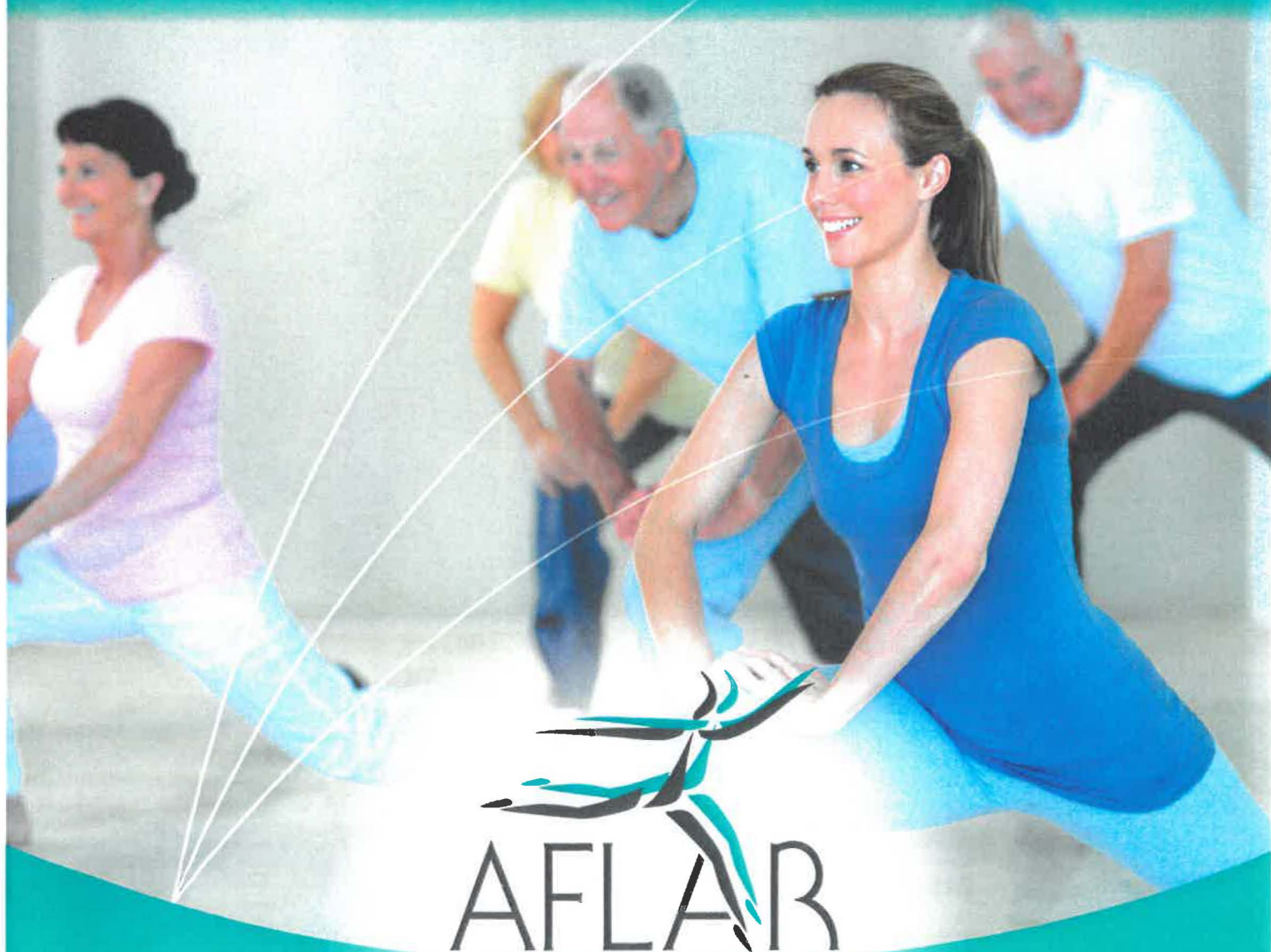




# "Bouge ton rhumatisme"

*"sapere audere" la devise du siècle des Lumières :  
Oser, savoir et connaître pour mieux se soigner.  
La douleur n'est pas une fatalité.*



**AFLAR**

ASSOCIATION FRANÇAISE DE  
LUTTE ANTIRHUMATISMALE  
RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE



Doctors photos © Corbis, 2009, Getty Images 2009 - 028815-SEPT-11 a. l'entse

# Immunologie

Dans le domaine de l'immunologie, innover c'est être à la pointe de la recherche en biothérapies pour le traitement des maladies inflammatoires chroniques immunitaires.

Cette démarche nous permet de proposer un traitement innovant aux patients atteints de la maladie de Crohn (adulte ou pédiatrique), de Rectocolite hémorragique, de Polyarthrite rhumatoïde, de Spondylarthrite ankylosante, de Psoriasis en plaques ou Rhumatisme psoriasique.

Notre engagement est d'être plus que jamais à vos côtés en termes de services et de perspectives thérapeutiques.



ASSOCIATION FRANÇAISE DE  
LUTTE ANTIRHUMATISMALE  
RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

2 rue Bourgon - 75013 PARIS

Tél. 01 45 80 30 00

contact@aflar.org

http://www.aflar.org

ALLO RHUMATISMES

0810 42 02 42 (prix d'un appel local)

ALLO OSTÉOPOROSE

0810 43 03 43 (prix d'un appel local)

## SOMMAIRE

- **ÉDITORIAL** p3
- **X<sup>E</sup> CONGRÈS LIMOGES**  
15-16 MARS 2012 p4
  - Douleurs et rhumatismes : vraies et fausses idées.
  - Ostéoporose, jamais trop tard pour bien faire !
- **LU DANS LA PRESSE** p7
  - « Science et éthique : les français se sentent mal informés »
  - « Les vertus des cures thermales »
- **LE POINT SUR...** p8
  - La fibromyalgie
- **SERVICE AUX PATIENTS** p11
  - INAVA SYSTEM
- **ACTUALITÉS SCIENTIFIQUES** p12
  - Spondyloarthrites
  - Thérapeutiques
  - Arthrose
- **DOSSIER OSTÉOPOROSE** p14
- **FOCUS SUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE** p16
- **ASSOCIATIONS AFFILIÉES** p18
  - FibromyalgieSOS
- **LIGUE EUROPÉENNE CONTRE LES RHUMATISMES** p19
- **PROGRAMME PATIENT PARTENAIRE** p19

Journal "Bouge Ton Rhumatisme"  
N°28 - N° ISSN : 1959-285X

Directeur de la Publication :  
Laurent Grange

Comité de Rédaction :

M<sup>me</sup> L. Carton, D<sup>r</sup> L. Grange,  
D<sup>r</sup> Ph. Tauveron, M<sup>me</sup> C. Cardon,  
M. J.N. Dachicourt

Conception - Réalisation :

Jean-Noël Dachicourt  
Audrey Di Marzo

Impression :  
AFLAR

## ÉDITORIAL

Après de belles étapes à Bordeaux en 2008, puis Deauville en 2010, Limoges et toute l'équipe du service de Rhumatologie du Chu de Limoges a eu le privilège et le grand plaisir d'accueillir le X<sup>e</sup> congrès de l'AFLAR. Limoges, ce sont les arts du feu, avec l'émail et le vitrail. Limoges, c'est aussi l'art de bien recevoir avec sa porcelaine, connue et enviée de par le monde.



Dans le centre historique de Limoges, au sein des locaux de l'Hôtel de Région, ce dixième congrès a débuté sous le signe de la douleur et de sa prise en charge. Compte-tenu de l'engagement de longue date des Pr Trèves, Bertin et Vergne-Salle dans la lutte contre la douleur, il ne pouvait en être autrement !

Puis les thèmes chers à l'AFLAR que sont la prise en charge pluridisciplinaire des affections rhumatismales, l'éducation thérapeutique et le forum des associations de patients ont été abordés durant ces 2 journées.

Enfin, le public limougeaud a répondu présent au forum grand public avec plus de 280 participants, organisé le vendredi après-midi. Malgré la douceur printanière, les travées de la magnifique salle d'assemblée étaient pleines, prouvant l'intérêt des sujets abordés comme l'arthrose, la prévention de l'ostéoporose et la douleur et présentés avec talent et humour par nos orateurs.

Je tiens à remercier toute l'équipe d'organisation de l'AFLAR, nos secrétaires (Sophie et Chrystel), tous les bénévoles des associations locales et de l'AFLAR, l'équipe du service de Rhumatologie de Limoges du Pr Bertin, ainsi que les sponsors de l'industrie pharmaceutique. Ils ont contribué, dans une ambiance chaleureuse, au succès de ces 2 journées.

Nous attendons maintenant avec impatience... le 11<sup>e</sup> congrès de l'AFLAR !

**Dr C. BONNET,**  
Présidente du congrès AFLAR Limoges 2012

*Ce journal est édité grâce à la générosité de dons personnels et des sociétés partenaires de l'Aflar. Que tous en soient vivement remerciés.*

  
**Pierre Fabre**  
Santé  
mon partenaire santé

 **NOVARTIS**

  
**CHAÎNE THERMALE DU SOLEIL**  
agit naturellement pour votre santé

 **CHUGAI**

 **Yoplait**

 **Roche**

 **NORDIC**  
PHARMA

 **EXPANSCIENCE**  
LABORATOIRES

 **Pfizer**

 **AMGEN**

 **MSD**

 **Bristol-Myers Squibb**

 **Abbott**  
A Promise for Life

# X<sup>E</sup> CONGRÈS LIMOGES 15-16 MARS 2012

## DOULEURS ET RHUMATISMES vraies et fausses idées

Lors du congrès de Limoges du 15-16 mars 2012, la seconde demi-journée a été consacrée au FORUM GRAND PUBLIC.

Parmi les différentes interventions, l'une d'elles a particulièrement retenu l'attention du public : il s'agit de "douleurs et rhumatismes : vraies et fausses idées".

