

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

#### Arrêté du 8 juillet 2022 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux

NOR : SPRS2216592A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-17 et R. 163-2 à R. 163-14 ;

Vu l'arrêté du 26 juin 2006 pris pour l'application des articles R. 163-2 et R. 165-1 du code de la sécurité sociale et relatif aux spécialités remboursables et aux produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dudit code ;

Vu l'arrêté du 17 décembre 2018 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux ;

Vu l'arrêté du 4 mars 2022 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux ;

Vu les avis de la Commission de la transparence du 3 mars 2021, du 5 mai 2021 et du 19 mai 2021, relatifs à la spécialité biologique de référence HUMIRA®, avis consultables sur le site de la Haute Autorité de santé et favorables à l'inscription au remboursement de cette spécialité ;

Considérant que les ministres compétents ont décidé de suivre les avis susvisés de la commission du 3 mars 2021, du 5 mai 2021 et du 19 mai 2021 et qu'en application des articles R. 163-3 (II - b) et R. 163-4 (2°) du CSS, ces avis - et notamment le niveau de service médical rendu qu'ils retiennent - sont également applicables à la spécialité HULIO® qui constitue un médicament biologique similaire au regard de la spécialité de référence précitée elle-même inscrite sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du même code ;

Considérant qu'aux termes de l'article R. 163-2 (troisième alinéa) du CSS, l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux « peut être assortie, pour certains médicaments particulièrement coûteux, unitairement ou au regard des dépenses globales représentées, et d'indications précises, d'une clause prévoyant qu'ils ne sont remboursés ou pris en charge qu'après information du contrôle médical, selon une procédure fixée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Dans ce cas, est annexée à l'arrêté d'inscription du médicament sur la liste une fiche d'information thérapeutique établie par la commission mentionnée à l'article R. 163-15 (...) » ;

Considérant que, conformément aux dispositions précitées dudit article R. 163-2 définissant le régime dit du « médicament d'exception », les ministres compétents, comme le recommande également la commission de la transparence dans ses avis du 3 mars 2021, du 5 mai 2021 et du 19 mai 2021, estiment qu'il convient par ailleurs de soumettre la spécialité HULIO® à ce régime en raison du caractère particulièrement coûteux de ce médicament et de l'existence d'indications remboursables précises, étant rappelé à cet égard que son autorisation de mise sur la marché en réserve la prescription initiale et le renouvellement de celle-ci aux médecins spécialistes en rhumatologie, en pédiatrie, en médecine interne, en gastroentérologie et hépatologie, en dermatologie ou en ophtalmologie,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 est modifiée conformément aux dispositions qui figurent en annexe I. La fiche d'information thérapeutique prévue à l'article R. 163-2 du code de la sécurité sociale pour HULIO figure en annexe II du présent arrêté.

**Art. 2.** – La fiche d'information thérapeutique relative à HULIO 40 mg qui figurait en annexe II de l'arrêté du 17 décembre 2018 susvisé et la fiche d'information thérapeutique relative à HULIO 20 mg qui figurait en annexe II de l'arrêté du 4 mars 2022 susvisé sont abrogées.

**Art. 3.** – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 8 juillet 2022.

*Le ministre de la santé  
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :

*L'adjointe à la sous-directrice de la politique  
des produits de santé et de la qualité  
des pratiques et des soins,*

A. MOULIN

*Le ministre de l'économie, des finances  
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service adjointe  
au directeur de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

*La cheffe de service adjointe  
au directeur de la sécurité sociale,*  
D. CHAMPETIER

## ANNEXES

### ANNEXE I

*(Extensions d'indications)*

La prise en charge des spécialités ci-dessous est étendue aux indications suivantes :

#### **Psoriasis en plaques (adulte)**

Traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte en cas d'échec, ou de contre-indication, ou d'intolérance aux autres traitements systémiques y compris la ciclosporine, le méthotrexate ou la puvathérapie.

#### **Hidrosadénite suppurée (adulte)**

Traitement de l'hidrosadénite suppurée (maladie de Verneuil) active, modérée à sévère, chez les adultes en cas de réponse insuffisante au traitement systémique conventionnel de l'HS.

#### **Rectocolite hémorragique (Enfant et adolescent)**

Traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les enfants à partir de 6 ans et les adolescents ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et/ou la 6-mercaptopurine (6-MP) ou l'azathioprine (AZA), ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre-indiqués.

