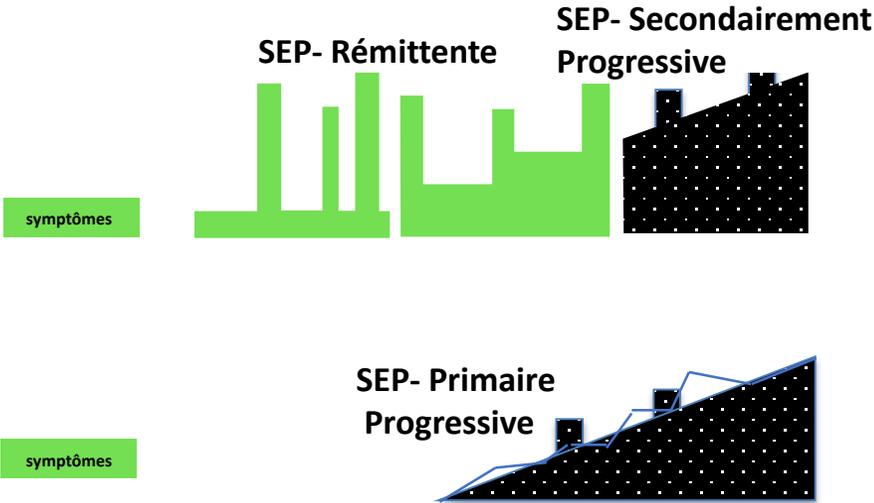
Multiple sclerosis (MS) is a chronic inflammatory demyelinating disease of the central nervous system of unknown etiology. We tested the hypothesis that MS is caused by Epstein-Barr virus (EBV) in a cohort comprising more than 10 million young adults on active duty in the US military, 955 of whom were diagnosed with MS during their period of service. Risk of MS increased 32-fold after infection with EBV but was not increased after infection with other viruses, including the similarly transmitted cytomegalovirus. Serum levels of neurofilament light chain, a biomarker of neuroaxonal degeneration, increased only after EBV seroconversion. These findings cannot be explained by any known risk factor for MS and suggest EBV as the leading cause of MS.



Meilleure compréhension de la physiopathologie

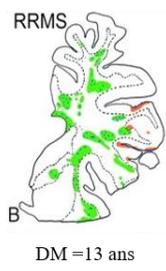
L'inflammation reste impliquée dans la progression

~~Hypothèse ?
 Poussée = inflammation
 Progression = dégénérescence~~

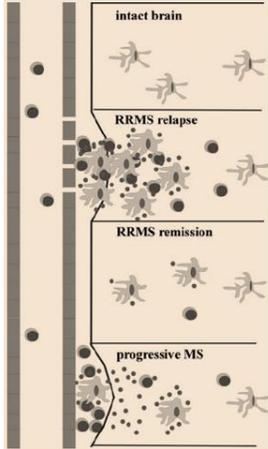
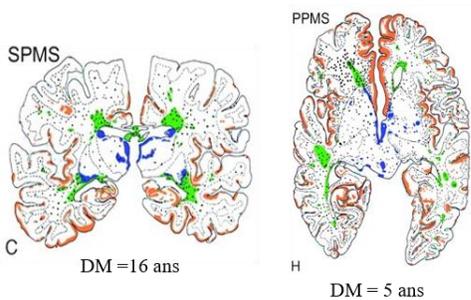


Poussée ou Progression : deux types d'inflammation

SEP R prédominance
 lésions focales démyélinisantes
 actives de la SB



SEP P prédominance
 Démyélinisation corticale et
 atteinte diffuse SBAN



vert démyélinisation focale SB
Rouge démyélinisation corticale
Bleu lésion SG profonde
Spot infiltrat inflammatoire

Inflammation focale:
 rupture de la barrière HE,
 entrée massive dans le parenchyme
 de c T et macrophage

Inflammation SBAN et cortex
 inflammation circonscrite = pseudo-follicules lymphoïdes
 dans les méninges ou les espaces péri vasculaires
 Sécrétion de facteurs diffusibles
 stimulant microglie et qq c T dispersées

Bradl and Lassmann, Semin Immunopathol 2009 ; Lassmann nature neuroscience 2014 Serafini, Brain pathol 2004 ; Magliozzi, Brain 2007

Meilleure compréhension de la physiopathologie

la progression : processus complexe multifactoriel

Processus Inflammatoires

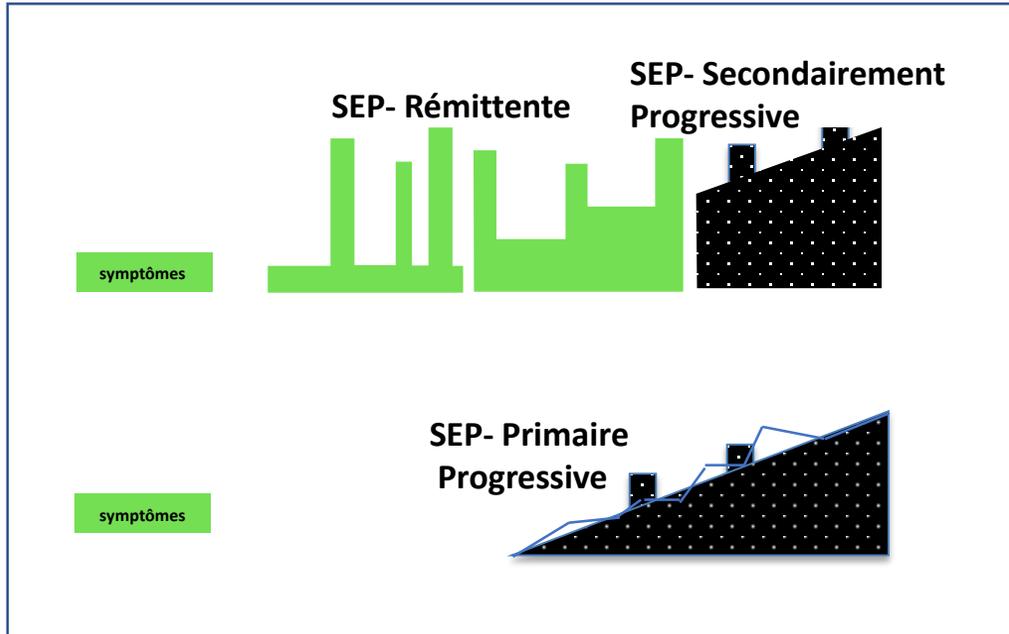
- Inflammation substance grise
- Inflammation diffuse de la substance blanche
- Inflammation chronique bordure des plaques

Réparation insuffisante et neurodégénérescence secondaire

- Remyélinisation insuffisante
- Perte axonale et neuronale secondaire
- Compensations insuffisantes

Meilleure compréhension de la physiopathologie

la progression n'exclue pas l'activité inflammatoire focale



Béatrice, 60 ans

NORB Gche à 30 ans

hémiparésie Dte à 34 ans

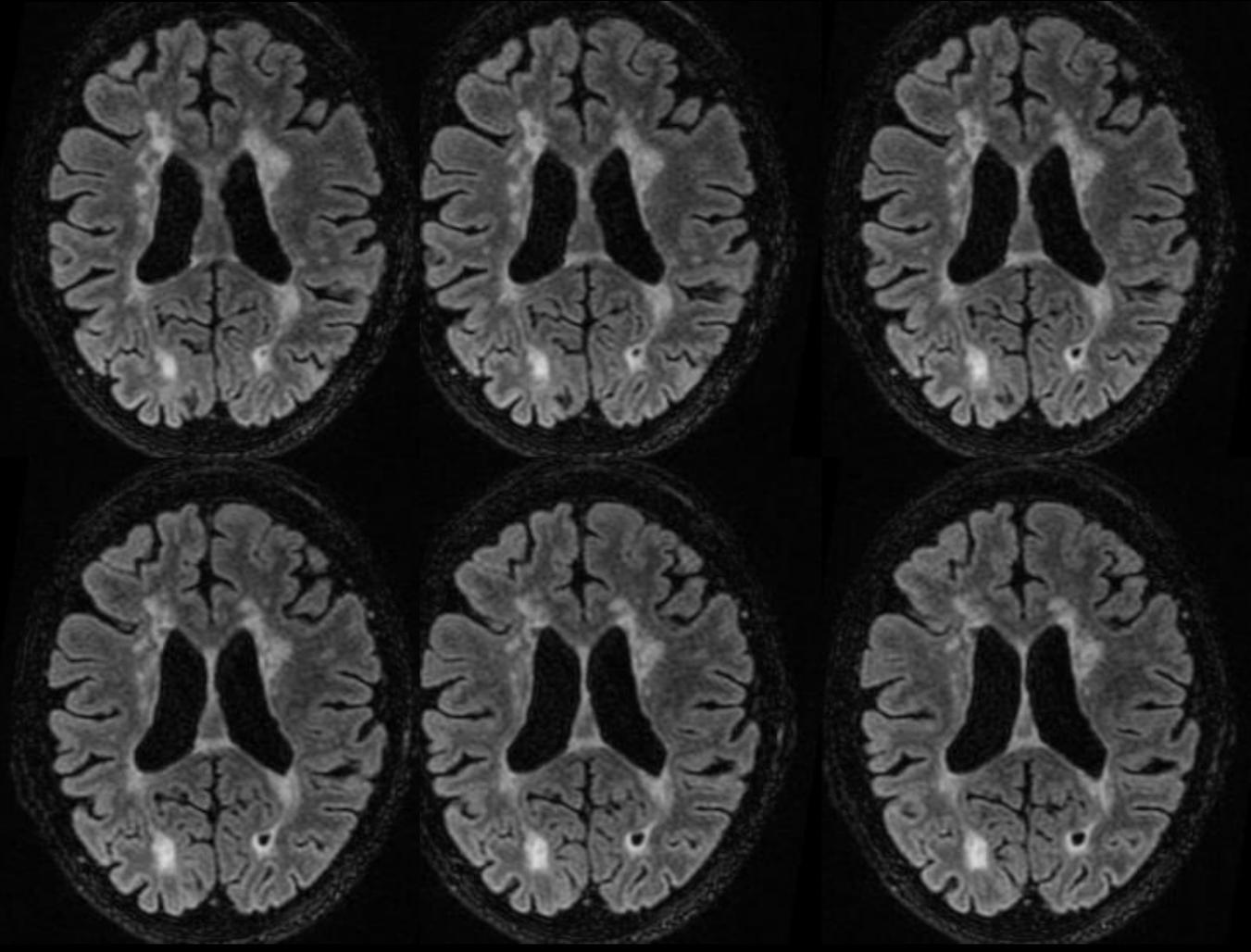
de 34 à 55 ans : 1 poussée sensitive/1 à 2 ans (non traitées)