Le Professeur Gérard Chalès de Rennes et M<sup>me</sup> Laurence Carton, tous deux Vice Présidents de l'AFLAR avaient préparé une intervention sur la douleur : sous forme de "Power-Point" dont voici quelques extraits. Le public était invité à répondre à la question vrai ou faux et de nombreuses fausses idées ont été battues en brèche ! Des dessins humoristiques animaient cette présentation et vous pourrez vous procurer l'intégralité de cette intervention sur notre site [www.aflar.org](http://www.aflar.org).



- **La douleur est un signal protecteur révélant une anomalie.**  
**Vrai** (ce qui nous permet d'éloigner la main d'une plaque chauffante, par exemple).
- **Souffrir ne sert à rien, vrai/faux ?**  
**Partiellement faux** : douleur aiguë utile, douleur chronique (25 % de la population).
- **Les nourrissons ne ressentent pas la douleur.**  
**Faux** : plus le nourrisson est jeune, plus le seuil de tolérance à la douleur est faible.
- **Mes douleurs inflammatoires sont influencées par la météo ?**  
**Faux** : il n'y a pas d'associations entre les douleurs et les variables climatiques (température, hygrométrie et pression atmosphérique).
- **Les femmes supportent mieux la douleur que les hommes.**  
**Faux** : les femmes supportent moins bien la douleur que les hommes (elles fabriquent moins d'endorphines, ce qui fait que la douleur est moins bien supportée).
- **La chaleur est bénéfique pour les douleurs musculaires.**  
**Vrai** : la chaleur est bénéfique pour les douleurs musculaires car elle dilate les vaisseaux sanguins, favorise la circulation et l'évacuation des toxines (source des douleurs).
- **La douleur est identique tout au long de la vie.**  
**Faux** : la tolérance varie chez une même personne ; au cours du vieillissement normal, l'appréhension, la perception et le vécu de la douleur se modifient.
- **Tous les adultes perçoivent la douleur de la même manière.**  
**Faux** : le seuil de perception de la douleur change d'une personne à l'autre et d'un jour à l'autre pour une même personne.
- **Seuls les médicaments peuvent soulager une douleur rebelle.**  
**Faux** : il existe de nouvelles techniques pour lutter contre la douleur : techniques de neuromodulation, stimulation magnétique transcranienne, thérapie cognitivo-comportementale.
- **Plus on vieillit, plus on devient douillet.**  
**Faux** : il n'existe pas de différence de seuil de douleur entre les jeunes et les personnes âgées mais si des troubles cognitifs (détérioration des processus mentaux de la mémoire, du jugement, de la compréhension, et du raisonnement) interfèrent avec l'expression verbale de la douleur, ils modifient aussi la perception douloureuse.
- **Il est préférable d'attendre pour soigner la douleur.**  
**Faux** : le traitement de la douleur est une aide psychologique à la guérison.
- **Plus on bouge, plus on a mal. Le premier traitement est le repos.**  
**Vrai et faux** : la mise en décharge d'une articulation portante peut être bénéfique en période aiguë ; le repos est nocif pour le lombalgique et les rhumatismes inflammatoires chroniques.
- **Moduler la douleur par la pensée ? Ce n'est pas sérieux !**  
**Vrai** : le psychisme semble pouvoir à la fois : amplifier la douleur ressentie, diminuer la douleur ressentie.

# OSTÉOPOROSE

## jamais trop tard pour bien faire !

Résumé de l'intervention du Dr C. Bonnet au congrès AFLAR de Limoges.

### I. Comment définir l'ostéoporose ?

C'est une maladie diffuse de l'ensemble du squelette caractérisée par :

- la diminution de la quantité d'os
- associée à des désordres de l'architecture de l'os.

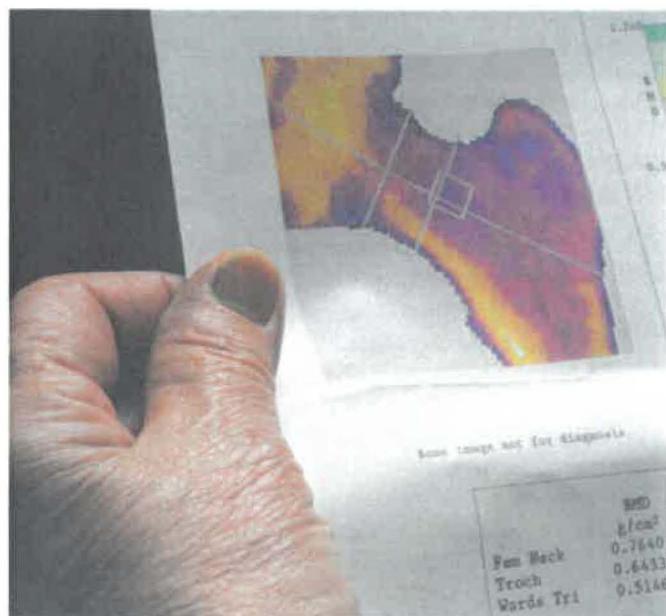
Elle entraîne un excès de fragilité de l'os. À partir d'un certain seuil de fragilité osseuse, le squelette ne peut plus assurer son rôle de soutien : par conséquent, il y a fracture spontanée ou après un traumatisme minime (poignet, vertèbre, côtes, col du fémur...).

Les fractures constituent la première manifestation tardive de la maladie ; avant la fracture, la maladie est silencieuse.

Grâce à la densitométrie osseuse, le diagnostic d'ostéoporose peut être fait avant la complication fracturaire : on parle d'ostéoporose quand le T-score < -2,5 DS (définition selon l'OMS).

Une densité osseuse (ou quantité d'os) très basse est associée à un risque élevé de faire des fractures. Le diagnostic d'ostéoporose densitométrique peut être posé si la perte d'os depuis l'âge de 20 ans est de plus de 25% (soit un T-score inférieur à -2,5DS).

En fait, le résultat de densité donné en gramme /cm<sup>2</sup> est comparé à des valeurs de référence ; lorsque le résultat est comparé à la densité moyenne d'une population jeune, c'est le T-score.



### • L'OSTÉOPOROSE EST-ELLE UNE MALADIE FREQUENTE ? OUI

Elle atteint 40% des femmes ménopausées et 15% des hommes après 60 ans ; 40% des femmes de plus de 50 ans seront victimes d'une fracture avant la fin de leur vie ; 17% seront victimes d'une fracture du col du fémur, 15% d'une fracture de vertèbre et 16% d'une fracture de poignet.

### • SOMMES-NOUS TOUS EGAUX DEVANT L'OSTÉOPOROSE ? NON

### 2. Il existe des facteurs de risque (FDR) :

#### a. FDR modifiables par le patient :

- Alimentation : carence en calcium et en vitamine D
- Activité physique insuffisante
- Alcool et tabac
- Facteurs de chute : vue, médicaments, aménagement du domicile.

#### b. FDR non modifiables mais qui doivent alerter :

- Âge, sexe féminin
- Antécédents de fractures de col fémoral chez le père ou la mère
- Antécédents personnels de fracture (poignet, côtes...) sans traumatisme violent.
- Ménopause précoce (avant 40 ans).
- Certains médicaments : corticothérapies au long cours, certains traitements anticancéreux
- Certaines maladies endocriniennes : l'hyperthyroïdie, l'hyperparathyroïdie
- Les rhumatismes inflammatoires chroniques.

### 3. Que pouvons nous faire pour prévenir l'ostéoporose ?

#### a. Nous pouvons tout d'abord corriger certains facteurs de risques, les FDR :

par une alimentation riche en calcium et en vitamine D et aussi en protéines.

Le calcium et la vitamine D jouent un rôle très important dans la solidité des os : il est recommandé de consommer entre 800 mg et 1 gr de calcium/jour.

## LE CALCIUM

On le trouve dans le lait, les yaourts, les fromages, (à l'exception du beurre et de la crème), les fruits, les légumes, certaines eaux minérales : 1 litre = 500 mg Ca (Taliens, Courmayeur, Hépar, Contrex)

300g de calcium = 30g d'emmental, 80g de camembert, 2 yaourts, 1/4 de litre de lait de vache ou de brebis, 300g de fromage blanc, 600ml d'eau riche en Ca, 1kg d'oranges, 4kg de viande.

Idées fausses sur le calcium :

- Le calcium fait grossir : NON
- Le lait fait maigrir : NON
- Les aliments allégés en graisses sont appauvris en calcium : NON
- Le lait de soja peut remplacer les produits laitiers : NON

## LA VITAMINE D

La vitamine D permet à notre organisme d'absorber et de fixer le calcium.

On trouve la vitamine D dans :

- le beurre, la crème, le foie d'animaux, les poissons gras, le jaune d'œuf
- les UV : d'où l'importance de sortir tous les jours.

En France, l'insuffisance en vitamine D est fréquente.

## LES PROTEINES

Trop de seniors ont des apports insuffisants en protéines :

En pratique, en ce qui concerne les protéines et le calcium, un senior devrait consommer

- 1 à 2 parts de viande ou poisson ou d'œuf/jour et 4 produits laitiers/jour.

### b. Il est conseillé de pratiquer une activité physique régulière.

L'activité physique entretient la solidité des os (stimule les cellules osseuses). Il vaut mieux pratiquer une activité physique régulière mais non intensive, l'idéal étant de la commencer dès l'enfance et surtout l'adolescence.

Parmi les exercices osseux conseillés, on peut distinguer :

- les exercices osseux directs, grâce à un impact sur le sol = Marche, course à pied, danse, tennis, gymnastique
- les exercices favorisant l'équilibre pour réduire les risques de chute = Thai-Chi, Yoga, danse
- les exercices à bénéfice musculaire = Vélo, natation, aquagym

### c. Comment éviter les chutes ?

Pour limiter tout risque de fracture, il faut particulièrement veiller à éliminer tout risque de chute en prêtant attention aux troubles de vision, en se méfiant particulièrement des tapis par terre ainsi que des sols glissants, de la consommation de somnifères ou d'anxiolytiques le soir et en évitant de trop boire le soir pour éviter d'avoir à se lever en pleine nuit.

Pour éviter les chutes, il est également nécessaire d'avoir une bonne souplesse, des muscles, des jambes fortes, de bons réflexes et un bon équilibre !

Le tabac et l'alcool agissent directement sur les cellules qui forment les os et exercent un effet délétère .