Code CIP	Présentation
34009 301 574 2 8	HULIO 40 mg/08 ml (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en flacon muni d'un adaptateur, boîte de 2 flacons + 2 seringues + 2 aiguilles + 4 tampons d'alcool (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)
34009 301 573 6 7	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en seringue préremplie avec protège aiguille automatique + 2 tampons d'alcool (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)
34009 301 573 7 4	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en seringue préremplie avec protège aiguille automatique + tampons d'alcool (B/2) (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)
34009 301 573 8 1	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en seringue préremplie avec protège aiguille automatique + tampons d'alcool (B/6) (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)
34009 301 573 9 8	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en stylo prérempli avec protège aiguille automatique + 2 tampons d'alcool (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)
34009 301 574 0 4	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en stylo prérempli avec protège aiguille automatique + tampons d'alcool (B/2) (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)
34009 301 574 1 1	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en stylo prérempli avec protège aiguille automatique + tampons d'alcool (B/6) (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)

Ces spécialités sont prescrites conformément à la fiche d'information thérapeutique figurant à l'annexe II.

## ANNEXE II

## FICHE D'INFORMATION THÉRAPEUTIQUE

*La FIT des médicaments princeps ou de référence est applicable  
à tous les biosimilaires et génériques dans leurs indications de l'AMM respectives*

**HULIO (adalimumab)**

(Laboratoire MYLAN MEDICAL SAS)

**Médicament d'exception**

Ce médicament est un médicament d'exception car il est particulièrement coûteux et d'indications précises (cf. Article R. 163-2 du code de la sécurité sociale).

Pour ouvrir droit à remboursement, la prescription doit être effectuée sur une ordonnance de médicament d'exception ([www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/formulaires/S3326.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3326.pdf)) sur laquelle le prescripteur s'engage à respecter les seules indications mentionnées dans la présente fiche d'information thérapeutique qui peuvent être plus restrictives que celles de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

HULIO 20 mg / 0,4 ml, solution injectable en seringue préremplie

Boîte de 1 (CIP : 34009 302 264 9 0)

Boîte de 2 (CIP : 34009 302 265 0 6)

HULIO 40 mg/ 0,8 ml, solution injectable en seringue préremplie

Boîte de 1 (CIP : 34009 301 573 6 7)

Boîte de 2 (CIP : 34009 301 573 7 4)

Boîte de 6 (CIP : 34009 301 573 8 1)

HULIO 40 mg/ 0,8 ml, solution injectable en stylo prérempli

Boîte de 1 (CIP : 34009 301 573 9 8)

Boîte de 2 (CIP : 34009 301 574 0 4)

Boîte de 6 (CIP : 34009 301 574 1 1)

HULIO 40 mg/0,8 ml, solution injectable en flacon

Boîte de 2 (CIP n° 34009 301 574 2 8)

**1. Indications remboursables (\*)**

HULIO 20 mg, solution injectable en seringue préremplie

**Arthrite juvénile idiopathique**

*Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire :*

Adalimumab en association au méthotrexate est indiqué pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive chez les patients à partir de 2 ans en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Adalimumab peut être administré en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement par le méthotrexate est inadaptée. Adalimumab n'a pas été étudié chez les patients de moins de 2 ans.

*Arthrite liée à l'enthésite :*

Adalimumab est indiqué pour le traitement de l'arthrite active liée à l'enthésite chez les patients à partir de 6 ans en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance au traitement conventionnel.

**Psoriasis en plaques (enfant et adolescent)**

Traitement du psoriasis en plaques chronique sévère de l'enfant à partir de 4 ans et de l'adolescent, défini par :

- un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie ;
- et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important.

**Maladie de Crohn (enfant et adolescent)**

Traitement de la maladie de Crohn active sévère, chez les enfants à partir de 6 ans, et les adolescents qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel comprenant un corticoïde, un immunomodulateur et un traitement nutritionnel de première intention ; ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre-indiqués.

**Uvéite (enfant et adolescent)**

En association au méthotrexate, traitement de l'uvéite antérieure chronique non infectieuse associée à une arthrite juvénile idiopathique chez l'enfant de 2 ans et l'adolescent, en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance au traitement conventionnel ou pour lesquels un traitement conventionnel est inapproprié.