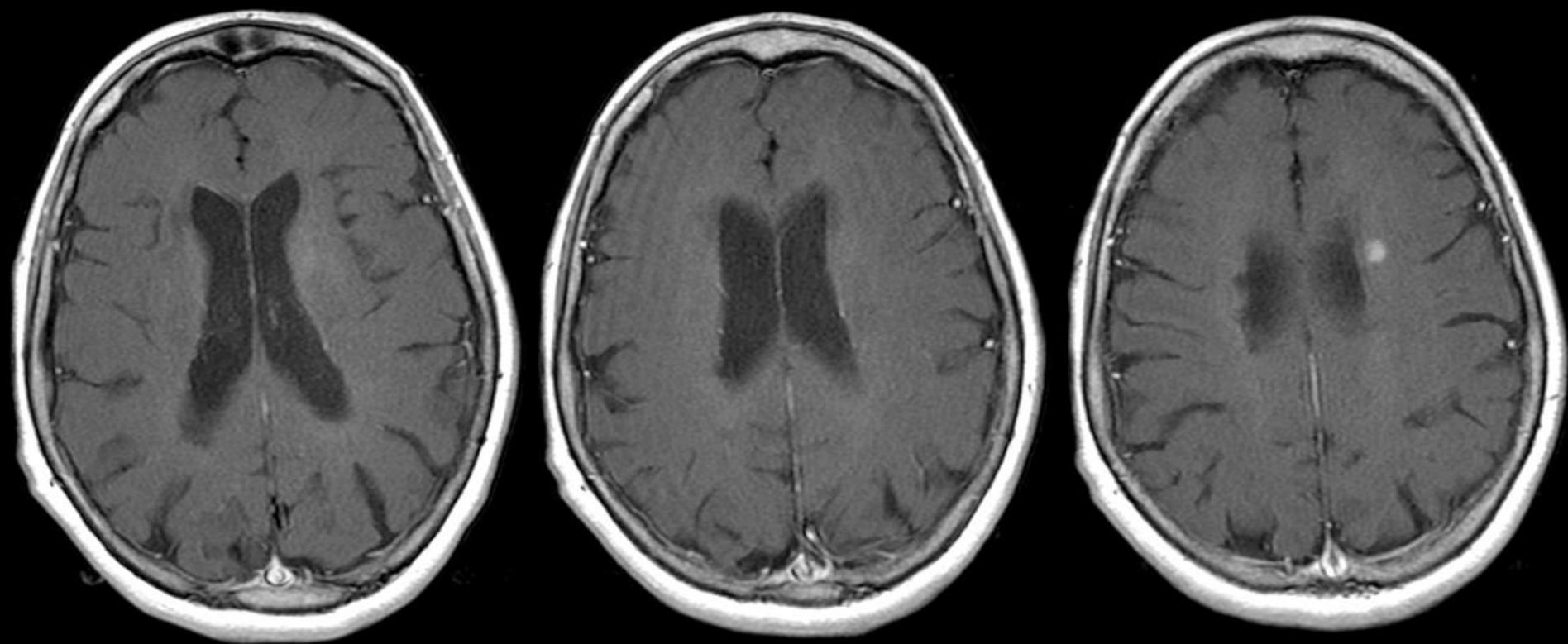
56 ans diagnostic de forme secondairement progressive :

Majoration déficit sensitivo-moteur MI progressif

Endoxan pd 2 ans (DC = 11g) arrêt pour intolérance (PM 300m)

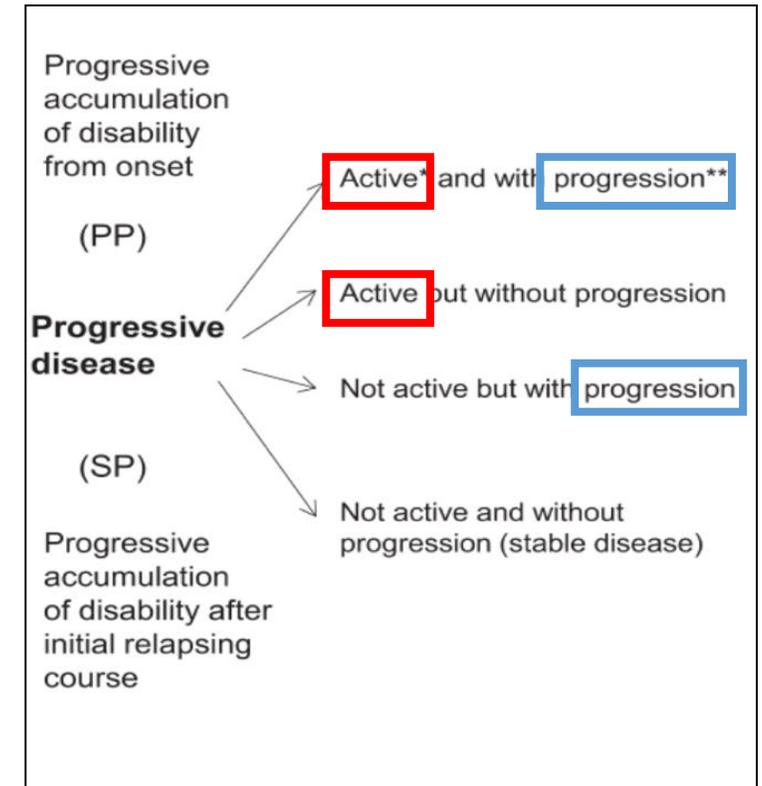
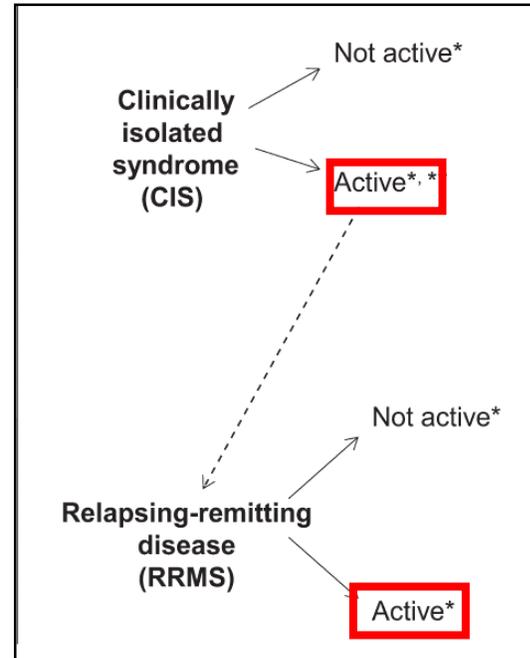
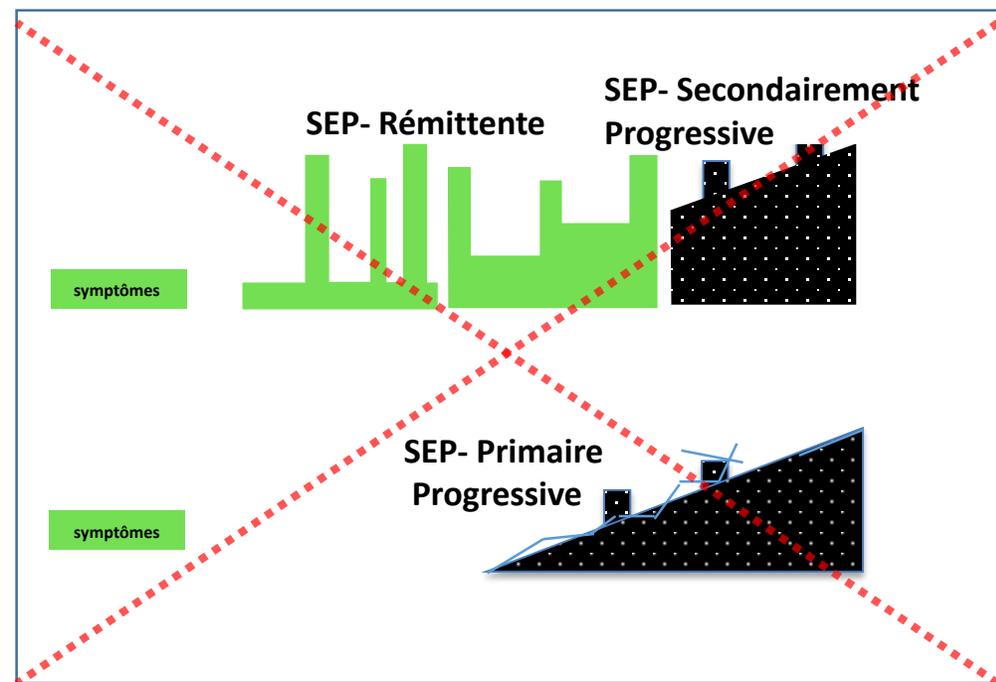
60 ans : Majoration paraparésie printemps 2015 (PM 50m)