### d. Peut-on prévenir totalement l'ostéoporose ?

Malheureusement, non car notre masse osseuse est déterminée à 60% par la génétique et que certaines maladies ou traitements interviennent en partie (voir FDR non modifiables) mais ces recommandations permettent de préserver au mieux la solidité des os.

En cas d'ostéoporose avérée (avec ou sans fracture), ces recommandations participent à la prise en charge de l'ostéoporose mais ne remplacent pas le traitement médicamenteux prescrit par le médecin.

## 4. Les traitements anti-ostéoporotiques

En cas de fracture, de densité osseuse trop basse, de prise de certains médicaments, il est nécessaire de prendre un traitement anti-ostéoporotique :

- Bisphosphonates
- Strontium
- SERMs
- Parathormone

Il s'agit de traitements en comprimés ou en injectable avec parfois des contraintes horaires (le matin à jeun ou le soir après le repas...) Ces traitements doivent être pris pendant au moins plusieurs années (4 à 5 ans) !

Contrairement à certaines idées reçues, il n'est jamais trop tard pour traiter l'ostéoporose, le traitement est d'autant plus efficace que l'on est âgé et que l'on a perdu beaucoup d'os.

Vous trouverez plus d'informations sur

- la plaquette **AFLAR** : "le voleur d'os"
- **ALLO Ostéoporose AFLAR** :  
n° AZUR : 0810 43 03 43,  
(prix d'un appel local)
- les sites internet :  
<http://www.aflar.org> ou <http://www.grio.org>

## « Science et éthique : les français se sentent mal informés »

10 juin 2012

Le Figaro rend compte d'un sondage BVA réalisé auprès de 1016 personnes pour le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), « sur la perception de la science et son rôle au sein de la société par la population ». Le journal constate que « les Français gardent la tête froide. [...] Cette enquête montre que la grande majorité des Français approuvent la recherche, notamment dans les domaines du traitement du cancer ou du fonctionnement de l'organisme. La recherche génétique et la compréhension des mécanismes du cerveau sont réclamées par 84 et 90 % des personnes interrogées. Par ailleurs, 67 % d'entre elles sont favorables à la recherche sur l'embryon ».

Le Figaro remarque toutefois que « les Français sont défavorables à toute

recherche qui dénaturerait l'espèce humaine : deux tiers d'entre eux ne sont pas d'accord avec la modification du patrimoine génétique humain et 83 % sont opposés au clonage humain ».

Le quotidien relève en outre que les personnes sondées « ne souhaitent pas - sauf pathologie majeure, sans doute - agir sur les caractéristiques physiques ou mentales de leur enfant avant la naissance, si cela était possible ».

Le journal précise que « c'est surtout l'impression d'être mal informé qui ressort : plus de la moitié des Français ont un sentiment d'opacité concernant la recherche scientifique. En particulier, 53 % ne se sentent pas assez informés sur les enjeux éthiques des avancées de la recherche. Seulement 15 % affirment être tout à fait renseignés sur le sujet ».

**LE FIGARO**  
MAGAZINE

Le Figaro observe que « ce déficit de connaissance alimente les craintes et le sentiment de confiscation du sujet par des publics experts. Sept Français sur dix aimeraient en savoir plus ». Le quotidien note que « toute la difficulté consiste à transmettre du savoir scientifique clair, à partir de données complexes, techniques, qui nécessitent parfois une culture scientifique basique, tant les connaissances ont explosé au cours des vingt dernières années et sont devenues ardues ».

« Les limites de ce que la recherche peut faire doivent être posées par des scientifiques (selon 49 % des Français) ou des comités réunissant religieux, scientifiques, intellectuels et élus (44 %) », ajoute le journal.

Revue de presse rédigée  
par Laurent Fricbet

## « LES VERTUS des cures thermales »

Janvier 2012

Viva publie un dossier sur les « vertus des cures thermales ». Le magazine observe qu'« environ 500 000 curistes fréquentent chaque année les 104 stations thermales françaises. Et pour cause ! Les cures soulagent nombre de maladies. Des effets réels que diverses études corroborent depuis quelques années ».

Viva indique que la rhumatologie arrive "en tête", qu'elle « est la principale prescriptrice de cure thermale et représente plus de 70 % des cures, que l'on suit pour traiter l'arthrose, des lombalgies, des douleurs aux cervicales ou liées aux suites opératoires (accident, fractures...), mais aussi la fibromyalgie ».

Le magazine explique ainsi que « depuis quelques années, les effets de la médecine

thermale font l'objet d'une évaluation scientifique dont les premiers résultats démontrent une diminution de la douleur physique tout comme celle de la consommation d'anti-inflammatoires, et un mieux-être durable, prouvant ainsi que le service médical rendu des cures est réel ».

« La Haute Autorité de santé a également reconnu les effets antalgiques des cures thermales dans les cas de lombalgies chroniques, et l'efficacité de la balnéothérapie dans l'amélioration de la mobilité et de la qualité de vie des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde », note Viva.

Le magazine ajoute qu'« en 2009, l'Étude Thermarthrose, financée par l'Association française pour la recherche thermale, a mis en évidence l'intérêt du thermalisme dans le traitement de

**Viva**  
ENTRE NOUS LA VIE

l'arthrose du genou (ou gonarthrose). 462 patients ont ainsi reçu leur traitement habituel seul ou complété de soins thermaux durant 18 jours (bains et applications de boue, exercices de mobilisation en piscine et massages...) ».

« Résultat : 6 mois plus tard, plus de 50 % des curistes avaient noté une nette diminution de leurs douleurs et une meilleure mobilité pour marcher, se lever, sortir de leur voiture, contre 36,4 % chez les patients témoins qui n'avaient pas suivi de cure. Ces améliorations sont toujours appréciées 9 mois après le séjour dans une station thermale », poursuit Viva. Le magazine conclut qu'« au regard de ces résultats, la cure thermale pourrait être inscrite parmi les recommandations de prise en charge de l'arthrose du genou ».

## LA FIBROMYALGIE

Extrait de "La fibromyalgie vue par la HAS" - Publié le 29/08/2011  
D. BARON, Centre hospitalier de Lannion-Trester



Il est heureux de constater que la Haute Autorité de santé (HAS) a considéré que l'état de fibromyalgie méritait qu'on s'y attarde au point de lui consacrer un rapport. Certes, ce rapport a été demandé du fait de la tendance, de la part de certains médecins, à ne pas reconnaître la maladie et, par là même, à renier les patients qui en souffrent ; c'est bien l'essentiel du problème. Mais, entrons dans le vif du sujet afin de connaître l'avis de nos instances, qui s'est entre autres inspiré du rapport de l'Académie de médecine.

Sur la forme tout d'abord, il s'agit d'un travail très complet qu'il faut lire, si toutefois on veut en savoir plus sur cet état. Sinon, on pourra se contenter de la présente synthèse. Depuis le début de son histoire, le diagnostic de la fibromyalgie a toujours été difficile, du fait de l'absence de signe véritablement spécifique qui fait de cette pathologie... un diagnostic d'élimination. Il s'agit, non pas d'une maladie, mais d'un état et les critères de classification de l'ACR en 1990, se sont petit à petit imposés par l'usage comme de véritables critères diagnostiques, ce qui a certainement été une erreur.

### 1. Brève histoire de la fibromyalgie

Il semblerait que la conjonction de publications sur le sujet et de l'intérêt des laboratoires pharmaceutiques ait, non pas construit de toutes pièces la fibromyalgie, mais lui ont donné ses lettres de noblesse. Les lobbies des associations alors créées, les médias, la naissance d'Internet ont ensuite permis une divulgation des connaissances auprès des médecins et du grand public. Les plus sceptiques ont alors accepté le principe de son existence grâce à des critères de classification, puis un code dans la classification CIM10 des maladies, le code M797 qui a fait de cet état, un diagnostic officiel. À partir de ce

moment-là, le nombre de patients diagnostiqués a augmenté de fait, ce qui a renforcé la conviction de ceux qui n'adhéraient pas à ce diagnostic de crier au complot et à la non-existence de ce mal. De plus, cette reconnaissance a coïncidé avec une explosion du nombre d'associations qui ont fait connaître la fibromyalgie au grand public. Cependant, d'autres travaux ont permis parallèlement de démontrer que le fait de porter le diagnostic de fibromyalgie était un facteur de moindre coût de cet état. Quoi qu'il en soit, la clandestine et énigmatique fibromyalgie existait bien avant cette renaissance sous d'autres termes. Maintenant, grâce à de bons "avocats", elle a obtenu un statut à part entière avec ses papiers en bonne et due forme. N'étant plus en clandestinité, elle a pu se montrer en public sans honte et elle en a peut-être un peu profité !

### 2. Pourquoi la fibromyalgie est-elle mal comprise et controversée ?

Un des griefs tient à la composante psychologique, dont les uns affirment qu'elle est l'origine de tous les maux alors que les autres affirment qu'elle en est la conséquence. Dans la mise au point de la HAS, un chapitre est entièrement dédié à la compréhension de l'existence des controverses concernant la fibromyalgie. À la lecture du document, on apprend que la fibromyalgie a été suspecte de disease mongering, plus clairement une pathologie construite. Il est vrai que la légende veut qu'elle soit apparue aux États-Unis d'Amérique pour se diffuser ensuite en Europe, probablement aidé en cela par l'industrie pharmaceutique : c'est évidemment une vision un peu paranoïde des choses. En effet, il semble que cet état existe depuis des siècles. Je n'ai certes aucun argument pour affirmer que l'état de fibromyalgie n'est pas une pathologie construite, mais, quand bien même cette construction serait réelle, il n'en reste pas moins que les patientes souffrant de cette "construction" existent, et qu'en raison de cette souffrance, elles doivent être soignées, aidées. Pourquoi de telles suspensions et controverses sur cet état de fibromyalgie persistent-elles ? Les polémiques proviennent, d'une part, des symptômes de la fibromyalgie mal compris par certains médecins et, d'autre part, des traitements mis en oeuvre pour combattre cet état. Un des griefs tient à la composante psychologique, dont les uns affirment qu'elle est l'origine de tous les maux alors que les autres affirment qu'elle en est la conséquence. Ce n'est, à mon sens, pas un problème puisque, d'une part, la composante psychologique chez le fibromyalgique n'est pas majeure et, d'autre part, toute douleur qui s'éternise — au-delà de 3 à 6 mois — finit par avoir un retentissement émotionnel, ce qui est le cas dans bien des pathologies, mais lorsque les symptômes sont visibles, il est plus facile de le faire accepter par le regard de l'autre. De plus en plus, on accepte

l'hypothèse d'un dysfonctionnement central de la douleur ; la fibromyalgie pourrait être une sorte de pathologie de la douleur, une algopathie qui serait une meilleure dénomination de cet état, Marcel-Francis Kahn dixit.