HULIO 40 mg, solution injectable  
en seringue préremplie et stylo prérempli

### **Polyarthrite rhumatoïde (adulte)**

En association au méthotrexate, traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active de l'adulte lorsque la réponse aux traitements de fond, y compris le méthotrexate, est inadéquate.

Adalimumab peut être donné en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement avec le méthotrexate est inadaptée.

Il a été montré qu'adalimumab ralentit la progression des dommages structuraux articulaires mesurés par radiographie et améliore les capacités fonctionnelles lorsqu'il est administré en association au méthotrexate.

### **Spondyloarthrite axiale (adulte)**

*Spondylarthrite ankylosante (SA) :*

Traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel.

*Spondyloarthrite axiale sans signes radiographiques de SA :*

Traitement de la spondyloarthrite axiale sévère sans signes radiographiques de SA, mais avec des signes objectifs d'inflammation à l'IRM et/ou un taux élevé de CRP chez les adultes ayant eu une réponse inadéquate ou une intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

### **Rhumatisme psoriasique (adulte)**

Traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif chez les adultes lorsque la réponse à un traitement de fond antérieur a été inadéquate. Il a été montré qu'adalimumab ralentit la progression des dommages structuraux articulaires périphériques tels que mesurés par radiographie, chez les patients ayant des formes polyarticulaires symétriques de la maladie et améliore les capacités fonctionnelles.

### **Arthrite juvénile idiopathique**

*Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire :*

En association au méthotrexate : Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive chez l'enfant et l'adolescent de 2 à 17 ans en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond.

Adalimumab peut être administré en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement par le méthotrexate est inadaptée. Adalimumab n'a pas été étudié chez l'enfant de moins de 2 ans.

*Arthrite liée à l'enthésite :*

Adalimumab est indiqué pour le traitement de l'arthrite active liée à l'enthésite chez les patients à partir de 6 ans en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance au traitement conventionnel.

### **Psoriasis en plaques (adulte)**

Traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte en cas d'échec, ou de contre-indication, ou d'intolérance aux autres traitements systémiques y compris la ciclosporine, le méthotrexate ou la puvathérapie.

### **Psoriasis en plaques (enfant et adolescent)**

Traitement du psoriasis en plaques chronique sévère de l'enfant à partir de 4 ans, de l'adolescent, défini par :

- un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie ;
- et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important.

### **Hidrosadénite suppurée (adulte)**

Traitement de l'hidrosadénite suppurée (HS) (maladie de Verneuil) active, modérée à sévère, chez les adultes en cas de réponse insuffisante au traitement systémique conventionnel de l'HS.

### **Maladie de Crohn (adulte)**

Traitement de la maladie de Crohn active modérée à sévère, chez les adultes qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ; ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré.

### **Maladie de Crohn (enfant et adolescent)**

Traitement de la maladie de Crohn active sévère, chez les enfants à partir de 6 ans et les adolescents qui n'ont pas répondu malgré un traitement conventionnel comprenant un corticoïde, un immunomodulateur et un traitement nutritionnel ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre-indiqués.

### **Rectocolite hémorragique (adulte)**

Traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les adultes qui n'ont pas répondu de manière adéquate à un traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et l'azathioprine ou la 6-mercaptopurine, ou chez lesquels ce traitement est mal toléré ou contre-indiqué.

**Rectocolite hémorragique (enfant et adolescent)**

Traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les enfants à partir de 6 ans et les adolescents ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et/ou la 6-mercaptopurine (6-MP) ou l'azathioprine (AZA), ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre-indiqués.

**Uvélite (adulte)**

Traitement de l'uvéïte non infectieuse, intermédiaire, postérieure et de la panuvéïte chez les patients adultes ayant eu une réponse insuffisante à la corticothérapie, chez les patients nécessitant une épargne cortisonique, ou chez lesquels la corticothérapie est inappropriée.

**Uvélite (enfant et adolescent)**

En association au méthotrexate, traitement de l'uvéïte antérieure chronique non infectieuse associée à une arthrite juvénile idiopathique chez l'enfant de 2 ans et l'adolescent, en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance au traitement conventionnel ou pour lesquels un traitement conventionnel est inapproprié.

**2. Conditions de prescription et de délivrance (\*\*)**

Liste I

Médicament soumis à prescription initiale hospitalière.

Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en rhumatologie, en gastroentérologie et hépatologie, en dermatologie, en pédiatrie, en ophtalmologie et en médecine interne.