Nouvelle classification phénotypique

Prend en compte la progression ET l'activité inflammatoire focale CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE



Lublin et Al, Neurology 2014

Active = Une poussée CLINIQUE OU NOUVELLE LÉSION

Progression = aggravation clinique continue indépendante des poussées > 1an

Nouvelle classification phénotypique

Prise en compte la progression ET l'activité inflammatoire focale CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE

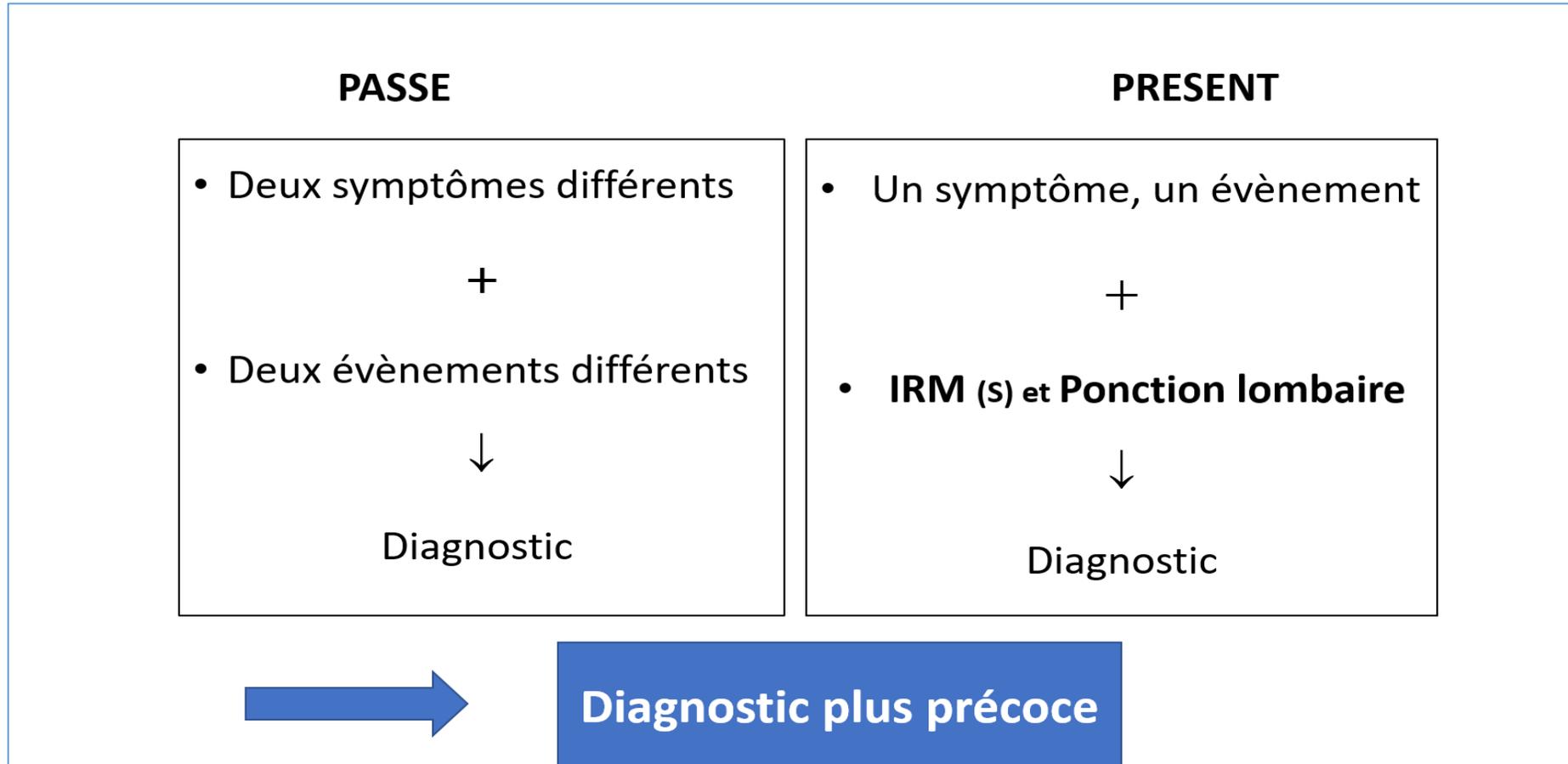
Progressive

Activité = > Traitement de fond (DMT)

Surveillance IRM ++++

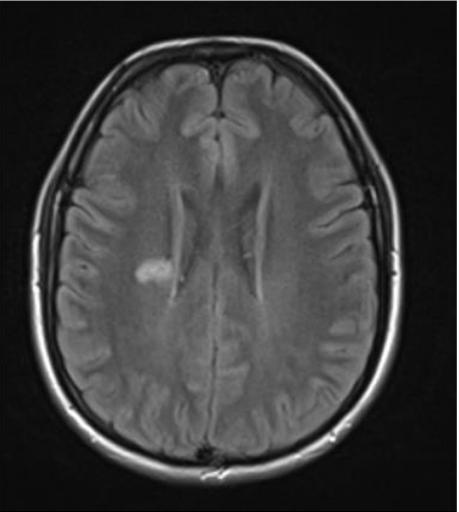
Progression = aggravation clinique continue indépendante des poussées > 1an

Amélioration des critères diagnostiques

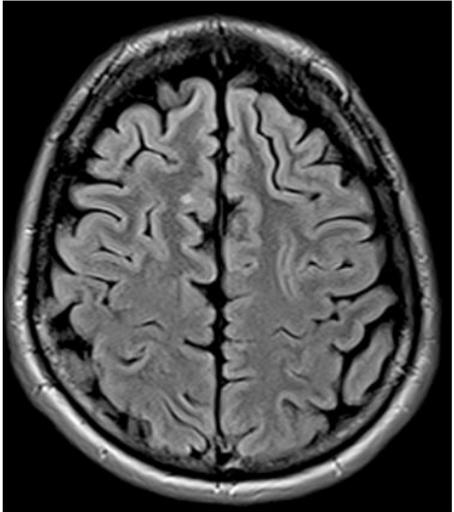


DIS: ≥ 1 lésion T2 dans ≥ 2 localisations

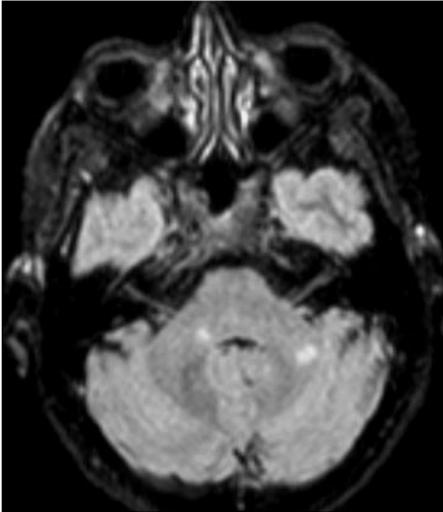
périverriculaire



corticale /juxtacorticale



infratentorielle

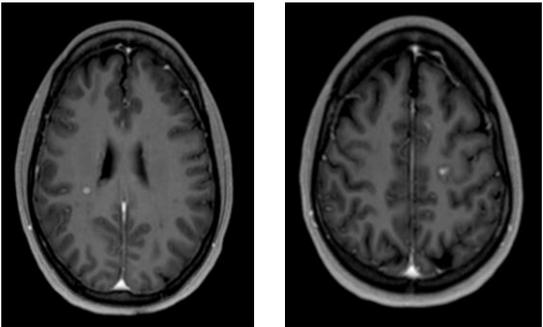


médullaire

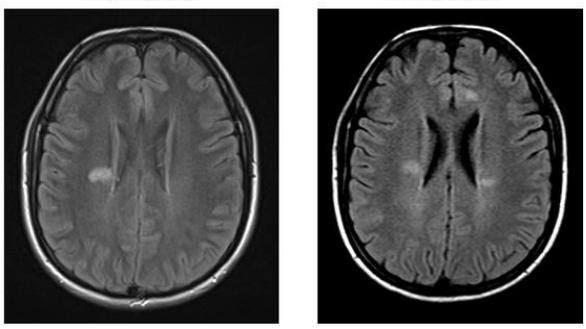


DIT

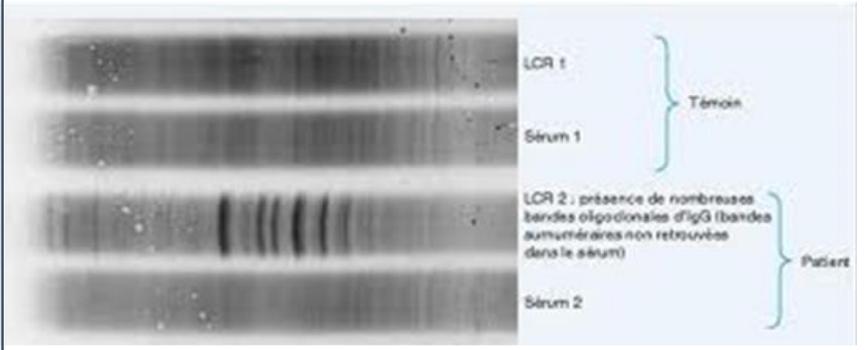
Présence de lésions actives et non actives