### 3. La question des origines

La prédominance féminine continue d'alimenter la polémique. De nombreuses hypothèses sont rapportées et successivement réfutées, les unes tentant d'infirmer une cause organique (origine psychosociale), les autres de prouver le contraire (origine hormonale), sans grand succès. On commence à accepter l'idée que la fibromyalgie pourrait avoir une origine bio-psychosociale, avec des symptômes riches — élément qui dessert le plus souvent les patientes. Plusieurs études ont cherché des déterminants de santé (tabac, obésité, stress, statut social et économique, etc.) ou des facteurs environnementaux associés à sa survenue sans parvenir à établir un lien entre eux.

**Un des griefs tient à la composante psychologique, dont les uns affirment qu'elle est l'origine de tous les maux alors que les autres affirment qu'elle en est la conséquence.**

### 4. La fibromyalgie est-elle un syndrome ou une maladie ?

Là encore, le débat fait rage. Pourtant, à l'heure actuelle, aucun camp ne peut se targuer de détenir la vérité finale. En effet, les arguments des deux camps sont recevables, mais aucune explication n'emporte la conviction. Pourtant, une question du rapport résume bien les deux tendances, y compris parmi les fibrosceptiques : « *(La fibromyalgie) est-elle une entité isolable correspondant à un changement pathologique dans le corps, i.e. une maladie, ou représente-t-elle la fin d'un continuum de réactions à un environnement stressant ou à une situation de détresse psychologique, i.e. syndrome, qui se manifestent par des douleurs généralisées ?* ». Ceux qui penchent plutôt vers la maladie pensent à une atteinte sensorielle dont l'origine se situerait au niveau du système nerveux central, alors que les autres pensent que « *vos douleurs, c'est votre fibromyalgie* ». La solution pourrait se situer vers la voie du milieu où la fibromyalgie serait ni tout à fait un syndrome, ni tout à fait une maladie, mais plutôt un état correspondant à un dysfonctionnement central de la perception de la douleur. Quoi qu'il en soit, comme l'indique ce rapport, la seule chose qui devrait nous guider, nous médecins, nous rhumatologues — spécialistes de la douleur par essence même — est de nous concentrer sur la prise en charge de ces patient(e)s qui souffrent ! Enfin, un fait imparable est que l'"evidence based medicine" fait des ravages dans ce domaine, puisque les résultats tangibles, les plus politiquement publiables, ne sont pas légion dans ce domaine de la douleur, subjective par définition. Comme le disait récemment Wolfe : « *Il est difficile de faire une étude*

*sur rien* », médecin qu'on ne peut soupçonner d'être, selon la formule consacrée, "fibrosceptique".

**La fibromyalgie serait ni tout à fait un syndrome, ni tout à fait une maladie, mais plutôt un état correspondant à un dysfonctionnement central de la perception de la douleur.**

### 5. Problème du diagnostic du syndrome fibromyalgique

Le diagnostic de la fibromyalgie ne semble pas poser trop de problèmes aux médecins en général. Il semblerait qu'avec un peu d'expérience, on identifie les patients, et surtout les patientes fibromyalgiques. En effet, de nombreux articles décrivent de telles patientes comme exaspérantes pour les médecins. Plusieurs études démontrent même que leur point commun serait de « *faire sombrer le médecin* » ! Pour ma part, je refuse de prendre partie ici ; chacun a le droit de s'exprimer et de présenter son point de vue. Il semble que le fait de porter le diagnostic de fibromyalgie chez un patient souffrant depuis des années a plutôt un effet bénéfique sur la société, puisque le coût de santé devient alors moindre : le patient est rassuré car il existe une stratégie de prise en charge, même si elle est variable d'un praticien à l'autre, d'une culture à l'autre. D'autres pensent au contraire que le fait de nommer le nom même de fibromyalgie, ferait acquiescer au patient un statut social, le conduisant, à terme, à se concentrer plus sur la souffrance que sur l'envie de s'en sortir. Les plus "fibrosceptiques" ont tendance à jouer la carte de l'honnêteté, en affichant un état des connaissances très limité sur l'état de fibromyalgie, mais pensent que « *... nous avons transformé un symptôme courant en une industrie rémunératrice* ». Le gros problème est que cette pathologie est chronophage et que les rhumatologues préfèrent, pour certains, nier cet état plutôt que de passer quasiment une heure à discuter avec un ou une patiente pour évoquer le diagnostic qui ne sera porté qu'après un bilan visant à éliminer d'autres diagnostics.

### 6. Les recommandations de bonne pratique

Elles sont difficiles à rédiger ; en effet, il n'existe aucune certitude sur l'origine et la nature des troubles. Aussi, les recommandations ne peuvent être basées sur des études au niveau de preuve souvent insuffisant, mais plutôt sur des expériences personnelles, qui finissent par devenir de véritables consensus. C'est une des raisons pour lesquelles les recommandations varient beaucoup d'un continent à l'autre. Ainsi, dans certaines recommandations, les approches seront plus médicamenteuses, d'autres non médicamenteuses, en insistant sur la réadaptation à l'effort, l'éducation thérapeutique, d'autres enfin associent à des degrés divers les deux types de traitement.

## 7. Les recommandations EULAR DE 2007

Les recommandations EULAR de 2007 sont basées sur 146 essais cliniques dont 39 concernaient des antidépresseurs, analgésiques ou autres familles thérapeutiques, et 59 des interventions non pharmacologiques (traitement comportemental, éducation, diététique, et autres). En Europe, l'examen des différentes études par un panel d'experts a abouti à un consensus sur 9 recommandations de qualité inégale (3 pouvant être qualifiées de fermes, 3 autres ayant la qualité d'opinion d'expert) du fait de la pauvreté de certaines données, ce qui a engendré la volonté de revoir ces recommandations tous les 5 ans (voir encadré p.16 sur les dernières recommandations EULAR, datant de 2007). Nous ne rapporterons pas ici le détail des différentes recommandations, mais elles sont représentatives de l'avancement des pays dans la prise en charge de la douleur ; plus un pays est impliqué dans la prise en charge de la douleur, plus la part belle est donnée à l'implication du patient dans son amélioration, grâce à des programmes d'éducation thérapeutique, d'objectifs pédagogiques réalistes..., en fonction du patient ; ce sont des traitements surmesure mis en place en fonction du retentissement sur les domaines fonctionnel, social et psychologique.

## 8. Prise en charge médicamenteuse de la fibromyalgie en France

À partir de données informatiques (Thalès) de médecins généralistes et rhumatologues, il est possible d'avoir une photographie des prescriptions à un instant donné. Il est à noter qu'en France, aucun traitement prescrit dans la fibromyalgie n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM), contrairement à d'autres pays où certains antidépresseurs et antiépileptiques l'ont obtenue. Selon les données de Thalès, 60% des patients reçoivent des antalgiques, 40% des antidépresseurs, 30% des anxiolytiques et/ou hypnotiques et 20% des antiépileptiques lorsqu'ils sont suivis par des médecins généralistes. Les mêmes médicaments sont prescrits respectivement 50%, 30%, 7%, 25% par les rhumatologues. L'ordonnance pour la fibromyalgie comporte dans 30% une mono- ou bithérapie et 20% une tri- ou quadrithérapie.

**En France, aucun traitement prescrit n'a d'autorisation de mise sur le marché, contrairement à d'autres pays où certains antidépresseurs et antiépileptiques l'ont obtenue.**

Les autres traitements sont plus rarement utilisés :

- myorelaxants, sachant qu'il s'agit parfois de benzodiazépines, alors considérées comme des anxiolytiques ;
- le pramixéprole, agoniste dopaminergique, plus souvent utilisé dans la maladie de Parkinson, a vu ses indications élargies dans le syndrome des "jambes sans repos", souvent associé à la fibromyalgie ;
- le tropisétron, antiémétique, recommandé par l'EULAR 2007, est peu utilisé en France.

## RECOMMANDATIONS EULAR CORRIGÉES 2007

### PSYCHOTHÉRAPIE

- Une évolution complète de la douleur et du contexte fonctionnel et psychosocial est indispensable pour comprendre le syndrome fibromyalgique dans sa totalité, du fait de sa complexité, de son hétérogénéité et des nombreux facteurs intervenants (niveau de preuve IV D).
- Le traitement optimal de la fibromyalgie impose une approche multidisciplinaire qui devrait inclure la combinaison d'interventions pharmacologiques et non pharmacologiques. Après discussion avec le patient, celles-ci devraient être adaptées avec le patient en fonction de l'intensité de la douleur, de critères fonctionnels et d'autres aspects généraux tels que la fatigue, la dépression, etc. (niveau de preuve IVD).

### CHIMIOTHÉRAPIE

- La tramadol est recommandé pour le traitement de la douleur (Ib A), par ailleurs, si d'autres analgésiques tels que le paracétamol et les opioïdes faibles peuvent être employés, les corticostéroïdes et les opioïdes forts ne sont, eux, pas recommandés (IV D).
- Les antidépresseurs sont recommandés parce qu'ils réduisent la douleur et améliorant le niveau de fonctionnement (Ib A). L'amitriptyline, la fluoxétine, la duloxétine, le milnacipran, le moclobémide et le pirlindole ont démontré une certaine efficacité.
- Le tropisétron, la pramipexole et la prégabaline sont également recommandés parce qu'ils se sont montrés capables de réduire la douleur (Ib A).