**3. Modalités d'utilisation (\*\*)**

Voir RCP (<http://www.ema.europa.eu/>).

**4. Stratégie thérapeutique (\*)****Polyarthrite rhumatoïde (adulte)**

Chez l'adulte, traitement de 2<sup>e</sup> intention de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active, en association au méthotrexate, en cas de réponse inadéquate aux traitements de fond conventionnels, y compris le méthotrexate, ou en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement par méthotrexate est inadaptée.

Compte tenu de la stratégie thérapeutique en vigueur, la prescription d'un biologique (en association avec le méthotrexate ou en monothérapie), quel qu'il soit, ne se justifie pas en 1<sup>re</sup> ligne de traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère, active, évolutive des patients adultes non précédemment traitée par le méthotrexate ou les autres traitements de fond (DMARD) (1<sup>re</sup> ligne de traitement). Par conséquent, adalimumab n'a pas de place en 1<sup>re</sup> ligne de traitement de la polyarthrite rhumatoïde.

**Rhumatisme psoriasique (adulte)**

Traitement de 2<sup>e</sup> intention après échec, insuffisance, intolérance ou contre-indication aux traitements de fond, notamment au méthotrexate.

**Spondyloarthrite axiale (adulte)**

Dans la spondylarthrite ankylosante, les anti-TNF dont adalimumab peuvent être employés après échec, réponse insuffisante, intolérance ou contre-indication aux AINS.

Dans les spondyloarthrites axiales sévères sans signe radiographique de spondylarthrite ankylosante, adalimumab est un traitement de seconde intention, après échec ou en cas d'intolérance ou contre-indication aux AINS.

**Arthrite juvénile idiopathique (enfant et adolescent)**

*Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire :*

Traitement de fond de 2<sup>e</sup> intention de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive chez l'enfant et l'adolescent de 2 à 17 ans, en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Adalimumab doit être utilisé de préférence en association au méthotrexate mais peut être utilisé en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement par le méthotrexate est inadaptée.

*Arthrite liée à l'enthésite :*

Traitement de fond de deuxième intention après échec du traitement conventionnel comportant les AINS, les infiltrations de corticoïdes et les traitements de fond classiques (méthotrexate ou sulfasalazine). Son efficacité n'a pas été étudiée chez les patients de moins de 6 ans.

En l'absence d'étude l'ayant comparé à ENBREL autre anti-TNFα disposant de cette indication, il n'est pas possible de les hiérarchiser dans la prise en charge de l'arthrite associée aux enthésites.

**Psoriasis en plaques (adulte)**

Traitement systémique de 2<sup>e</sup> ligne dans les formes modérées à sévères du psoriasis en plaques de l'adulte en cas d'échec (efficacité insuffisante, contre-indication ou intolérance) à une 1<sup>ère</sup> ligne de traitement systémique non

biologique (méthotrexate, ciclosporine ou acitrétine) et éventuellement à la photothérapie. La Commission rappelle que le méthotrexate reste le traitement non biologique de fond de référence, conformément aux recommandations de la Société française de dermatologie (2019) (1).

La décision de mise sous traitement doit tenir compte de l'histoire de la maladie, des caractéristiques du patient, des antécédents de traitement et de la sévérité de la maladie, celle-ci étant appréciée au regard de l'aspect des lésions mais aussi au regard de leur étendue, de l'impact de la maladie sur la qualité de vie et de l'importance de son retentissement psychosocial.

### **Psoriasis en plaques (enfant et adolescent)**

Traitement de 2<sup>e</sup> intention du psoriasis en plaques chronique sévère de l'enfant à partir de 4 ans, l'adolescent, défini par :

- un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie ;
- et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important.

### **Hidrosadénite suppurée (adulte)**

Traitement de 2<sup>e</sup> intention après réponse insuffisante au traitement antibiotique dans les formes modérées à sévères de l'HS active de l'adulte. Adalimumab peut être utilisé en relais de l'antibiothérapie ou en association à celle-ci.

### **Maladie de Crohn (adulte)**

Traitement de 2<sup>e</sup> intention chez les patients adultes atteints de maladie de Crohn active modérée à sévère qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré.

### **Maladie de Crohn (enfant et adolescent)**

Traitement de 2<sup>e</sup> intention dans la maladie de Crohn active sévère, chez les enfants à partir de 6 ans et les adolescents, qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel comprenant un corticoïde, un immunomodulateur et un traitement nutritionnel ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre-indiqués.