Apparition de lésions T2



Synthèse intrathécale d'Ig





Diagnostic et Emploi

- Des symptômes et une fatigue
 - imprévus
 - souvent incompris ou banalisés
- Une absence initiale parfois longue
 - Délai et temps du bilan diagnostic
 - Temps du tt de la poussée (médical et rééducation)
 - Récupération longue de plusieurs semaines
 - Mise en place des traitements
- Période de vulnérabilité psychologique
- L'emploi : ressource et sujet de préoccupation

=> Donner du temps :

- Maladie ordinaire puis Affection Longue Durée (ALD) : Secteur privé
- Maladie ordinaire puis Congé Longue Maladie avec ALD (CLM) : fonctionnaires
- Congé Grave Maladie : contractuels fonction publique

=> Accompagner le retour à l'emploi :

- Rassurer
- +/- Adapter poste de travail
- +/- Adapter temps de travail

Ressources administratives et opérationnelles

1. encourager à la demande de **RQTH** rapidement.
Intéressant y compris pour le congé de transition professionnelle car pas de critère d'ancienneté
2. **Les alliés : rassurer et encourager +/- adapter si nécessaire**
Médecins traitants généraliste et neurologue
Médecin du travail ou de prévention (suivi spécifique, anticipation des difficultés, avis d'aptitude au poste)
3. **Si adaptations nécessaires et avec la RQTH :**
 - **Interlocuteurs :**
Médecin du travail ou de prévention, entreprise, Cap Emploi, Agefiph, FIPHFH, MDPH
 - **Aménagements possibles :**
 - du poste de travail en fonction des symptômes ; financement par AGEFIPH, FIPHFP, (PCH véhicule)...
 - du temps de travail

Symptômes et aménagements

Symptômes visibles

Symptômes invisibles

- Proximité parking
- Véhicule aménagé
- Rampe d'accès
- Barre d'appui
- Bandes podotactiles
- Bureau RDC
- Télétravail
- Proximité WC
- Dictée vocale
- Pad
- Siège ergonomique
- Repose pieds
- ...

Fatigabilité musculaire Spasticité

- Boiterie Fauchage
- Pied tombant
- Réduction périmètre de marche
- Escaliers difficiles
- Lâchage d'objet
- Fatigabilité clavier et souris
- Manutention difficile

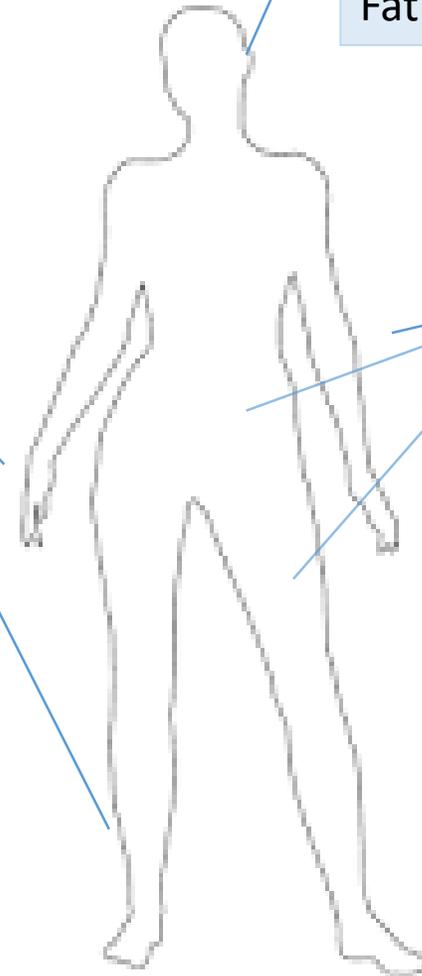
Strabisme
Nystagmus

BAV
Diplopie
Oscillopsie
Fatigabilité visuelle

Instabilité
Ataxie mouvements
Dysarthrie

- chutes
- Travail manuel de précision impossible
- Inintelligibilité (téléphone)

- Eclairage adapté
- Adaptation matériel informatique
- Limitation ou CI écran
- CI conduite
- Signalétique adaptée
- Vitroplanie
- ...



Symptômes et aménagements

Symptômes visibles

Symptômes invisibles

Asthénie
Troubles cognitifs

- Fatigabilité
- Trb attentionnels
- Mémoire de travail
- Planifications tache
- Doubles taches difficile
- Alexithymie

Anesthésie
Troubles sensitifs subjectifs

Dysesthésie – hyperesthésie - allodynie
Paresthésies

- Bureau isolé
- Éviter double tache
- Planification des taches
- Consignes écrites
- Fractionnement avec pauses plus fréquentes
- Espace de repos
- Allègement du temps de travail
-

- Sensibilité à l'interférence
- Travail continu difficile

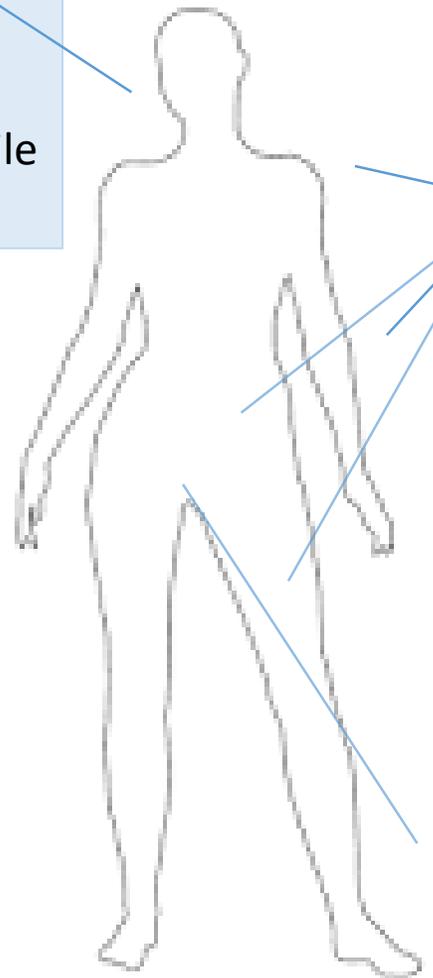
- Somnolence liée au traitements
- Apparition au repos ou à l'effort

- Adaptation horaires
- Pauses actives
- Adaptation des postures
- ...

Troubles digestifs
Troubles urinaires
Troubles sexuels

- Urgenturie
- Urgence fécale

- Toilettes proches
- Télétravail
- Sensibilisation équipe
- ...



fluctuations de symptômes et aménagements

Fluctuations dépendantes du contexte

A l'effort

Au repos

États émotionnels

- Limiter fatigue des trajets
 - Parking
 - Télétravail
- Privilégier lieu calme
Et ambiance sereine
- Sensibilisation interne des équipes et des managers
- Allègement du temps de travail