### KINÉSITHÉRAPIE – PHYSIOTHÉRAPIE :

- Le traitement en piscine chauffée, avec ou sans exercice, est efficace (IIa B).
- Chez certains patients, un programme d'exercices adapté peut-être utile. Cela inclut des exercices aérobiques et des étirements (IIb C).
- Un traitement comportemental peut-être utile chez certains patients (IV D).
- La relaxation, la réhabilitation, la physiothérapie, un support psychologique peuvent être indiqués si le patient en formule la demande (IIb C).

## 9. Prise en charge non médicamenteuse

Un des griefs tient à la composante psychologique, dont les uns affirment qu'elle est l'origine de tous les maux alors que les autres affirment qu'elle en est la conséquence. En France, il est difficile de retrouver les données concernant la prise en charge non-médicamenteuse. Toutefois, il est possible de savoir en quoi consiste ce type de traitement. Il s'agit, en premier lieu, des psychothérapies (psychothérapie, thérapie cognitive, techniques cognitivo-comportementales, hypnose), puis la kinésithérapie (lutte contre la kinésiophobie), la rééducation et les massages. Les cures thermales, dont certaines études montrent l'intérêt, sont peu prescrites, mais les données sont difficiles à extraire car mal renseignées. Quelques études se sont intéressées à la prise en charge globale incluant des activités éducatives, la référence française en la matière étant l'expérience de plus de vingt ans du CHU de Grenoble : la stratégie repose sur le traitement de la

douleur, un réentraînement à l'effort (aérobie), des conseils et un apprentissage des gestes, de mouvements, en particulier d'économie physique de techniques de fractionnement des activités. Le but est de redonner confiance aux patients dans leurs performances, de leur apprendre des gestes pour la vie quotidienne et des comportements d'économie physique à partir de mises en situation, de diminuer la tension physique par la relaxation, de maintenir l'entraînement physique par un accompagnement (recherche d'une salle non médicalisée où peuvent être poursuivis des exercices supervisés). Les patients passent le plus souvent par un centre de la douleur, mais les médecins traitants ont toute leur place dans le suivi des patients traités dans les centres.

### Références

HAS. Syndrome fibromyalgique de l'adulte. Rapport d'orientation, juillet 2010.

## SERVICE AUX PATIENTS

### PUBLI-RÉDACTIONNEL INAVA SYSTEM



Le brossage des dents est un acte quotidien, simple et banal dans son exécution...sauf pour de nombreux patients souffrant d'affections rhumatologiques ou tout simplement des effets de l'âge.

Pour eux, les gestes de la vie quotidienne peuvent devenir un vrai parcours du combattant, et progressivement, la lassitude et l'incapacité prennent le pas sur les recommandations d'hygiène dentaire.

En 2012, Pierre Fabre Santé innove et met à disposition de ces patients présentant des troubles de la préhension, un manchon en mousse ergonomique emboîté sur une brosse à dents Inava souple (20/100). L'ensemble, baptisé Inava System, facilite l'accès à une bonne hygiène bucco dentaire : le diamètre du manche et la longueur de la brosse à dents sont

ainsi augmentés pour une meilleure prise en main ; le manchon ergonomique est réutilisable et adaptable à toutes les brosses à dents de la gamme Inava.

L'ensemble très léger permet un brossage de qualité tant par la praticité de sa tenue en main que par la configuration des brins arrondis, non traumatisants pour les gencives, souvent mises à mal par l'âge, les appareils dentaires ou les traitements.

Inava System est une aide technique innovante pour améliorer l'accessibilité au brossage dentaire de chaque patient présentant un déficit de la préhension ou une perte de la dextérité manuelle et digitale.

Inava System est un accessoire disponible en pharmacies.

**Prix public conseillé : 9,90€**

## SPONDYLOARTHRISES

### La rééducation en question...

La Spondylarthrite ankylosante désormais appelée "spondyloarthrite" est une atteinte inflammatoire axiale et périphérique, qui dans sa forme ankylosante conduit à un enraidissement de la colonne vertébrale. En plus des traitements médicamenteux, la rééducation fait partie de la prise en charge classique, avec comme objectif de diminuer cette ankylose et de ralentir les risques cardiovasculaires souvent associés à cette pathologie.

Un article publié en 2011, reprend les résultats de 12 études évaluant l'efficacité de la rééducation sur l'ankylose et la capacité respiratoire. Trois grands axes de rééducations ont été étudiés : rééducation cardio-respiratoire, renforcement musculaire et étirements.

Sur les cinq études évaluant un programme d'entraînement cardio-respiratoire, une seule répondait aux critères de qualités optimales définies par le Collège américain de

médecine du sport (ACSM)<sup>1</sup>. Pourtant, une amélioration de la capacité d'efforts se dégage de l'ensemble de ces études. Celles décrivant des exercices d'entraînement de la force sont trop peu détaillées pour permettre de conclure quant à leur efficacité. Enfin, les études incluant des exercices de souplesse semblent proches des recommandations de l'ACSM<sup>2</sup>, cependant la mobilité rachidienne n'est que faiblement améliorée.

Au total, l'effet des programmes de rééducation dans la SA semble modeste sur l'ankylose et plus fort sur le maintien de la capacité cardio-respiratoire. Cette étude montre qu'une description claire et précise des exercices, afin de pouvoir les reproduire dans la pratique quotidienne, est un pré requis indispensable à une prescription de rééducation de qualité et donc efficace !



### Commentaire d'article proposé par le Dr Laurent Laloux

Source : Dagfinrud H et coll : Exercises programs in trials for patients with ankylosing spondylitis : do they really have the potential for effectiveness ? Arthritis Care & research. 2011 ; 63 : 597-603

<sup>1</sup> Recommandation de l'ACSM concernant l'entraînement cardio-respiratoire : intensité d'effort permettant d'atteindre 55 à 90% de la fréquence cardiaque maximale théorique, durée de l'effort entre 20 et 90 minutes, fréquence de 3 à 5 fois par semaine

<sup>2</sup> Recommandation de l'ACSM concernant les exercices de souplesse : au moins 5 répétitions pour chaque étirement, de 10 à 30 secondes, à répéter 2 à 3 fois par semaines, pendant 12 à 15 semaines.

## THÉRAPEUTIQUES

### Anti-TNF et prise de poids : un effet secondaire à surveiller...

L'observation, chez certains patients traités avec des anti-TNF, d'une augmentation de poids a amené une équipe de chercheurs de Glasgow à étudier ce problème. Ils ont analysé les articles scientifiques publiés par le passé sur ce sujet. Ils ont récolté les données de suivi de prise de poids de 53 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) sur une période d'un an après le début de leur traitement anti-TNF. Alors que le poids de ces patients était stable avant le traitement, ils ont observé une prise de poids moyenne de 4kg après un an. Chez 21% des personnes testées, cette augmentation atteint même 6kg. Des études similaires sur des patients atteints de spondylarthrite ankylosante

et de psoriasis cutanée ont montré une augmentation moyenne de 2kg.

Le TNF alpha est depuis longtemps connu pour son rôle dans ce que l'on appelle en médecine la cachexie. Il s'agit d'un affaiblissement profond de l'organisme (perte de poids, atrophie musculaire, etc.), lié à une dénutrition très importante. Plus qu'une maladie, c'est la conséquence d'atteintes diverses telles que l'anorexie, le cancer, certaines maladies chroniques, voire certaines maladies infectieuses (par exemple la tuberculose et le SIDA) ou auto-immunes. Les mécanismes en jeu dans la cachexie pourraient être commun à ceux amenant à la prise de poids suite à l'utilisation de



### l'anti-TNF.

Mieux comprendre ce phénomène permettra peut être de pallier à cette prise de poids qui amène certains patients à stopper leur traitement.

Source : Impact of anti-tumour necrosis factor therapy on the weight of patients with rheumatoid arthritis. Alcorn N, Tierney A, Wu O et coll. Ann. Rheum. Dis. 2010; 69: 1571

# ARTHROSE

## 1. La prothèse de genou : quel changement de vie ?

La gonarthrose, ou arthrose du genou, est l'atteinte arthrosique la plus fréquente. En cas d'échec du traitement médical, son évolution conduit à la pose d'une prothèse totale de genou (PTG). Il est clair qu'elle améliore la qualité de vie, la douleur et la fonction des opérés. Cependant 21 et 28% des sujets gardent une limitation de leur marche, respectivement 1 et 5 ans après l'opération.

Une étude réalisée par une équipe allemande analyse cet échec relatif auprès de 53 sujets opérés, suivis pendant 1 an. L'activité physique, les paramètres cliniques et la qualité de vie ont été étudiés en pré-opératoire, puis à 2, 6 et 12 mois de la pose de la PTG.

Après un an, l'American KneeSociety Score (KSS)<sup>1</sup> passe de 88,9 points à 188,6, alors que le score maximal pour un individu sans symptôme est de 200. Parallèlement, l'activité physique augmente nettement entre le 6<sup>e</sup> et le 12<sup>e</sup> mois mais sans rejoindre les chiffres d'une population indemne de gonarthrose. Cependant le meilleur périmètre de marche est obtenu par les sujets ayant le meilleur périmètre de marche pré-opératoire. La qualité de vie est très logiquement augmentée.

Cette étude montre bien l'amélioration de l'activité physique et de la qualité de vie suite à la pose de PTG, cependant nombre d'opérés ne récupèrent pas le niveau d'activité d'un sujet normal. Cette étude démontre également qu'une activité physique optimale avant l'opération participe à la réussite de l'intervention.

### Inspiré d'après le commentaire d'article proposé par le Dr Laurent Laloux

Source : BrandesM et coll. : Changes in physical activity and health-related quality of life during the first year after total knee arthroplasty. *Arthritis Care & Research*. 2011 ; 63 : 328-334

<sup>1</sup> L'American KneeSociety Score (KSS) évalue la mobilité, la stabilité, la douleur, le périmètre de marche maximum, la capacité de marche dans les escaliers, et les aides techniques nécessaires.