### **Rectocolite hémorragique (adulte)**

Traitement de 2<sup>e</sup> intention, de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les patients qui n'ont pas répondu de manière adéquate à un traitement conventionnel comprenant les corticoïdes et l'azathioprine ou la 6-mercaptopurine, ou chez lesquels ce traitement est mal toléré ou contre-indiqué.

### **Rectocolite hémorragique (enfant et adolescent)**

Adalimumab est une option thérapeutique de 2<sup>e</sup> intention dans le traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les enfants et les adolescents à partir de 6 ans ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et/ou la 6-mercaptopurine ou l'azathioprine, ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre-indiqués. Il représente une alternative à l'infliximab administré par voie IV, l'autre anti-TNF $\alpha$  disposant d'une AMM dans cette indication chez l'enfant. Toutefois, on ne dispose pas de données de comparaison directe de l'efficacité et de la tolérance de ces 2 médicaments.

La Commission rappelle que le traitement par adalimumab doit être instauré et supervisé par un médecin spécialiste qualifié en matière de diagnostic et de traitement de la rectocolite hémorragique. Elle rappelle qu'il est primordial de s'assurer de la bonne observance du traitement.

### **Uvéite (adulte)**

Traitement de 2<sup>e</sup> intention dans le traitement de l'uvéite non infectieuse intermédiaire, postérieure et de la panuvéite chez les patients adultes ayant eu une réponse insuffisante à la corticothérapie, chez les patients nécessitant une épargne cortisonique, ou chez lesquels la corticothérapie est inappropriée, en association ou non avec un immunosuppresseur.

### **Uvéite (enfant et adolescent)**

Traitement de 3<sup>e</sup> intention, en association au méthotrexate, chez l'enfant à partir de 2 ans et l'adolescent atteints d'une uvéite antérieure chronique non infectieuse associée à une arthrite juvénile idiopathique en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance au traitement conventionnel ou pour lesquels un traitement conventionnel est inapproprié.

En l'absence de données cliniques spécifiques, l'adalimumab n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique dans les autres cas d'uvéite antérieure chronique non infectieuse.

---

(1) Amatore F, Villani A-P, Tauber M, Viguier M, Guillot B, on behalf of the Psoriasis Research Group of the French Society of Dermatology (Groupe de Recherche sur le Psoriasis de la Société Française de Dermatologie). French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. JEA VD. DOI : 10.1111/jdv.15340