Symptômes visibles

Symptômes invisibles

Asthénie
Troubles cognitifs

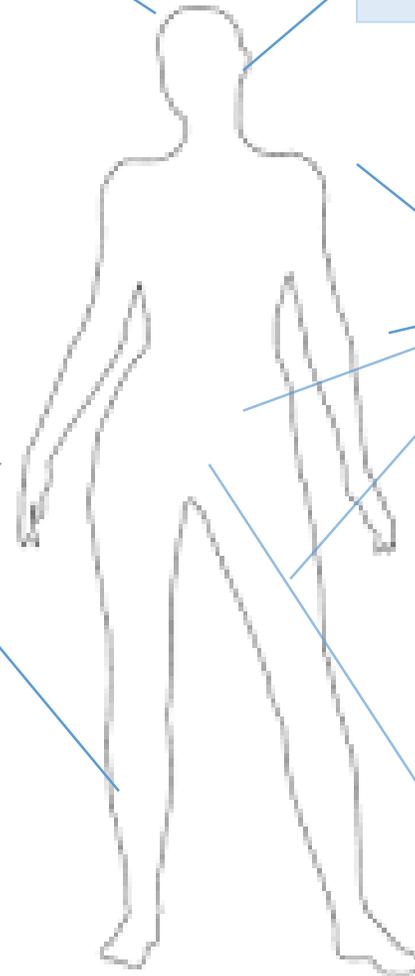
Trb visuels

Fatigabilité musculaire
Spasticité

Trb sensitifs

Équilibre
Coordination

Trb urinaires
et digestifs

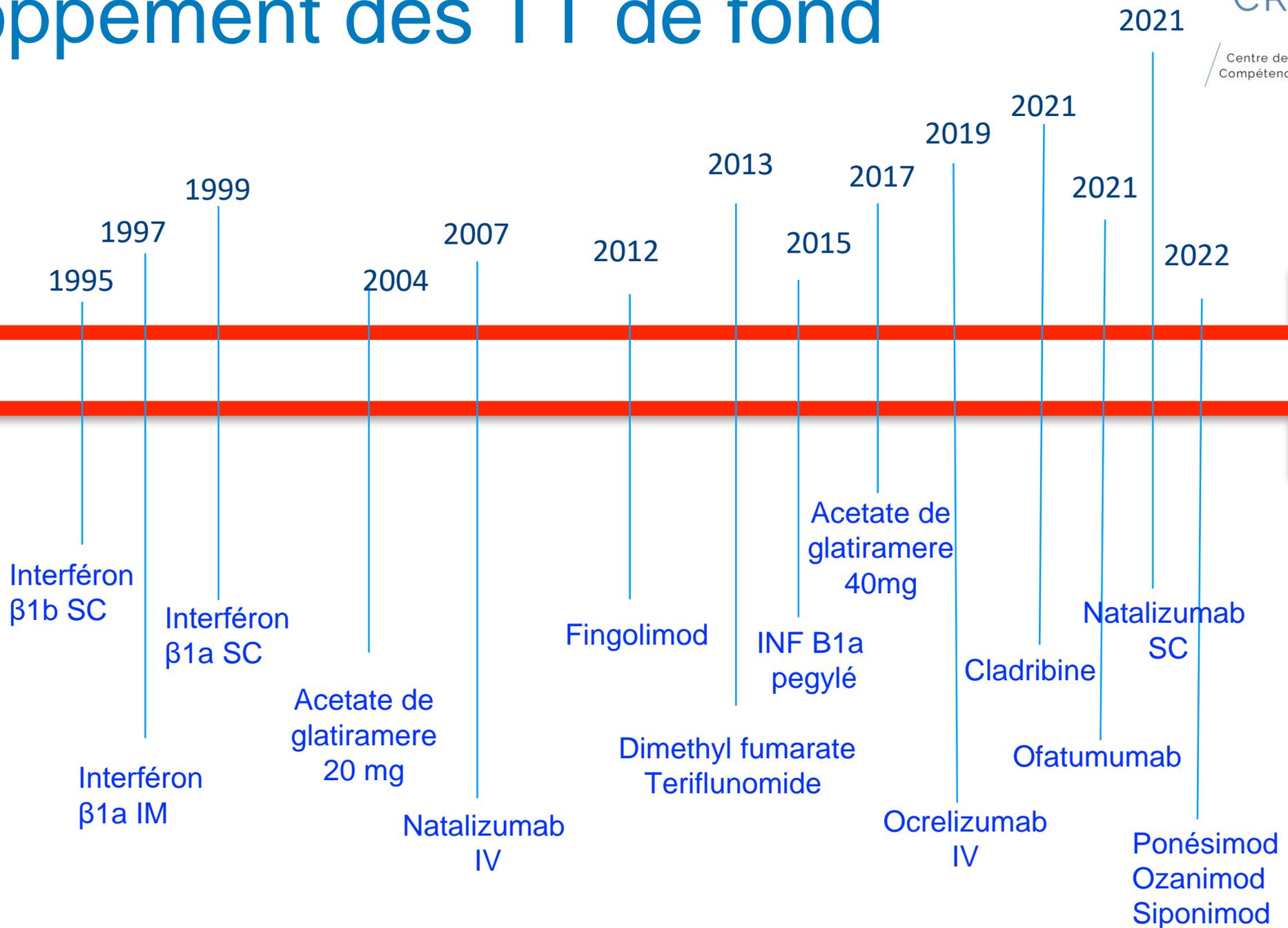


Aménagements du temps travail

- Pourquoi :
 - Progressivité de la reprise
 - Fatigabilité motrice et/ou cognitive
 - Temps pour les soins
 - Equilibre vie professionnelle et vie personnelle
- Comment :
 - nouvelle répartition du travail : emploi du temps adapté avec pauses, horaires décalés...
 - **temps partiel thérapeutique**
 - temps partiel
 - **cumul emploi et invalidité secteur privé**
ou CLM fractionné dans les fonctions publiques

Développement des TT de fond

DMT



Impact fort sur l'histoire de la maladie et le risque de handicap

sans les formes RR

Réduction significative du risque de SEP-SP et EDSS 6

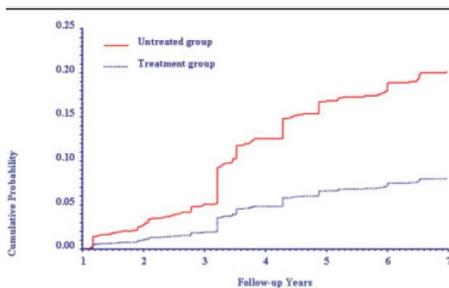


Fig 1. Propensity score-adjusted survival curves for end point: time from first visit to secondary progression. Cumulative probability represents the estimated proportion of patients reaching the end point. Solid line indicates untreated group; dashed line indicates treatment group.

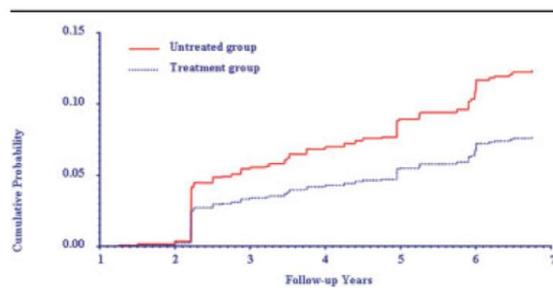
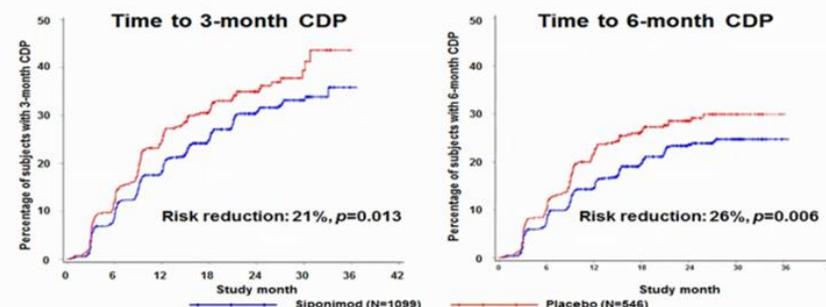


Fig 3. Propensity score-adjusted survival curves for end point: time from first visit to Expanded Disability Status Scale (EDSS) score of 6. Cumulative probability represents the estimated proportion of patients reaching the end point. Solid line indicates untreated group; dashed line indicates treatment group.

Trojano, 2007

dans les formes progressives actives

- In Phase 3 study siponimod 2 mg significantly reduced the risk of CDP vs placebo in a typical SPMS population¹



CDP, confirmed disability progression; CI, confidence interval; SPMS, secondary progressive multiple sclerosis. 1. Kappos L, et al. Presented at ECTRIMS 2016

Kappos L et al Lancet. 2018

Siponimod

Ocrelizumab

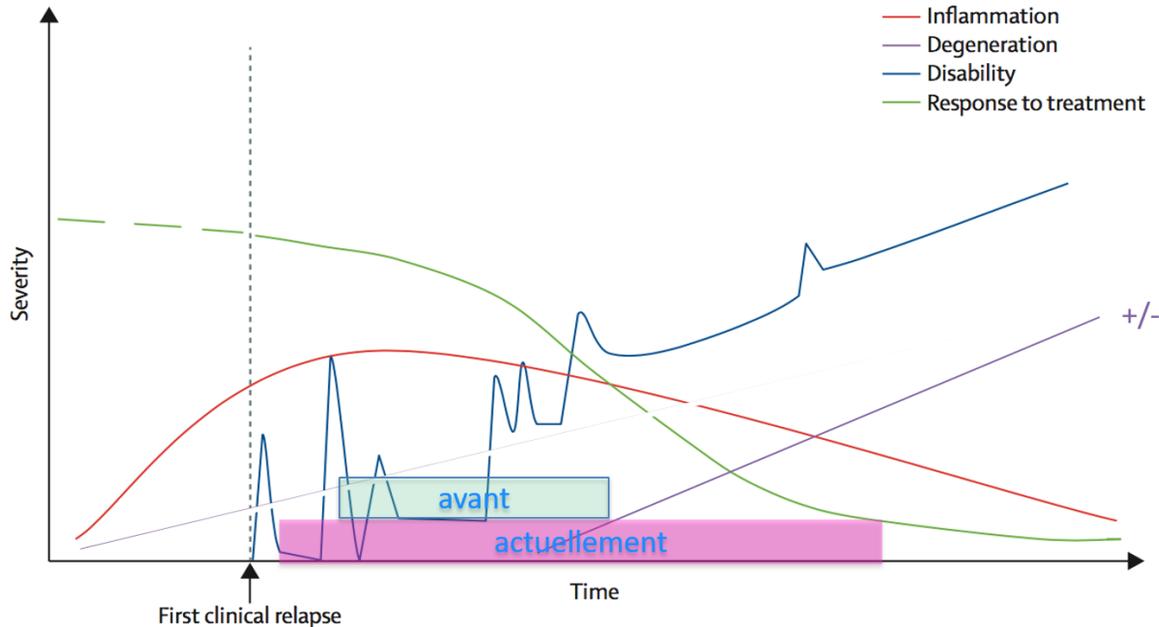


Montalban X et al N Engl J Med. 2017

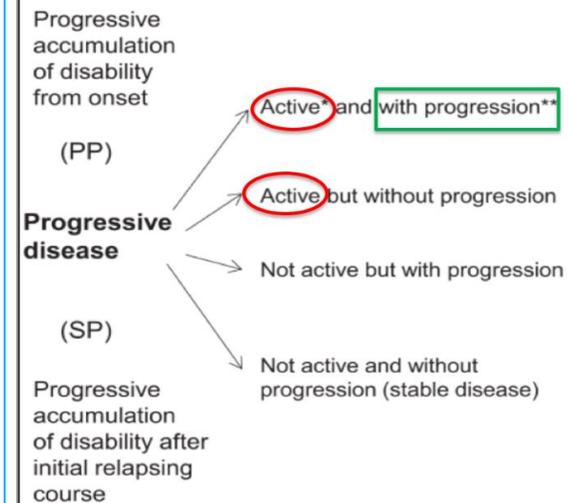
Des indications élargies

poussée ou activité IRM => indication de traitement immuno-actif

Traiter TOT (dès le premier évènement) et TARD (si activité)



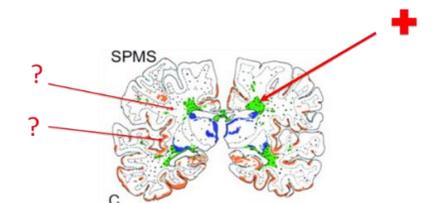
Traiter l'activité même si progression associée



Active =

Une poussée clinique
ou une lésion rehaussée
ou ↗ lésion T2 (nouvelle ou élargie)

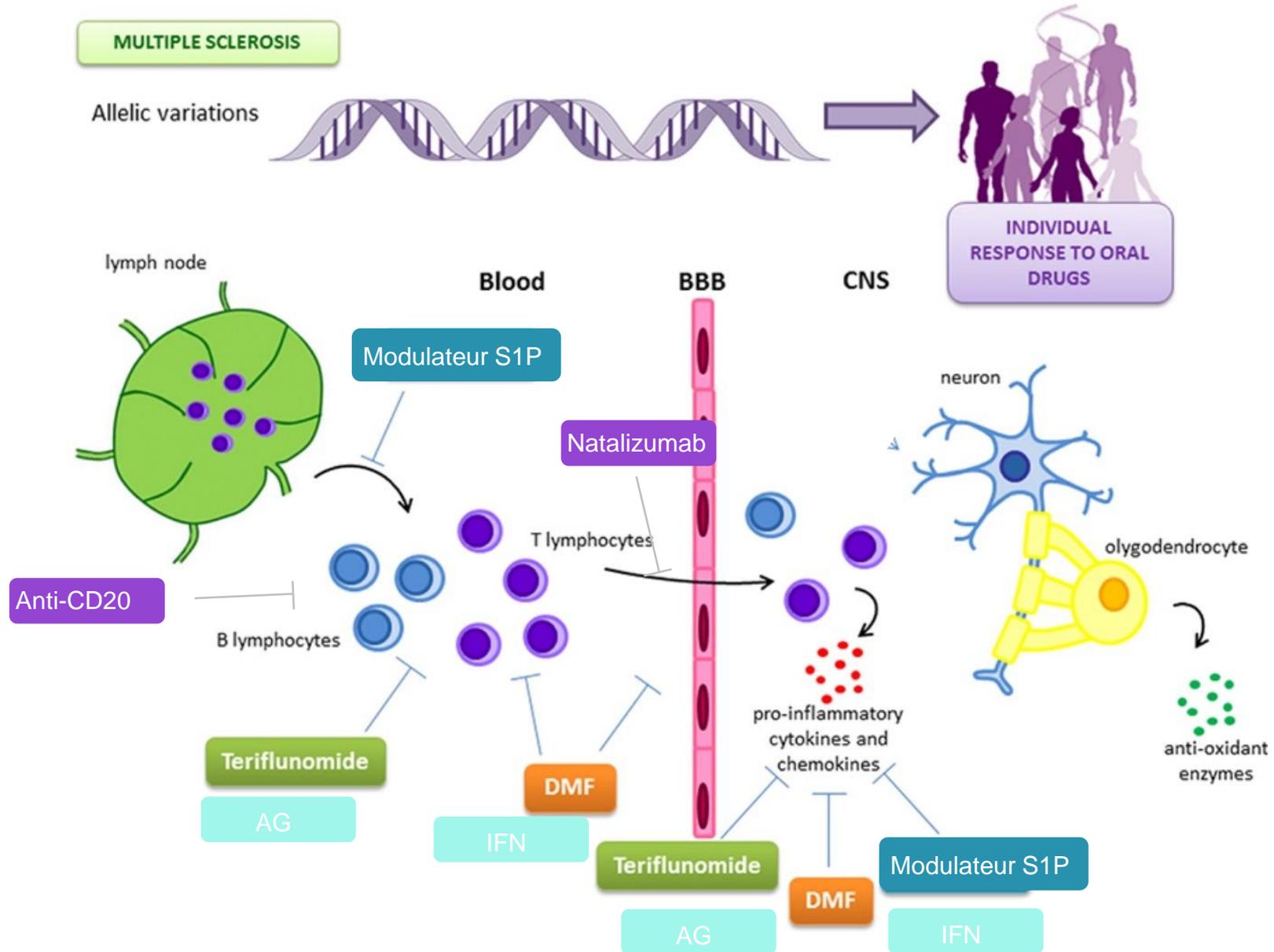
Suivi = Cs et IRM annuelle



« 2020 » : Indication PONESIMOD – OCRELIZUMAB = formes actives de SEP récurrente = (définition HAS)

- les patients ayant présenté un seul évènement démyélinisant + dissémination temporelle et spatiale à l'IRM
- les SEP rémittentes récurrentes (SEP-RR)
- les SEP-secondairement progressives (SEP-SP) avec poussées

Des cibles multiples



Des modalités de prises variées

Voie orale

Fingolimod
Ponesimod

Dimethyl
fumarate

Teriflunomide

Cladribine

Azathioprine

Sous-cutanée Intramusculaire

IFN-béta

Acetate de
glatiramere

Ofatunumab

Natalizumab SC

Perfusion intraveineuse

Natalizumab IV

Ocrelizumab

Rituximab

En fonction de l'activité 2 niveaux de Tt de fond

D'efficacité modérée

- Survenue d'au moins une poussée
- Critère d'évolutivité modérée (clinique ou IRM)

De haute efficacité

- Echec des traitements de première intention
- ou Critère d'activité importante (clinique ou IRM)

Quel traitement ? Pour qui ? Sur quels critères ?

L'activité de la maladie

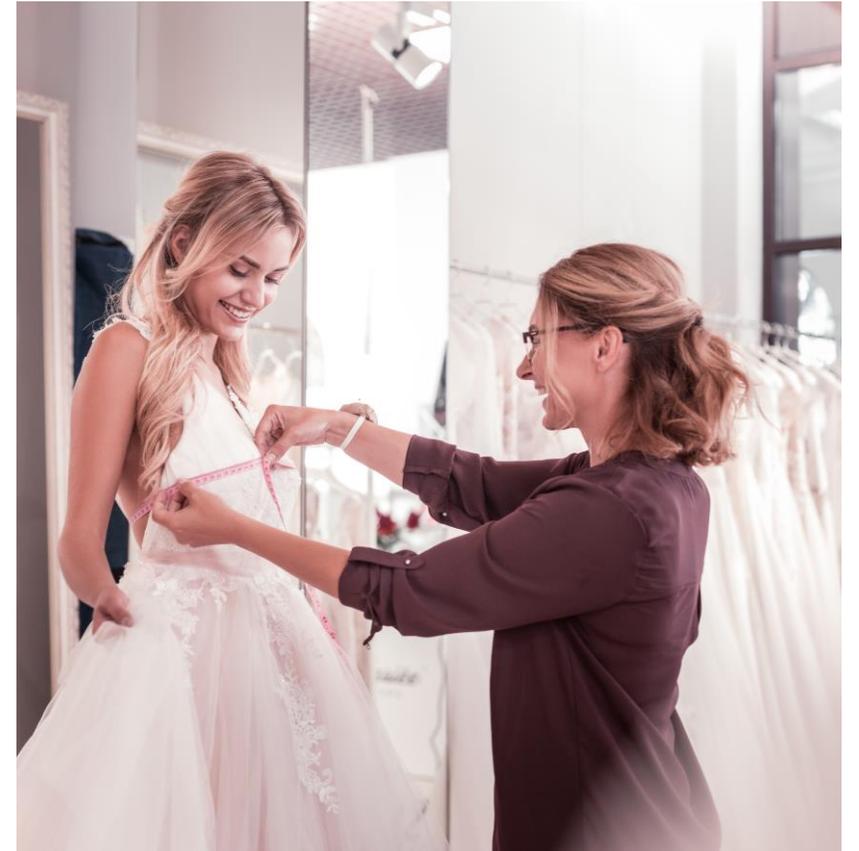
Les effets des traitements précédents

Les antécédents et traitements médicaux

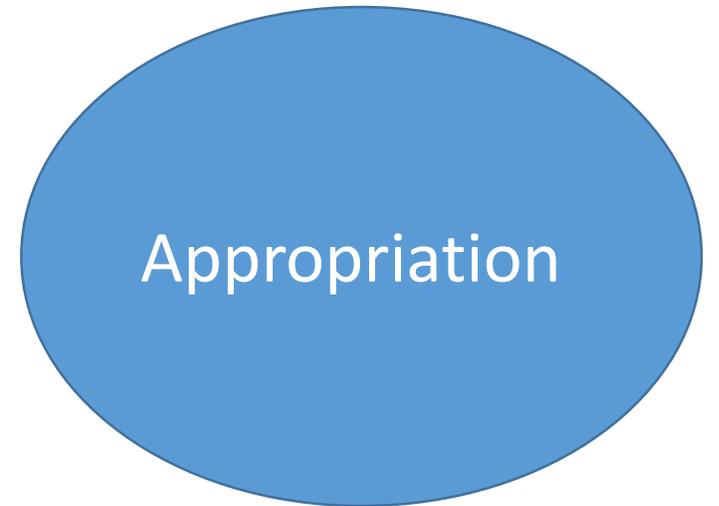
L'immunisation contre certains virus (VZV , JCV ...)

Le mode de vie et la personnalité

Les projets : voyage, grossesse ...

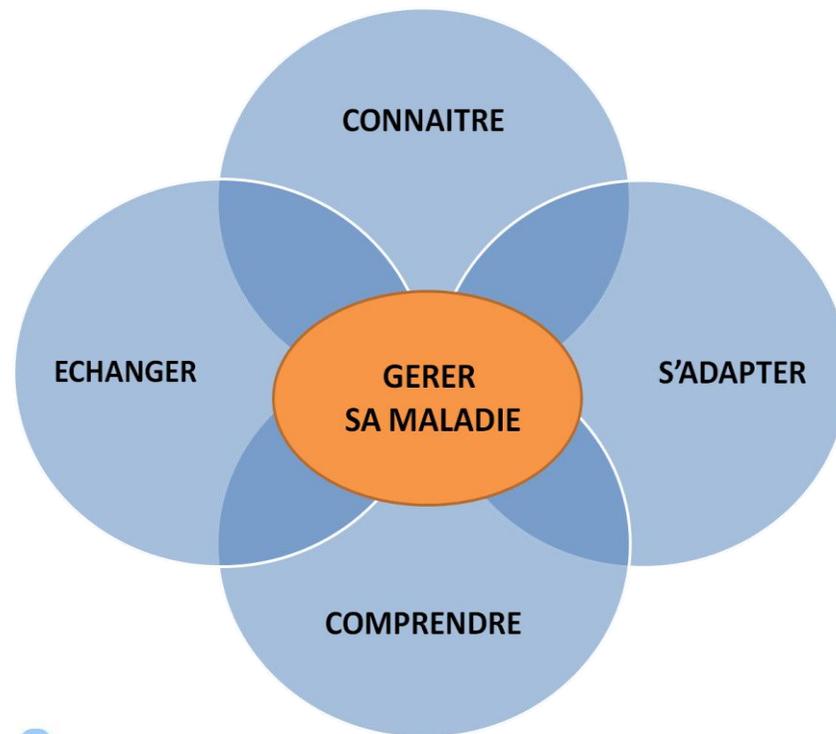


condition sine qua non



Education Thérapeutique

Une formation



- ❏ C'est quoi la **SEP** ?
- ❏ Les **traitements**
- ❏ Reconnaître une **poussée** et la gérer
- ❏ Comprendre la **fatigue** et la limiter
- ❏ Vivre au **quotidien** avec la SEP
- ❏ L'emploi
- ❏ **Mémoire** et Concentration
- ❏ **Voyager**
- ❏ La **grossesse**
- ❏ **Gérer son stress**....



Ateliers individuels



Ateliers collectifs

Informations sur les sites des 2 CRC-SEP de Sud-PACA
www.crc-sepmarseille.com
www.crc-sep-nice.com



Bilan et préparation au traitement de fond

Écarter et traiter une infection latente

- Ex : BK, HPV, VHB

Gestion des comorbidités

- bilan cardiologique ECG, équilibre HTA
- Equilibre du Diabète ...

Être protéger des agents infectieux :

- Sérologies VZV, Rougeole, VHB
- Vaccinations

Consensus internationaux : les vaccins sont recommandés pour les personnes atteintes de SEP et leur famille

pas de lien établi avec la survenue de SEP ou son aggravation

la prévention des infections est encore plus importante du fait des TT

SPECIAL ARTICLE LEVEL OF RECOMMENDATION

Practice guideline update summary: Vaccine-preventable infections and immunization in multiple sclerosis

Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology

Mauricio F. Farez, MD, MPH, Jorge Correale, MD, Melissa J. Armstrong, MD, MSc, Alexander Rae-Grant, MD, David Gloss, MD, Diane Donley, MD, Yolanda Holler-Managan, MD, Norman J. Kachuck, MD, Douglas Jeffery, MD, Maureen Beilman, Gary Gronseth, MD, David Michelson, MD, Erin Lee, Julie Cox, MFA, Tom Getchius, James Sejvar, MD, and Pushpa Narayanaswami, MD

Correspondence
American Academy of Neurology:
guidelines@aan.com

Neurology® 2019;93:584-594. doi:10.1212/WNL.00000000000008157



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Multiple Sclerosis and Related Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/msard



Review article

Immunization and multiple sclerosis: Recommendations from the French multiple sclerosis society[☆]

Christine Lebrun^a, Sandra Vukusic^{b,c,d,e,*}, French Group for Recommendations in Multiple Sclerosis (France4MS) and the Société Francophone de la Sclérose En Plaques (SFSEP)

^a CRCSEP Côte d'Azur, CHU de Nice Pasteur, Université Nice Côte d'Azur, Nice, France
^b Hospices Civils de Lyon, Service de Neurologie, sclérose en plaques, pathologies de la myéline et neuro-inflammation, 59 boulevard Pinel, F-69677 Bron, France
^c Observatoire Français de la Sclérose en Plaques, Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, INSERM 1028 et CNRS UMR 5292, F-69003 Lyon, France
^d Université de Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, F-69000 Lyon, France
^e Eugène Devic EDMUS Foundation against multiple sclerosis, F-69677 Bron, France



Vaccinations recommandées dans la SEP ?

Quelles vaccinations ? :

- Adapté à l'âge, au mode de vie, aux sérologies
- Calendrier vaccinale de l'adulte : DTP +/- Ca et Haemophilus , **ROR**, VHB, SRAS CoV2
- Vaccinations supplémentaires :
 - **Varicelle** (si pas d'anticorps)
 - Pneumocoque (Prevenar 13 puis Pneumovax à 4-8 semaines) +/- pneumovax tous les 5 ans **sous IS**
 - Grippe 1x/ ans
 - DTP tous les 10 ans
 - +/- Papillomavirus (avant 45 ans)
 - +/- Voyageurs : fièvre jaune, VHA

Vaccinations recommandées dans la SEP ?

Quand ?

- précocement après le diagnostic
- Au moins 1 mois après les bolus de corticoïdes
- Avant la mise en place d'un traitement de fond (sauf IMD injectable)
 - **vaccins vivants** : au moins **1 mois avant instauration DMT** (sauf IFN AG) par sécurité
 - **autres vaccins** : au moins **15 jours avant instauration DMT** pour une meilleure efficacité

Une contre-indication: les vaccins vivants dans certaines situations

Vaccins vivants :

- Varicelle
- Zona
- Rougeole, oreillons, rubéole
- Fièvre jaune
- BCG

Contre indiqués :

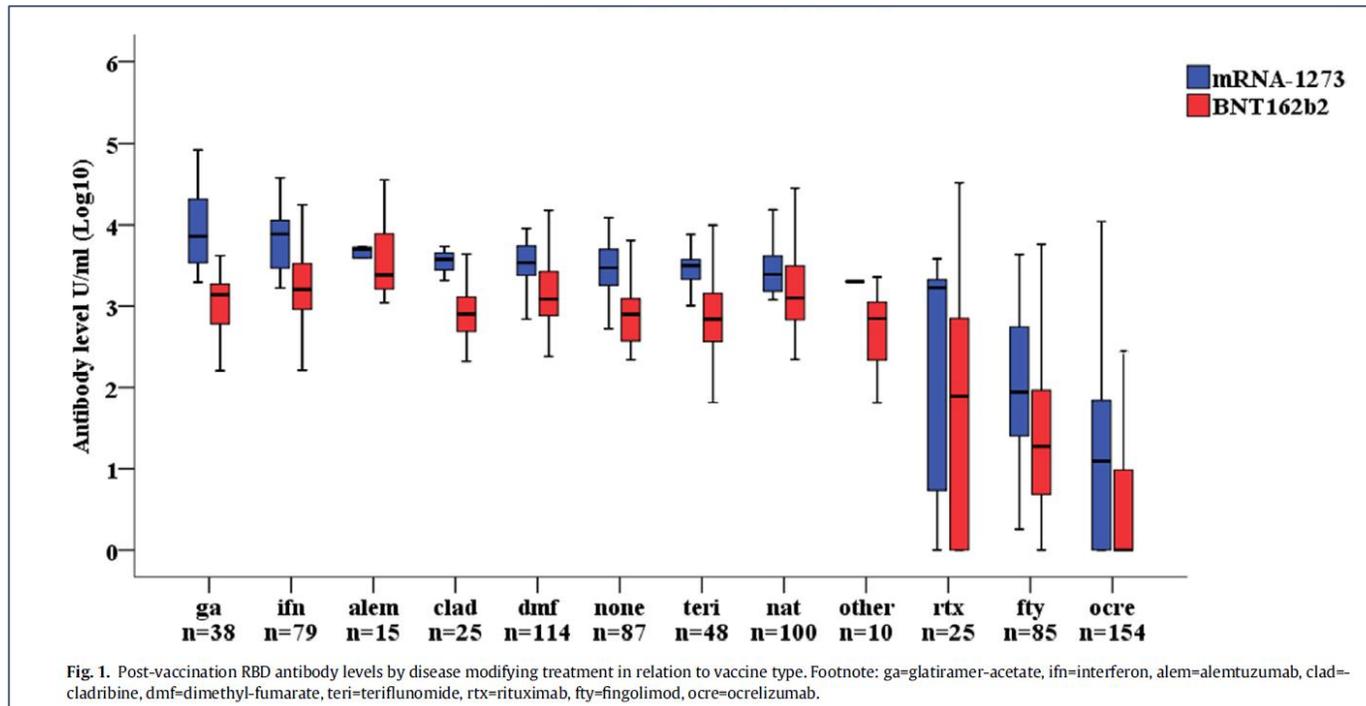
- Pendant **1 mois après corticoïdes** forte dose
- Sous **traitements de fond** à l'exception des interférons et acétate de glatiramère
 - **4 semaines avant**
 - **Pendant**
 - **Et 3 mois à 6 mois après**

⇒ Vérification du carnet de vaccination et/ou des sérologies

⇒ puis réalisation avant les traitements

Certain DMT diminuent la réponse aux vaccins

Exemple du COVID - Réponse humorale (ARNm) sous TT



M.P. Sormani Ebio Medecine 2021

- Fingolimod GILENYA

- AntiCD20
rituximab MABTHERA
ocrelizumab OCREVUS
ofatumumab KESIMPTA

- Vacciner tôt si possible avant les DMT

- Renouveler plus fréquemment



RECOMMANDATIONS SEP & VACCINATIONS

Grippe ?