## 2. Surpoids et gonalgies ne font pas bon ménage !

L'arthrose est très fréquente, en particulier la gonarthrose, ou arthrose du genou. L'obésité est considérée comme l'un des principaux facteurs de risque de la gonarthrose. La fréquence de l'obésité augmentant considérablement, une véritable épidémie de gonarthrose est attendue dans les prochaines générations.

L'étude qui nous intéresse concerne 594 femmes suivies en médecine générale durant 15 ans. Quatre visites ont été effectuées, à 1, 5, 10 et 15 ans. Les participantes ont été interrogées sur leurs douleurs aux genoux et leurs habitudes de vie (tabac, alcool, activité physique...), leur Indice de Masse Corporelle (IMC) a été calculé à chaque visite et des radiographies des deux genoux ont été réalisées à 1 et 15 ans.

À 3 ans, 26,7% des sujets souffraient de douleurs aux genoux, appelées gonalgies. A 15 ans ce chiffre atteignait 45,1%. L'apparition de ces gonalgies est associée avec un IMC élevé, quelle que soit la date de la visite considérée, avec un risque de gonalgies multiplié par 1,4. Les gonalgies bilatérales sont clairement plus fréquentes avec la prise poids, contrairement aux gonalgies unilatérales. Cette donnée suggère que les gonalgies bilatérales ont une cause physiologique liée au surpoids, alors que les gonalgies unilatérales auraient une cause locale telle qu'un traumatisme ou un défaut d'axe. Dans tous les cas, l'association entre les modifications de l'IMC et la survenue de gonalgies est indépendante de l'apparition de lésions radiologiques.

Ces données soulignent encore une fois l'importance de la perte de poids dans le traitement des gonalgies et de la prévention de l'obésité pour les générations futures.

### Commentaire d'article proposé par Dr Laurent Laloux

Source : LyndseyM et coll. : Does obesity predict knee pain over fourteen years in women, independently of radiographic changes ? *Arthritis Care & Research*. 2011 ; 63 : 1398-1406

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

## Le programme SOUTIEN : un nouveau programme l'observance des traitements anti ostéoporotiques

L'ostéoporose est une maladie difficile à percevoir par le patient, notamment avant la survenue de fractures. Chez les patients sous traitement, la faible adhésion au traitement ne fait qu'accroître le risque de fractures et d'hospitalisations.

Afin d'apporter une réponse adéquate à une fréquente non-observance aux traitements, un programme spécifique a été développé et mis en place par le GRIO et l'AFLAR : le **programme SOUTIEN**.

• Le programme SOUTIEN est un **programme de services à domicile** destiné à tous les patients

souffrant d'ostéoporose post ménopausique ou d'ostéoporose masculine et **recevant un traitement oral ou injectable**. Il concerne **tous les traitements**.\*

- Le programme SOUTIEN permet un **accompagnement personnalisé** du patient et le suivi régulier du traitement par une infirmière spécialisée avec information du médecin prescripteur.
- Le programme SOUTIEN permet une **optimisation de l'efficacité** du traitement par une meilleure adhésion.

Le programme SOUTIEN en détail :

1. Une plate-forme téléphonique dédiée est mise à la disposition du programme. Des infirmières spécifiquement formées sur l'ostéoporose peuvent répondre aux questions des patients, concernant le bon usage de leurs traitements ou sur leur maladie.

2. Le patient est également contacté par une infirmière régulièrement (en fonction du traitement anti-ostéoporotique prescrit). Cet appel vise à rappeler au patient le renouvellement de sa prescription, le bon usage de ses traitements, ainsi qu'à répondre à ses questions sur la maladie.

## OSTÉOPOROSE, pas d'accord !



L'ostéoporose est un combat de l'AFLAR, un combat de toujours : elle a milité pour la prise en charge de l'ostéodensitométrie, dès avant la première fracture. Notre association était là dans sa position de défense de la santé publique, qui passe avant tout par la prévention<sup>(1)</sup>. L'AFLAR a participé aux programmes publics de nutrition (PNNS) et de vieillissement (Bien Vieillir). Depuis, de nouveaux traitements ont vu le jour, et de nouvelles recommandations récentes sur le traitement de l'ostéoporose ont été publiées<sup>(2)</sup>.

Notre préoccupation aujourd'hui, alors que la recherche progresse, que l'on connaît mieux le mécanisme de

formation de l'os, c'est l'opinion que l'on a de l'ostéoporose. En effet, nous voyons arriver dans les médias<sup>(3)</sup> des idées fausses sur cette maladie, et surtout ses conséquences et enjeux : elle serait une maladie bénigne, inventée par ceux qui voudraient vendre des examens ou traitements coûteux. Combattre les idées fausses, comme « *contre les rhumatismes, il n'y a rien à faire...* » est aussi depuis longtemps notre mission.

Non, l'ostéoporose n'est pas l'inéluctable et banal vieillissement de l'os. Elle peut atteindre hommes et femmes dès l'âge jeune, ou comme conséquence d'une autre maladie ou d'un traitement (maladies endocriniennes, inflammatoires, traitements du cancer de la prostate ou du VIH-SIDA...), et son enjeu, c'est le fonctionnement normal du corps, qui ne saurait vivre sans charpente. C'est une maladie, qui se prévient et se soigne par des traitements efficaces, si l'on sait s'y prendre à temps.

Car on peut toujours agir contre elle, de 7 à 107 ans... : de l'alimentation à la prévention des chutes, le premier acteur de

la lutte contre l'ostéoporose, c'est le patient lui-même. C'est pour cela que les idées fausses sont graves et nuisent à l'éducation en santé, le capital osseux se construit dans l'enfance et s'entretient toute la vie ; seules l'information et l'éducation peuvent intervenir dans la prévention de la maladie, et éviter pour beaucoup d'entre nous les traitements lourds ou les fractures.

Non, l'ostéo-densitométrie n'a pas pour but de constater le vieillissement osseux, mais de déterminer un risque de fracture (indice Frax, validé par l'Organisation Mondiale de la Santé). Parlons de fracture, justement. Le problème est que les mots trahissent souvent la réalité vécue par les malades, et les conséquences que doit compenser la société. La fracture due à l'ostéoporose (poignet, extrémité supérieure du fémur autrefois appelée col du fémur, "tassement" vertébral, qui est en fait une fracture...) n'est pas la fracture du jeune, résolue par le plâtre... C'est une fracture qui survient "pour un rien" (sans choc ou presque), et qui oblige fréquemment à une chirurgie, ou déforme le dos, et entraîne une

## pour favoriser

3. Un compte-rendu est envoyé au médecin après chaque entretien, mentionnant le cas échéant les dates d'injection ou de prise des traitements.

\* Hors traitements pour lesquels existe un programme spécifique.

• L'inscription au programme SOUTIEN est décidée et réalisée en commun par le médecin prescripteur et le patient auprès de l'AFLAR, le patient restant libre à tout moment de quitter le programme.

Le programme SOUTIEN est proposé gratuitement par le GRIO et l'AFLAR et réalisé en partenariat avec Mondial Assistance.

L'AFLAR met également à disposition des patients un numéro dédié :

• **Allo Ostéoporose**  
0 810 43 03 43

• **AFLAR - Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale**  
2 rue Bourgon - 75013 Paris  
www.aflar.org  
Contact Programme SOUTIEN :  
Jean-Noël Dachicourt  
06 12 53 48 81 - jeannoel@aflar.org

• **GRIO - Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses**

www.grio.org

Contact Presse : Catherine Marielle  
Communication - Immeuble Verdi  
4156 - 19 avenue de Choisy  
75013 PARIS - 01 43 21 03 60  
catherine-marielle@wanadoo.fr

Novartis, mécène du programme SOUTIEN



douleur chronique. Les conséquences sont lourdes : 21% des fractures de l'extrémité supérieure du fémur entraînent le décès ; une fois sur trois, la mise en institution. Quand l'os casse, ce n'est pas une "banale" fracture du col du fémur, c'est une vie qui se brise, et des conséquences lourdes pour la société : invalidité et dépendance. Peut-on lutter contre la dépendance et les coûts sociaux croissants qu'entraîne l'accroissement de la longévité, sans lutter contre l'ostéoporose ? 4 femmes sur 10 auront dans leur vie une fracture ostéoporotique, plus d'un homme sur 10. C'est un problème de santé publique et d'économie de la santé lié à l'allongement de la vie : un problème d'actualité.

Oui, les examens sont utiles. Le but de l'ostéo-densitométrie est de déterminer un risque fracturaire ; les tests et auto-questionnaires (c'est pour cela que le GRIO le diffuse<sup>(4)</sup> et que le dépliant AFLAR "le voleur d'os"<sup>(5)</sup> le rappelle) permettent à chacun d'évaluer son risque face à l'ostéoporose. Il ne s'agit en rien d'alarmer inutilement la population, mais de connaître les amis

des vieux os (exercice, calcium, vitamine D) et ses ennemis (sédentarité, alimentation déséquilibrée, tabac) ainsi que les maladies et traitements qui induisent l'ostéoporose.

Bien sûr, les traitements de l'ostéoporose – même les suppléments en calcium, a-t-on appris récemment, si elles sont prises inconsiderément – ont des effets indésirables, comme tous les traitements médicaux ; mais ceux-ci, c'est le cas par exemple des effets indésirables des biphosphonates, se préviennent, se contrôlent, se maîtrisent. Le risque fracturaire doit être contrebalancé par rapport aux risques du traitement, qui est lui-même personnalisé selon l'efficacité et la tolérance par le patient.

**Et là encore non, malheureusement, tout n'est pas fait contre l'ostéoporose et les alternatives aux traitements existants. Aujourd'hui, un nouveau traitement existe, issu de la biotechnologie. Cette bio-thérapie<sup>(6)</sup>, qui est une vraie solution de traitement, a été adoptée en alternative nécessaire de traitement par plus de 20 pays**

**d'Europe, après des études cliniques de grande ampleur. Mais en France, le médicament n'est pas remboursé, donc non accessible aux malades qui en ont besoin.**

**Alors une fois encore, l'AFLAR se doit d'alerter la communauté des soignants, des patients-citoyens et les autorités de santé : l'ostéoporose, ce n'est pas seulement un os qui se casse, c'est la perte de qualité de vie, d'espérance de vie pour les malades, et un fléau de santé publique, qui justifie pleinement que tous les moyens de traitement efficaces soient mis en place contre elle.**

Article de Laurence Carton, Vice présidente de l'AFLAR

<sup>(1)</sup> Le remboursement de cet examen est effectif depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, dans les indications précises publiées au Journal Officiel du 30 juin 2006.

<sup>(2)</sup> K Briot Rev Rhum 2012 ;79 :264-274.

<sup>(3)</sup> Emission "Cash Investigation", production

<sup>(4)</sup> www.grio.org

<sup>(5)</sup> www.aflar.org

<sup>(6)</sup> denosumab

# FOCUS SUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE



## Quelle est la place actuelle et future des patients et des associations de patients dans l'ETP ?

D'après une interview de Laurence Carton, Vice présidente de l'AFLAR

**Le rôle éducatif des associations de patients est en train de se développer et le récent plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques propose de soutenir les associations de patients qui organiseront un accompagnement éducatif des malades et collaboreront avec les soignants dans leur action d'éducation thérapeutique.**

### • L'implication des associations de patients dans l'éducation thérapeutique existe de fait mais qu'en est-il officiellement ?

En effet, en pratique, les équipes qui réalisent des programmes d'ETP se mettent volontiers en relation avec des associations de malades. Dans les recommandations de l'HAS de 2007, il est déjà mentionné que le patient peut être impliqué dans l'éducation thérapeutique en tant que co-animateur et pas seulement comme sujet.

Ces mêmes recommandations précisent que les associations de malades ou des groupes de patients pourront participer activement à la réalisation d'un programme, à sa conception, à sa mise en œuvre et son évaluation et avoir un rôle consultatif dans la définition et dans la légitimation d'un programme. L'éducation thérapeutique doit être centrée sur les patients et les programmes construits selon leurs besoins.

### • A quoi correspond le concept de "patient expert" ?

Pendant longtemps, le savoir en matière de santé n'était pas partagé, mais jalousement protégé par les "sachants"; aujourd'hui, tout cela a bien changé et le patient n'est plus "naïf". Sur le plan sociétal, de nouvelles politiques de santé publique se sont imposées, la prise en compte du patient a évolué et l'accent a été mis sur la nécessité non seulement de l'information mais aussi de l'éducation. Parallèlement, l'avènement d'internet et le développement des nouvelles technologies de l'information ont permis aux patients d'accéder plus facilement et plus largement à l'information et de participer à des plates-formes d'échanges et d'entraides. Une majorité de patients cherchant à s'informer sur leur maladie va sur internet !

Les associations de patients et les grandes actions de santé publique ont favorisé cet accès à l'information. Ainsi, le Vih-Sida, les maladies génétiques ont bénéficié de campagnes d'information et de manifestations très médiatiques du

type téléthon, ce qui a permis aux patients et à leur entourage d'acquérir des connaissances objectives et d'éliminer bon nombre d'idées reçues. Mais il existe de grosses disparités selon les maladies. En rhumatologie par exemple, les causes et facteurs favorisants de l'arthrose restent largement méconnus des patients.

Le "patient expert" n'est pas seulement informé sur sa maladie, il possède également un savoir propre, inhérent à sa formation, à son expérience professionnelle. Il faut s'intéresser à ce qu'il fait - et pas seulement à ce qu'il est - et utiliser ses compétences personnelles. Une expertise dans des domaines aussi variés que la qualité, l'organisation, la sécurité en matière d'aéronautique ou de nucléaire par exemple, les nouvelles technologies, peut se révéler un véritable atout dans le domaine de la santé. Le "patient expert" est susceptible d'apporter un souffle nouveau de connaissances, de savoir-faire et d'exigences dans certains domaines où la santé accuse un retard incontestable : si des merveilles sont accomplies dans les blocs opératoires, l'organisation des consultations pourrait être améliorée...

A l'heure actuelle, la notion de "patient expert", encore discutée par les soignants, fait son chemin dans l'organisation des soins mais des questions restent soulevées.

### • A ce propos, quels sont le statut, le rôle et la formation du "patient expert" ?

Par définition, l'expertise sensible du patient est supérieure à celle du soignant en matière de "coping" ou de douleur. Cette expertise est la base du concept de soutien par les pairs, parfaitement illustré par les Weight Watchers (lutte contre l'obésité) ou les alcooliques anonymes, et qui repose sur des techniques de soutien psychologique :

le patient partage son expérience, mais il ne s'agit pas d'éducation thérapeutique. Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, le "patient expert" doit s'impliquer pour les autres, connaître sa propre maladie mais savoir l'oublier, dépasser l'expérience qu'il en a pour devenir un interlocuteur crédible aux yeux des autres patients atteints de la même maladie. Il lui faut absorber l'expérience des autres... Intégré dans l'équipe, le "patient expert" éducateur pour ses "pairs" devient, au même titre que le soignant, un acteur de l'éducation thérapeutique. Son rôle de pair s'inscrit dans un spectre qui va du tutorat - la section région centre de l'AFLAR met en œuvre ce rôle réservé à des patients atteints de PR, sélectionnés par l'équipe pour avoir acquis une expérience positive et

transmissible dans la maladie chronique et son traitement – à la participation par l'animation après apprentissage d'outils, jusqu'à la co-crédation de ceux-ci.

Il peut s'agir soit d'un patient traité dans le service, soit d'un acteur extérieur et, dans ce cas, il est bndvole et appartient toujours à une association de patients, ceci pour des raisons juridiques visant à protgker les patients vis-à-vis par exemple d'gventuels mouvements sectaires.

Le patient peut gtre expert dans sa maladie, il ne l'est pas pour autant en gducation thrapautique et une formation en la matigre est ncessaire.

Si l'acquisition des compgtences biomgicales de base ne pose gngralement pas de problme, notamment dans le cas des maladies rares o les patients sont trs avertis, elle est plus dlicate concernant les techniques d'coute-soutien, d'animation et d'organisation, facilitge pour certains grce à leur tournure d'esprit et leur expgrience personnelle.

À l'heure o les recommandations officielles de la HAS soulignent la ncessitg de concevoir les programmes en gducation thrapautique en partenariat avec les patients et les associations de patients, on voit s'ouvrir les premiers

DU (Diplgme Universitaire) en gducation thrapautique aux "patients experts".

Le concept de "patient expert" est en cours d'installation et ne dispose pas pour le moment de statut lggal. Ainsi, le "patient expert" ne relevant pas d'une profession assermentge, il n'a pas accs à l'ensemble du dossier ggrg par l'gquipe soignante. En pratique, ceci est compensg par le partage d'informations au sein d'une sance et la richesse du dialogue entre pairs qui permet l'identification de problmes par d'autres moyens : journal d'une journge, ddfinition du handicap prioritaire... En revanche, "le patient expert" se situe dans un cadre collectif, au sein d'une gquipe pluridisciplinaire et, à ce titre, il a le devoir de rapporter toute information rvlgge lors d'une sance et permettant d'gtayer le diagnostic gducatif.

Au sein des associations, les "patients experts" sont recrutgs pour participer à un programme d'ETP via un appel d'offre. Meme s'ils sont souvent investis dans de nombreuses autres actions, nous n'avons pas de problme pour susciter des "vocations", les volontaires sont nombreux car il s'agit d'une activitg trs intgressante qui s'inscrit dans le prolongement formel de ce que fait dgj l'association pour favoriser l'autonomie des malades.

**La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualitg du systme de santg, dite loi Kouchner, consacre un large volet à la dmocratie sanitaire, au rle d'acteur de santg publique des associations dclarges auxquelles il revient la responsabilitg/possibilitg de ddfendre les droits de personnes malades et des usagers, d'organiser des formations et d'informer les malades ainsi que d'assurer la reprsentation des usagers dans les instances hospitaligres et de santg publique.**



## Bulletin d'adhgsion à l'AFLAR

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

CP ..... Ville ..... Pays .....

Email ..... Tl. ....

Pathologie (facultatif) : .....

**J'adhre à l'AFLAR > cotisation 38 €**

- je fais un don à l'AFLAR de ..... €  
 je dsire un reu pour dduction fiscale (66% des dons à concurrence de 20% du revenu imposable)

Conformment à l'article 27 de la loi Informatique et Libertgs du 6/01/1978 vous disposez d'un droit d'accs et de rectifications des donnges vous concernant dont nous sommes seuls destinataires.



**Bulletin à retourner à AFLAR - 2 rue Bourgon - 75013 PARIS**  
Contact : Tl. 01 45 80 30 00 - Fax 01 45 80 30 31 - contact@aflar.org - www.aflar.org  
AFLAR – compte bancaire BNP N°002 55657- CCP 34602- 40 W LA SOURCE  
Chqge à l'ordre de l'AFLAR

# ASSOCIATIONS AFFILIÉES

## L'ASSOCIATION FIBROMYALGIESOS



### FibromyalgieSOS - Association Nationale

110 Rue Charles Le Bon - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ

N°Indigo 0 820 220 200 - 7j/7 de 10 h à 23 h

contact@fibromyalgiesos.fr - www.fibromyalgiesos.fr labellisé HON CODE depuis 2006  
Forum : www.forum.fibromyalgiesos.fr

Parrain : Damien Desseine, auteur-compositeur-interprète

En 2011, une nouvelle association de lutte contre la fibromyalgie a rejoint les associations affiliées de l'AFLAR. Nous avons donc le plaisir de vous présenter cette association nouvellement arrivée.

L'association FibromyalgieSOS est une association nationale créée en mai 2005, reconnue d'intérêt général. FibromyalgieSOS a pour but d'informer, d'écouter, de soutenir et de sortir de l'isolement les malades atteints de fibromyalgie mais aussi de faire connaître et reconnaître davantage cette pathologie.

Pour ce faire, nous mettons à disposition de tous :

- un site internet [www.fibromyalgiesos.fr](http://www.fibromyalgiesos.fr)
- un forum de discussion [www.forum.fibromyalgiesos.fr](http://www.forum.fibromyalgiesos.fr) (entièrement sous modération), un groupe et une page Facebook, un compte twitter
- des antennes régionales, des permanences dans les hôpitaux,
- et surtout une permanence téléphonique au 0820 220 200 disponible 7j/7 de 10h à 23h. Celle-ci est tenue par des fibromyalgiques bénévoles formés à l'écoute qui apportent informations, aide et soutien.

Le rôle de l'association est aussi de représenter les fibromyalgiques auprès

des différentes instances pour faire reconnaître la maladie.

*Adhérer, c'est donc apporter une force de représentation auprès des pouvoirs publics.*

FibromyalgieSOS est proche des malades qu'ils soient adhérents ou non ; elle les informe sur la maladie, leurs droits, les écoute, les soutient et les aide dans leurs démarches ; elle les aide à sortir de l'isolement en se rapprochant localement par une liste de contacts diffusée (2 fois par an) aux adhérents.

FibromyalgieSOS s'informe régulièrement en participant à diverses manifestations comme le congrès de la Société Française de Rhumatologie (SFR), le salon des Thermalies, etc ; étant très impliquée dans la recherche de thérapies pouvant soulager les patients, les cures en faisant partie, FibromyalgieSOS a également participé aux travaux organisés par le CNETH, travaux aboutissant sur un programme d'éducation thérapeutique du patient fibromyalgique dans les établissements thermaux.

Dès son adhésion, la personne reçoit une plaquette informative (synthèse de documents médicaux et de recherche), expédiée sur demande également à ses thérapeutes ; le patient fibromyalgique se sent moins seul, plus fort, il devient ainsi acteur de sa maladie et ne la subit plus ; 3 journaux par an sont expédiés en plus des informations ponctuelles très régulièrement par mail.

Les personnes ne disposant pas d'internet reçoivent également toutes les informations par courrier postal.

Afin de faire connaître la fibromyalgie, nous avons à disposition, en plus des supports écrits (plaquette, dépliant):

- Le ruban bleu symbole de la reconnaissance de la fibromyalgie porté sur les vêtements, foulards, sacs...
- Le pin's en forme de ruban bleu, plus facile à porter sur un vêtement
- Affiches mises à disposition de tous, destinées aux cabinets médicaux, pharmacies, commerçants...
- Le CD-12 titres offert par notre parrain Damien Desseine, auteur-compositeur-interprète de "La Cavalière" hymne pour les fibromyalgiques, écrit à partir des témoignages des malades.

Les partenaires de FibromyalgieSOS :

- Membre de l'AFLAR : Association Française de Lutte AntiRhumatismale
- Membre de l'ARTS : Association de Recherche sur les Troubles neurofonctionnels et la Spasmophilie
- Membre d'AQUIS : (Association Qualité Internet Santé)
- Référencée sur Orphanet
- Référencée sur la Société Française de Rhumatologie
- Référencée à l'European Commission
- Signataire du pacte inter associatif NPNS (Ni Pauvre Ni Soumis)

Voici les autres associations de lutte contre la fibromyalgie affiliées à l'AFLAR

### AFF - Association Française des Fibromyalgiques

Présidente : Claudine GRANCHER  
Association Française des Fibromyalgiques  
370 rue de l'école - 76450 OURVILLE EN CAUX  
Tél. 02 35 28 48 45

### FIBROMYALGIE FRANCE

Présidente : Carole ROBERT  
32 rue Laghouat - 75018 PARIS  
Tél. 01 43 31 47 02  
fibromyalgie.france@wanadoo.fr  
www.fibromyalgie-france.org

# LIGUE EUROPÉENNE CONTRE LES RHUMATISMES

## Levons les bras et agitions-nous pour la journée mondiale du rhumatisme!

C'est amusant, c'est physique et c'est pour une grande cause ! Dans le cadre de notre campagne « Move to Improve - bouger pour mieux se porter », cette année, nous nous réunissons pour être physiquement plus actifs en bougeant pour la journée mondiale de l'arthrite, solidairement avec les personnes souffrant de maladies musculosquelettiques et en exprimant notre joie de vivre dans notre vie. Comme vous le savez, les maladies rhumatismales et musculosquelettiques couvrent plus de 200 pathologies et affectent plus de 10000000 de personnes de tous âges à travers l'Europe. Certaines personnes n'osent toujours pas y croire ! Peut-être leur faut-il quelques données de base ? Le fait que ce phénomène soit si méconnu rend d'autant plus importante la solidarité que nous portons aux problèmes rencontrés par plus de 10000000 de personnes en Europe. À cette fin, l'EULAR édite une brochure annuelle avec des récits d'expériences vécues, le livret Stene du Prix Stene. Il est plein d'inspiration, de volonté, de

détermination mais surtout de joie de vivre malgré des conditions parfois particulièrement défavorables.



## Bouger ! pour la Journée Mondiale contre l'Arthrite

Nous demandons que les gens nous regardent au-delà de nos conditions physiques et exigeons la reconnaissance de nos connaissances, de nos compétences, de nos expériences indépendamment de notre état physique et notre apport à la société. Montrer l'engagement de dire OUI, nous comprenons, lever les mains pour montrer que nous nous sentons concernés, soulever et agiter les bras et exprimer notre joie de vivre. C'est tout simple ; prenez juste une photo de vos amis agitant les bras, contactez le site <http://www.worldarthritisday.org/> et chargez votre photo.

### Image grand format

Nous allons réunir chaque image sur un énorme poster ! Le 1<sup>er</sup> octobre, nous monterons la photo et chacun pourra accéder à image gigantesque de nous tous. Il suffira de nous la de-



mander et vous la recevrez à l'aide d'un lien.

### Comment se joindre à cette campagne « Levons les bras et agitions-nous contre nos rhumatismes » ?

Formez un groupe et agitez-vous ! Si vous le souhaitez, vous pouvez utiliser votre drapeau national sur vos photos ou poser devant des bâtiments ou des lieux connus. Envoyez la photo à [www.worldarthritisday.org](http://www.worldarthritisday.org)

### Compétition individuelle : il y a aussi quelque chose pour tout le monde.

Sur les 1 000 photographies qui seront présentées sur le site, un heureux gagnant sera choisi au hasard pour recevoir 50 €. Ayez bien en mémoire que plus vous soumettez de photos, plus vous aurez de chances de gagner ! Mais sur chaque image, les gens doivent être différents !

## PROGRAMME PATIENT PARTENAIRE



Les 10-11-12 février dernier se tenait le séminaire annuel de formation "Programme Patients Partenaires" – pour les nouveaux patients formateurs – et de reformation – pour ceux d'entre eux qui ont démarré leur activité, avec le programme à son début, depuis 1998.

Le séminaire, est l'occasion aussi d'une expression libre des malades formés, qui, par le programme, participent de façon active à la formation des étudiants en médecine au sujet de la polyarthrite rhumatoïde lors de l'externat, au cours duquel ils mettent leurs connaissances en rhumatologie dans les services, au chevet des patients.

Les patients sont, comme les rhumatologues enseignants et les étudiants, satisfaits de l'utilité essentielle de cette intervention – nombre de facultés de médecine ont rendu obligatoire cet enseignement si original, des patients vers les soignants – mais soulignent aussi le soulagement psychologique que cela leur apporte dans la vie avec la maladie. Le patient est dans le programme patient partenaire non seulement l'ex-

pert – celui qui donne son avis essentiel – mais l'acteur de la prise en charge de sa maladie et de celle de la communauté des patients. Nul doute que les futurs médecins n'oublieront pas, au cours de leur carrière, cette heure d'apprentissage pas comme les autres, qui contribue à l'amélioration de la communication patient-médecin, tellement demandée par les malades et essentielle dans le traitement.

Le Programme Patient Partenaire est piloté par l'AFLAR et parrainé par la Société Française de Rhumatologie, il reçoit le soutien institutionnel de Pfizer. Ce programme international a été mis en place et développé en France par le Pr Liana Euler-Ziegler, coordinatrice nationale du PPP et présidente d'honneur de l'AFLAR. Actuellement centré sur la polyarthrite rhumatoïde, il pourrait connaître un développement vers d'autres maladies en rhumatologie.

Si vous êtes atteint de polyarthrite rhumatoïde, et pouvez consacrer environ un jour par mois au maximum ainsi que 3 jours de formation par an, n'hésitez pas à contacter l'AFLAR afin de devenir patient formateur auprès des soignants.

# Les Laboratoires Expanscience investissent aujourd'hui pour demain

**Engagés** dans une démarche volontaire de Responsabilité Sociétale d'Entreprise (RSE) **depuis 2004**, les Laboratoires Expanscience se sont fixé des objectifs ambitieux **d'ici à 2015**.

[www.expanscience.com/developpement-durable](http://www.expanscience.com/developpement-durable)



## Nos produits pour les patients et les consommateurs

Sur la période 2010-2015, mise en place d'un plan d'action visant à **réduire l'impact environnemental** de notre principal médicament



## Nos achats et nos approvisionnements

En 2015, un plan d'action de RSE déployé sur **100 %** de nos filières végétales



## Nos pratiques environnementales

En 2015, diminution de **20 %** des consommations d'énergie, d'eau et de production de déchets sur notre site d'Epéron

(Par rapport à 2010)



## Notre responsabilité sociale

En 2015, **100 %** du programme **Qualité de vie au travail** réalisés auprès de nos collaborateurs



Flashez ce code pour visionner notre film RSE

Depuis leur création, en 1950, les Laboratoires Expanscience mettent des produits innovants à la disposition des patients et des consommateurs sur les marchés de la santé et du mieux-être. Ils développent des savoir-faire qui touchent à la Dermo-Cosmétique, à la Rhumatologie, au Dentaire, à la Dermatologie et aux Actifs Cosmétiques.

Grâce à l'engagement de leurs 885 collaborateurs et à une forte présence à l'international, via 8 filiales et 78 pays distributeurs, les Laboratoires Expanscience ont réalisé un chiffre d'affaires de 233 millions d'euros en 2011.

**EXPANSCIENCE®**  
LABORATOIRES



Expanscience membre de l'UES pour la préservation de la biodiversité et le respect des règles du commerce éthique.