## 5. SMR/ASMR (\*)

Indication / dates des avis CT	SMR	Rappel du libellé d'ASMR attribué par la CT
<b>Polyarthrite rhumatoïde (adulte)</b> (16 juin 2004, 15 septembre 2004, 2 novembre 2005, 22 juin 2016)	Important dans la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active de l'adulte lorsque la réponse aux traitements de fond, y compris le méthotrexate, est inadéquate. Adalimumab peut être donné en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement avec le méthotrexate est inadaptée	En association au MTX, adalimumab partage l'ASMR de niveau II d'ENBREL, en termes d'efficacité clinique et de ralentissement de la progression des dommages structuraux articulaires. En monothérapie, il n'a pas été démontré de supériorité d'adalimumab par rapport au MTX seul chez les patients naïfs de MTX.
<b>Polyarthrite rhumatoïde chez les patients naïfs de méthotrexate (adulte)</b> (20 juillet 2016)	Insuffisant en association au méthotrexate pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive chez les adultes non précédemment traités par le méthotrexate.	Sans objet
<b>Rhumatisme psoriasique (adulte)</b> (2 novembre 2005 et 22 juin 2016)	Important dans l'indication de l'AMM.	Adalimumab partage l'ASMR importante (niveau II) d'ENBREL chez les patients ayant un rhumatisme psoriasique actif et évolutif dont la réponse à un traitement de fond antérieur a été inadéquate.
<b>Spondyloarthrite axiale (adulte)</b> (18 octobre 2006, 20 février 2013 et 22 juin 2016)	Important dans l'indication de l'AMM.	18 octobre 2006 : La Commission de la Transparence considère qu'adalimumab partage l'ASMR II des autres anti-TNF (étanercept et infliximab) dans la prise en charge clinique de la spondyloarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel. 20 février 2013 : L'extension d'indication d'adalimumab dans le traitement de la spondyloarthrite axiale sévère sans signes radiographiques de SA, mais avec des signes objectifs d'inflammation à l'IRM et/ou un taux élevé de CRP chez les adultes ayant eu une réponse inadéquate ou une intolérance aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ne modifie pas l'amélioration du service médical rendu importante (ASMR II) attribué à adalimumab dans la spondyloarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel, dans l'attente des résultats de la phase de suivi en ouvert de 144 semaines de l'étude ABILITY-1.
<b>Arthrite juvénile idiopathique associée aux enthésopathies (enfant et adolescent)</b> (1er avril 2015 et 22 juin 2016)	Important dans l'indication de l'AMM	La Commission de la transparence estime que dans le traitement de l'arthrite active associée aux enthésopathies, adalimumab n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (niveau V) dans la stratégie thérapeutique, chez les patients à partir de 6 ans en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance aux AINS, au méthotrexate et à la sulfasalazine.
<b>Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (enfant et adolescent)</b> (24 juin 2009, 21 septembre 2011, 18 septembre 2013 et 22 juin 2016)	Important dans l'indication de l'AMM	Dans le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive, chez l'adolescent âgé de 13 à 17 ans, en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond, adalimumab n'apporte pas d'ASMR (niveau V) dans la stratégie thérapeutique. Adalimumab n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (niveau V) dans la prise en charge de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive, chez l'adolescent âgé de 4 à 12 ans, en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Chez les enfants âgés de 2 à 4 ans : En l'absence de données cliniques versus le seul comparateur cliniquement pertinent, l'étanercept, adalimumab n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V, inexistante) par rapport à ENBREL.
<b>Psoriasis en plaques (adulte)</b> (5 mai 2021)	Important dans l'indication de l'AMM	Périmètre de remboursement initial : Chez les patients adultes atteints de psoriasis en plaques grave chronique qui sont en échec à au moins deux traitements systémiques parmi la photothérapie, le MTX, la ciclosporine et chez lesquels les alternatives sont très réduites ou absentes, ADALIMUMAB n'apporte pas, en termes d'efficacité, d'ASMR (niveau V) par rapport aux autres anti-TNFα (REMICADE et ENBREL).
<b>Psoriasis en plaques (enfant, adolescent)</b> (28 mai 2008, 5 mai 2010 et 16 mars 2016)	Important (uniquement dans le psoriasis en plaques chronique sévère de l'enfant à partir de 4 ans, de l'adolescent, défini par : - un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie - et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important.) (avis du 16 mars 2016)	Les spécialités adalimumab n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) dans la prise en charge du psoriasis en plaques chronique sévère de l'enfant à partir de 4 ans, de l'adolescent, défini par : - un échec (réponse insuffisante, contre-indication ou intolérance) à au moins deux traitements parmi les traitements systémiques non biologiques et la photothérapie - et une forme étendue et/ou un retentissement psychosocial important.
<b>Hydrosadénite suppurée (adulte)</b> (3 mars 2021)	Faible dans l'indication de l'AMM	La Commission de la Transparence considère que adalimumab, n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) dans la stratégie de prise en charge de l'hydrosadénite suppurée.