Calendrier vaccinal ?

Papillomavirus ?

Et pour mes enfants ?

Hépatite B ?

Poussées ?

Vaccins des voyageurs ?

Immunosuppresseurs ?



PARLEZ-EN AVEC VOTRE NEUROLOGUE !

- Recommandations nationales
site de la SF-SEP

www.sfsep.org

- Recommandations internationales
site De la MSIF

www.msif.org



Période de stabilité et Emploi

- Temps libéré pour tt et suivi
 - Hospitalisation itératives pour Biothérapie
 - Natalizumab 1/ mois
 - Anti CD20 J1-J15 puis 1/ 6 mois
 - Cs médicales : **neuro** tous les 6 à 12 mois, uro, gynéco, dermato, ophtalmo
 - IRM tous les 6 à 12 mois
- Temps libérés pour entrainement physique
 - Kinésithérapie, auto-rééducation, APA...
- Tps libéré pour préserver équilibre vie professionnelle / vie personnelle

Gestion des absences pour les soins

- Arrêt maladie (ALD une seule carence sur 3 ans)
- Temps partiel thérapeutique
- Autorisations d'absences de droit pour suivre des traitements médicaux ALD non rémunérées – Art. L 1226-5 du code du travail.
- Dispositions conventionnelles
- Congés annuels
- Congé longue maladie fractionné (F publique) ou Invalidité (privé)
- Accord employeur-salarié/agent fonction publique-administration

Aggravation neurologique et emploi (secteur privé)

Si pas d'adaptation possible ou en cas de refus du salarié :

- ▶ **reclassement** au sein de l'entreprise sur poste compatible avec formation si nécessaire
- ▶ **Essai encadré** dans l'entreprise ou ailleurs pour tester capacité à travailler au même poste ou à un autre
 - proposée par l'Assurance -Maladie ou la MSA
 - 14 jours renouvelables 1 fois
 - Pendant arrêt de travail.
 - = réalisation d'un essai en entreprise en conservant les indemnités journalières
 - Accord employeur, médecin du travail, médecin généraliste
- ▶ **Convention de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE)** pour personnes inaptes ou en risque d'inaptitude.
 - Outil de de l'Assurance-Maladie (Depuis 1er avril 2022).
 - A l'issue de l'arrêt de travail
 - 18 mois maximum
 - Se réhabituer à son poste ou Formation à un autre métier dans l'entreprise ou ailleurs
 - tout en conservant le contrat de travail et la rémunération par l'entreprise
 - Avec médecin du travail, CPAM ou MSA, Cap Emploi...
- ▶ **Prestations d'Appuis Spécifiques (PAS) à la demande de CAP EMPLOI** pour identifier les difficultés et trouver des solutions.

Actualités Fonctionnaires

- **Temps partiel thérapeutique** [Renouvelable après reprise d'au moins un an à temps complet.](#)

(articles L823-1 et suivants du code général de la fonction publique)

- **Période de préparation au reclassement PPR pour agents inaptes à tous les emplois de leur grade :**

- avec accord du conseil médical,

- durant 1 an maximum,

-avec maintien du salaire .

- Périodes de formation, d'observation, de mise en situation.

(articles L826-2 et suivants du code général de la fonction publique)

- **Conseil médical** remplace le comité médical et la commission de réforme depuis mars 2022

Ressources après licenciement

Licenciement, ne signifie pas fin de la vie professionnelle !

D'autres options s'ouvrent **avec indemnités de chômage:**

- ▶ **Bilan de compétence financé par le** compte personnel de formation

NB CPF majoré : 800 € par mois au lieu de 500 € dans secteur privé ou 150 h/an dans les FP

consulter www.moncompteformation.gouv.fr

- ▶ **Conseil en évolution professionnelle (CEP) spécifique PSH**

plus complet

et gratuit

- ▶ **Validation des acquis de l'expérience**

- ▶ **Dispositifs spécifiques**

► Dispositifs spécifiques

1) formules initiées par la MDPH :

- **stage de pré-orientation** pour définir son projet pro de 8 à 12 semaines +++++
- **stage de rééducation professionnelle**
formation qualifiante
dans un établissement de rééducation professionnelle
avec environnement médico-social adapté

2) dispositifs du service public de l'emploi

- **les aides pérennes** aux PSH et aux entreprises financées par AGEFIPH
- **les dispositifs actuellement promus** de Pôle emploi/Cap emploi avec financements AGEFIPH:
 - DUO DAY mise en relation employeur/PH pour une journée (le 17 novembre)
 - l'alternance : contrat d'apprentissage ou de professionnalisation
 - le CDD tremplin par Entreprise adaptée pour rebondir dans le milieu classique
 - l'emploi accompagné : accompagnement social et professionnel par un référent unique.

Ressources spécifiques des fonctions publiques

Dispositifs avec financements FIPHFP

- catalogue des interventions de 2022 avec 13 mesures :

aides techniques, aménagements de poste, aide à formation des acteurs internes de la politique du handicap, Emploi Accompagné, aide au recrutement...

- un programme exceptionnel d'accompagnement sur 4 axes prioritaires :

- l'accessibilité numérique
- évolution de carrières (coaching, tutorat ou soutien à l'enseignement supérieur dans leurs initiatives d'ouverture de leurs enseignements aux PSH)
- Nouveaux modes et lieux de travail (tiers-lieu)
- le handicap invisible: nouvelles mesures du plan ESAT

NB Distinguer structures avec convention FIPHFP et les autres

Où trouver l'information sur le net?

- Plateforme Monparcourshandicap.gouv.fr
- Site service-public.fr (fiches d'information thématiques)
- Ministère du travail: www.travail-emploi.gouv.fr
- Santé info droit : 01 53 62 40 30 (prix d'un appel local)
- Cap Emploi: www.capemploi.info
- Agefiph: www.agefiph.fr
- Assurance-maladie: Ameli.fr
- MSA : www.msa.fr
- Carsat: 09 71 10 39 60 ou 39 60 (retraite)

Conclusion

- **Des Atouts transposables dans le monde du travail :**
capacité à s'adapter, à positiver, à communiquer,
à gérer la complexité, le stress et l'incertitude.
Ténacité et régularité...
- **les traitements actuels ont transformé l'évolution de la maladie**
⇒ une activité prolongée est possible avec ou sans besoin d'adaptation
- L'emploi est un point d'ancrage pour le salarié.
- RQTH = bénéfiques pour l'entreprise (techniques, financiers et humains)
- De plus en plus d'entreprises « handi-accueillantes », repérables avec POLE EMPLOI, sur LinkedIn ou sur leurs sites.

Les Tt d'efficacité modérée

	Injectable	Voie orale
	REBIF/AVONEX/BETA FERON / EXTAVIA/ COPAXONE	AUBAGIO/TECFIDERA
Contraintes de la prise	injection	Voie orale
Sécurité	20 ans d'usage	nouveaux
Troubles digestifs	Aucun	variables
fatigues	interferon	
Surveillance biologique	1 à 2 / ans	Rapprochée au départ
grossesse	possible	impossible

Les Tt d'efficacité modérée injectables

	INTERFERON bêta			Acetate de Glatiramere
	AVONEX	REBIF	BETAFERON	COPAXONE
Voie, fréquence	IM 1x/sem	SC 3x/sem	SC 1j/2	SC tous les jours
Syndrome pseudo-grippal	++	+	+	0
Réactions cutanées	0	+	+	++
Conservation	réfrigérateur	réfrigérateur	T° ambiante	réfrigérateur

Les Tt d'efficacité modérée oraux

	Tériflunomide	Diméthyl fumarate Diroximel Fumarate
	AUBAGIO	TECFIDERA - VUMERITY
Voie, fréquence	1 cp /j avec ou sans repas	gélules 2 prises /j Pendant repas
Troubles digestifs	+	++
Réactions vasomotrices	-	++
Surveillance biologique	+++	+
Contraception	+++	+

Les traitements de deuxième intention différences ?

	Natalizumab	Fingolimod	Anti CD 20 Rituximab / Ocrelizumab Ofatumumab
	TYSABRI	GILENYA	MABTHERA / OCREVUS KEMPSITA
Administration	1 perfusion/mois	1 comprimé/j	1 perfusion/6mois 1 SC/ mois
Risque	Virus JCV	VZV/ peau	Infection
	1 hôpital de jour/mois	1 consultation/ 6 mois	1 hôpital de jour/6 mois À domicile sous surveillance
Rapidité d'action	1 à 2 mois	3 à 4 mois	3 à 4 mois