Indication / dates des avis CT	SMR	Rappel du libellé d'ASMR attribué par la CT
<b>Maladie de Crohn (adulte)</b> (24 octobre 2007, 21 septembre 2011, 24 juillet 2013 et 22 juin 2016)	Important dans l'indication de l'AMM.	Dans le traitement de la maladie de Crohn sévère et active, chez les patients qui n'ont pas répondu à un traitement approprié et bien conduit par corticoïdes et immunosuppresseurs, ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré, adalimumab n'apporte pas d'ASMR par rapport à REMICADE (infliximab) (niveau V). Maladie de Crohn modérée chez l'adulte : En l'absence de données cliniques versus le seul comparateur cliniquement pertinent, l'infliximab, adalimumab n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V, inexistante) par rapport à l'infliximab.
<b>Maladie de Crohn (enfant et adolescent)</b> (24 juillet 2013 et 22 juin 2016)	Important dans la maladie de Crohn active, sévère, chez les enfants et les adolescents à partir de 6 ans, qui n'ont pas répondu à un traitement conventionnel comprenant un corticoïde, un immunomodulateur et un traitement nutritionnel de première intention ; ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre-indiqués	En l'absence de données cliniques versus le seul comparateur cliniquement pertinent, l'infliximab, adalimumab n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V, inexistante) par rapport à l'infliximab.
<b>Rectocolite hémorragique (adulte)</b> (3 octobre 2012 et 22 juin 2016)	Important dans l'indication de l'AMM.	Adalimumab n'apporte pas d'amélioration du Service médical rendu (ASMR V) dans la prise en charge de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère intolérante ou ne répondant pas au traitement conventionnel (corticoïdes, azathioprine ou 6-mercaptopurine).
<b>Rectocolite hémorragique (enfant et adolescent)</b> (19/05/2021)	Important dans l'indication de l'AMM	Compte tenu : – de la faible qualité de la démonstration de l'efficacité clinique de l'adalimumab dans cette indication basée sur les résultats d'une étude non comparative (après amendement au protocole) et sur une comparaison à un placebo externe dont les résultats ne sont pas interprétables, – de l'absence de donnée comparative versus infliximab (REMICADE et ses biosimilaires), autre anti-TNF disposant d'une AMM, alors que cette comparaison était possible, – Mais prenant en compte : – l'intérêt potentiel de disposer d'une forme sous-cutanée chez l'enfant et, – du profil d'efficacité et de tolérance établi de l'adalimumab chez l'adulte et dans d'autres indications pédiatriques notamment la maladie de Crohn, Adalimumab n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V) dans la stratégie de prise en charge de la RCH active modérée à sévère chez les enfants et les adolescents à partir de 6 ans ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et/ou l'azathioprine (AZA) ou la 6-mercaptopurine (6-MP), ou chez lesquels ces traitements sont mal tolérés ou contre-indiqués.

## 6. Prix et remboursement des présentations disponibles

Coût de traitement :

Code CIP	Présentation	PPTC
34009 302 264 9 0	HULIO 20 mg (adalimumab), solution injectable, 0,4 ml (20 mg/0,4 ml) en seringue préremplie en plastique, boîte de 1 seringue préremplie + 2 tampons d'alcool (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)	131,08 €
34009 302 265 0 6	HULIO 20 mg (adalimumab), solution injectable, 0,4 ml (20 mg/0,4 ml) en seringue préremplie en plastique, boîte de 2 seringues préremplies + 2 tampons d'alcool (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)	260,71 €
34009 301 574 2 8	HULIO 40 mg/08 ml (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en flacon muni d'un adaptateur, boîte de 2 flacons + 2 seringues + 2 aiguilles + 4 tampons d'alcool (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)	519,57 €
34009 301 573 6 7	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en seringue préremplie avec protège aiguille automatique + 2 tampons d'alcool (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)	235,43 €
34009 301 573 7 4	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en seringue préremplie avec protège aiguille automatique + tampons d'alcool (B/2) (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)	469,03 €
34009 301 573 8 1	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en seringue préremplie avec protège aiguille automatique + tampons d'alcool (B/6) (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)	1349,87 €
34009 301 573 9 8	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en stylo prérempli avec protège aiguille automatique + 2 tampons d'alcool (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)	235,43 €
34009 301 574 0 4	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en stylo prérempli avec protège aiguille automatique + tampons d'alcool (B/2) (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)	469,03 €
34009 301 574 1 1	HULIO 40 mg (adalimumab), solution injectable, 0,8 ml en stylo prérempli avec protège aiguille automatique + tampons d'alcool (B/6) (laboratoires MYLAN MEDICAL SAS)	1349,87 €

Taux de remboursement : 65 %



Ce taux ne tient pas compte des exonérations liées aux conditions particulières de prise en charge de l'assuré (ALD, invalidité...).

---

(\*) Cf. les avis de la CT, consultables sur le site de la HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_5267/actes-medicaments-dispositifs-medicaux?cid=c\\_5267](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5267/actes-medicaments-dispositifs-medicaux?cid=c_5267).

(\*\*) Cf. RCP : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/index.php>.

[http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/landing/epar\\_search.jsp&mid=WC0b01ac058001d124](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/landing/epar_search.jsp&mid=WC0b01ac058001d124).

Base de données publique des médicaments : <http://www.medicaments.gouv.fr>.

Adresser toute remarque ou demande d'information complémentaire à : Haute Autorité de santé, DEMESP, 2, avenue du Stade-de-France, 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex.