N° 93 • Janvier - Février - Mars 2017

Agréation P605226 - Trimestriel - Bureau de dépôt: 7500 Tournai - arthrites asbl - Chauny 10 – 7520 Templeuve

arthrites Magazine

bpost
PB-PP | B-05422
BELGIE(N) - BELGIQUE

Dossier

Bouger!

Ce qu'en disent les études
Les recommandations pour nos médecins
Des témoignages de patients

Entre-Nous à Verviers et à Raeren

En 2017, augmentation du prix de certains médicaments

Sondage : Comment sont perçus les médecins-conseil

Les bienfaits du bouillon de poule

De nouveaux traitements pour les SpA

arthrites asbl

Siège administratif
Chauny 10 – 7520 Templeuve

Siège social
Avenue Hippocrate 10 - 1200 Bruxelles

N° vert gratuit : 0800/90 356

contact@arthrites.be
www.arthrites.be

Comité de rédaction
Dominique Vandenabeele
Dr Robert François
Cécile Stockem
Léon Dobbelstein
Domenico Marotta
Dr Heylen
Sylviane Duthoit
Dr Valérie Badot
Christian Bergen
Pr Thao Pham
Virginie Lambert et Thierry Monin

Comité de lecture
Dr Robert François
Pr Patrick Durez
Marie-Louise Moulart
Jean Marion

Mise en page

Cristel Grimonpont

Conseil d'Administration

Dominique Vandenabeele, présidente
Jean Marion, vice-président
Mireille Naveaux, vice-présidente
Sylviane Duthoit, trésorière
Véronique François, secrétaire
Martine Kever, vice-secrétaire
Cécile Debiève, administrateur
Christine Dessart, administrateur
Léon Dobbenstein, administrateur
Véronique Frennet, administrateur
Stéphanie Stokes, administrateur
Philippe Wanufel, administrateur

Membres du Comité Scientifique

Dr Valérie Badot • ULB Erasme • Bruxelles
Dr Céline Brasseur • CHR Soignies
Pr Patrick Durez • UCL Saint-Luc • Bruxelles
Dr Robert François • Uccle
Dr Marie-Joëlle Kaiser • ULG CHU Sart Tilman
Pr Bernard Lauwerys • UCL Saint-Luc • Bruxelles
Dr Clio Ribbens • ULG CHU Sart Tilman • Liège
Dr Serge Schreiber • CHU Tivoli • La Louvière
Dr Laure Tant • ULB Erasme • Bruxelles

Editeur responsable

Joseph Grimonpont
rue Guillaume Van Laethem 5, 1140 Evere

Comment devenir Membre?

Cotisation annuelle de 15 € ou de 7,5 € pour les personnes bénéficiant du statut BIM-OMNIO

N° de compte arthrites asbl :
BE 28 2100 7837 2820
code BIC GEBABEBB

Attestation fiscale pour tout don de 40 € (hormis cotisation)

Personnes relais par province

Bruxelles

Patricia Trefois 0474/985306
Stéphanie Stokes
bxl@arthrites.be

Hainaut / Ath
Andrée Vanopdenbosch 0494/194649
ath@arthrites.be

Hainaut / Charleroi

Philippe Wanufel 0474/521534
charleroi@arthrites.be

Hainaut / Mons
Marie-Claude Olympe 065/314650
mons@arthrites.be

Hainaut / Tournai
Martine Kevers 0473/444563
tournai@arthrites.be

Liège / Liège et Waremme
Jean Marion 04/3720276

Camille Mignolet
liege@arthrites.be

Liège / Région germanophone
Léon Dobbelstein 0487/462305
german@arthrites.be

Liège / Verviers
Cécile Stockem 0496/05.33.67
verviers@arthrites.be

Namur
Christine Dessart 081/357382
namur@arthrites.be

Antenne "Solis"
Françoise Heine 0476/793343
(du ven. 17h30 au dim. 20h30)

Mireille Naveaux 0478/290436
solis@arthrites.be

Edito

Elle est bien loin l'époque où mon médecin m'annonçait qu'il me fallait arrêter mon activité sportive et ménager mes articulations. Même si j'ai suivi en grande partie ses recommandations, je sentais au fond de moi que mon corps, lui, me recommandait de ne pas rester inactive sous peine de devenir grabataire. J'ai compris assez rapidement qu'il était important de s'écouter, que notre corps « savait » et que souvent nous ne sommes pas assez à l'écoute de nos sensations.

Nous sommes ensuite passés par une époque révolutionnaire où nous avons reçu comme information qu'il était nécessaire de nous remuscler pour soutenir nos articulations affaiblies. Là encore, ce « muscle à tout prix » ne m'a pas convenu. Loin de moi l'idée de faire de la salle de fitness mon rendez-vous au minimum hebdomadaire. Même si je comprenais cette logique de muscle solidaire, il me fallait douceur et tendresse.

Aujourd'hui, la sagesse semble s'installer dans les cabinets de nos praticiens. Le patient est enfin reconnu comme au centre des débats. Son adhésion à un programme d'exercice, ses choix des lieux et méthodes sportives vont guider le praticien, qu'il soit rhumatologue ou kiné, vers les exercices les plus appropriés.

Ce sont des témoignages respectueux de nos souhaits en tant que patients et des recommandations issues de diverses études ces 10 dernières années que je vous invite à parcourir ce trimestre pour trouver la place qui est juste pour vous, et pour votre corps.

Dominique, présidente.

Sommaire

4 Entre-Nous
4 Un nouvel Entre-Nous à Verviers
5 Premier Entre-Nous à Raeren

6 On y était
6 Au Salon du Psoriasis à Namur

7 Bon à Savoir
7 Le prix de certains médicaments abondamment prescrits et consommés va flamber

8 Dossier : Bouger!
8 Suivre un programme de remise en forme
10 Effets de l'activité physique sur la polyarthrite rhumatoïde
13 Spondylarthrite ankylosante et thérapie de mouvement
16 Une autre façon de bouger, créer un potager bio
18 Dix recommandations pour établir un programme d'exercices
20 Quel est réellement le niveau d'activité physique des spondyloarthritiques

21 Information médicale
21 Le 10e Congrès des Spondyloarthrites à Gand

24 Social
24 Enquête sur les pratiques des médecins-conseil

27 Alimentation
27 Le bouillon de poule, un « alicament » de grande valeur

30 Boutique

Un nouvel Entre-Nous à Verviers

Je m'appelle Cécile, j'ai 41 ans. Je suis institutrice primaire dans l'enseignement spécialisé, maman d'une ado de 13 ans et je cohabite avec la spondylarthrite depuis onze années déjà.

Comme dans le processus de toute maladie, je suis passée par différents états : le déni et le choc du diagnostic, la prise de conscience avec la colère qui y est associée, le marchandage (acceptation partielle), l'auto-évaluation, et enfin depuis peu l'acceptation et l'appropriation de celle-ci. Aujourd'hui, je peux affirmer que je vis avec ma maladie, et non plus malgré elle !

Cette ultime étape m'a pris onze ans, mais je la dois aux différentes épreuves de la vie qui se sont présentées à moi, ainsi qu'à ma participation depuis le mois de mai 2016 au groupe «Entre-Nous» de Liège.

Pendant de nombreuses années, j'avais souvent pensé participer à ce genre de réunions, mais j'avais peur de me retrouver dans un cercle vicieux où l'on ne parle que de ses bobos au quotidien et me retrouver dans une spirale négative. Je m'étais bien trompée ! J'y ai effectivement rencontré des personnes formidables: écoute, absence de jugement, positivité, entraide et convivialité sont autant de qualités omni-présentes lors de nos réunions ! J'ai dès lors décidé de m'investir davantage, à mon rythme !

L'idée m'est ainsi venue, étant domiciliée à Verviers (Stembert plus précisément), de créer un nouveau groupe dans ma région. J'ai pour projet de réunir des personnes qui le souhaiteraient, une fois par mois, afin de pouvoir partager tous ces moments magiques que nous vivons entre personnes et patients atteints des pathologies que regroupe l'association «Arthrites».

Entre-Nous Verviers

Ecole La Court'Echelle
rue Albert de t'Serclaes, 58
4821 ANDRIMONT
les 2èmes jeudi du mois
de 18h à 20h.
à partir du 13 avril 2017

Les réunions se dérouleraient dans les locaux remis à neuf de mon établissement scolaire « La Court'Echelle » (rue Albert de t'Serclaes, 58 à 4821 ANDRIMONT) les 2èmes jeudi du mois de 18h à 20h.

L'objectif est de s'y retrouver pour échanger bien sûr, pour comparer nos parcours concernant nos différentes pathologies, de parler un peu des projets qui sont en cours avec l'association, ainsi que de partager des activités ludiques (promenades, petits soupers, toutes vos idées sont les bienvenues).

Si vous êtes intéressé.e.s pour participer à ces réunions, n'hésitez pas à me contacter (après 16h si possible en semaine) sur mon gsm

au 0496/053367 ou par mail verviers@arthrites.be. Je suis également sur Facebook sous le nom de Cécile Stockem Bertrand, ainsi que dans le groupe fermé « Arthrites (polyarthrite, spondylarthrite) », dont je suis une des personnes modératrices avec Anne-Marie Porretta.

Je reste à votre écoute pour tout renseignement et espère vous rencontrer nombreux à ces réunions aussi enrichissantes humainement que psychologiquement.

Et n'oubliez pas, comme le dit si bien Coralie Caulier dans son clip « Grande patiente » : «LA VIE EST BELLE, MOINS INNOCENTE, PLUS ETRIQUEE, MAIS... LA VIE EST BELLE !»

CÉCILE

Premier Entre-Nous à Raeren

Voici un peu de nouvelles de la région germanophone, plus précisément de la commune qui se trouve au nord-est de la région, où un nouveau groupe « Entre-Nous » a vu le jour fin 2016.

Cette commune, qui reprend aussi les entités d'Hauset et d'Eynatten depuis la fusion des communes dans les années septante, compte +/- 10.000 habitants.

Après avoir trouvé un petit groupe de personnes qui m'ont signalé l'intérêt et la nécessité d'installer un groupe « Entre-Nous » dans la région germanophone, j'ai pris l'initiative de le démarrer à Raeren. C'est un endroit facile à trouver, avec un accès pour les moins valides atteints d'arthrite. La paroisse a bien gentiment mis à notre disposition un petit local sympathique, au centre de la commune, bien adapté à nos besoins et avec toutes les facilités. Nous avons vite trouvé l'ambiance familiale désirée.

La réunion commence à 14h05, six personnes sont présentes, un beau petit groupe très motivé. C'est la première fois que je tiens ce genre de réunion dans cette commune et ceci en allemand. Pour commencer, chacun a pris la parole pour se présenter. Ensuite, nous avons pu aborder les sujets concernant les arthrites. Les personnes présentes souffrent essentiellement de la polyarthrite rhumatoïde et plusieurs d'entre elles souffrent probablement de plusieurs pathologies simultanément, ce qui ne simplifie pas leurs vies quotidiennes.

Après une tasse de café ou une autre boisson, accompagnée d'un petit bonbon, nous avons continué les discussions en exprimant les attentes vis-à-vis de ce groupe, ce qui nous a permis de faire plus ample connaissance. Le groupe a signalé un intérêt pour les sujets concernant la nourriture et les mouvements indiqués lorsque l'on souffre d'arthrite. De commun accord, nous avons décidé de nous revoir dans +/- un mois.

Hauptstraße, 82
4730 Raeren
(à droite en rentrant dans le centre de Raeren, en face de la charcuterie)

LÉON

Au salon du psoriasis à Namur

Le 3ème salon du psoriasis se tenait le 29 octobre au Palais des Congrès, nous y étions présents. En tant que coordinateur des groupes Entre-Nous de l'association, il me paraissait important d'être présent à ce salon pour y tenir un stand d'information.

Je suis arrivé avec mon épouse à Namur vers 10h, tout était bien fléché, je n'ai eu aucun souci pour me diriger, ni pour stationner. L'accueil par les bénévoles de l'association « Psoriasis-Contact » était chaleureux et la journée m'a semblé immédiatement très bien organisée. Le stand qui nous avait été préparé était bien situé, il y figurait le nom de notre association « arthrites » et déjà quelques-unes de nos brochures sur l'arthrite psoriasique. Il ne me restait qu'à m'installer. Plusieurs stands commerciaux étaient également prévus, notamment pour proposer aux patients des échantillons de soin pour la peau.

Au programme de la journée : Plusieurs ateliers (sophrologie, tai-chi, réflexologie, massage assis, soins de la peau) et cinq conférences médicales.

J'ai eu le plaisir de rencontrer le Dr Heylen, chef de service de rhumatologie à l'Hôpital Sainte-Elisabeth, qui présentait un exposé sur les liens entre l'arthrite et le psoriasis, un contact chaleureux et sympathique.

Merci à l'équipe de Psoriasis-Contact pour cette journée constructive.

DOMENICO

Les conférences médicales

Le psoriasis et les maladies associées et centre de jour
DR OLIVIER VANHOOTEGHEM, DERMATOLOGIE, NAMUR

Les liens entre l'arthrite et le psoriasis
DR ALAIN HEYLEN, RHUMATOLOGIE,NAMUR

Psoriasis, pas seulement un problème de peau
DR WILLAERT, DERMATOLOGIE, BRUXELLES

Le psoriasis chez l'enfant
DOCTEUR CHANTAL DANGOISSE, DERMATOLOGIE, BRUXELLES

L'importance de l'hydratation et les traitements topiques. Managing au quotidien
DR BERNADETTE BLOUARD, DERMATOLOGIE, BOUGE.

Les liens entre l'arthrite et le psoriasis en quelques mots clés

L'arthrite psoriasique est une arthropathie inflammatoire à laquelle s'associe un psoriasis cutané, généralement séronégative. Elle fait partie du groupe des spondyloarthrites avec possibilité de localisations extra-articulaires de type uvéite et atteinte du tube digestif. L'arthrite psoriasique touche généralement les articulations périphériques, les tendons et ligaments et parfois le rachis. Bien sûr, elle s'accompagne de psoriasis de la peau et des ongles. Il y a souvent un lien entre l'importance de la lésion cutanée, l'atteinte des ongles et du cuir chevelu.

La prévalence est relativement importante environ 0,3%. Généralement, les manifestations cutanées précèdent l'atteinte des articulations, mais pas toujours. Malheureusement cette arthrite psoriasique peut se compliquer de lésions articulaires irréversibles, notamment visibles à la radiographie. Cette pathologie peut entraîner une impotence fonctionnelle et diminuer la qualité de vie. Il faut donc bien traiter et bien évaluer la gravité de la maladie. Il est utile d'avoir une approche pluridisciplinaire, notamment entre rhumatologues et dermatologues, pour adapter au mieux le traitement. Il existe, heureusement, de multiples possibilités thérapeutiques, actuellement, notamment les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les injections de stéroïdes, les médicaments anti-rhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARD) et les traitements biologiques.

DR HEYLEN

Cette année, le prix de certains médicaments abondamment prescrits et consommés va flamber

En matière de santé, Maggie De Block a prévenu: elle a pris des mesures. Près de 900 millions d'euros d'économies budgétaires liées aux soins de santé sont annoncés par la ministre fédérale de la Santé. Pour le patient, ces mesures vont avoir un impact financier considérable. Au début de l'année 2017, des mesures grand public prennent leur effet. Elles concernent, entre autres, l'augmentation du prix des antibiotiques, antiacides et des sprays nasaux.

Antibiotiques

Maggie De Block a qualifié cette augmentation du prix d'un certain nombre d'antibiotiques prescrits de « toute petite mesure ». En réalité, elle change la catégorie INAMI de certains médicaments comme l'Amoclane ou l'Augmentin pour réduire le remboursement. On passe de la catégorie B (75 % de remboursement) à la catégorie C (55 %). L'objectif énoncé par l'élue Open VLD est de réduire la consommation excessive de ces antibiotiques afin d'éviter une résistance aux bactéries et de ne prendre ces médicaments que lorsque c'est vraiment nécessaire.

Antiacides

Les personnes souffrant d'aigreurs et d'acidité gastriques, pouvant mener à l'ulcère sont traitées par des antiacides. Mais là aussi, on prend des mesures drastiques, peu favorables aux patients. «Seuls les grands emballages de plus de 60 comprimés des antiacides au dosage le plus élevé ne seront plus remboursés», affirme la ministre de la Santé. La boîte de 100 comprimés Pantomed, par exemple, coûtera 34,14 euros dès avril 2017 au lieu des 9,11 euros qu'il fallait débourser en 2016. La boîte de 50 comprimés, quant à elle, devrait revenir à 12,24 euros au lieu des 6,81 euros actuellement demandés. «Pour les patients souffrant du syndrome de Zollinger-Elisson, les comprimés sont entièrement remboursés» , poursuit la ministre.

7 sprays nasaux

Maggie De Block a fait le choix de ne plus rembourser des sprays nasaux décongestionnants à base de corticostéroïdes. Elle évoque, là aussi, une surconsommation dangereuse, se basant notamment sur une étude menée par les universités de Gand et de Liège, qui révélait que 49 % des patients utilisent des sprays nasaux décongestionnants de manière excessive. Le fait de ne plus rembourser sept sprays nasaux anti-inflammatoires à base de corticostéroïdes devrait être à l'origine de 15,3 millions d'euros d'économies en 2017. La ministre de la Santé a tout de même précisé que ces sprays anti-inflammatoires resteront aussi vendus sur prescription et donc avec intervention de l'INAMI dans le cadre du traitement de maladies chroniques.

Source : dh.net

Pour Jean Hermesse de la Mutualité chrétienne, il faut agir sur les médecins.

"En Belgique, selon les statistiques, on est de gros consommateurs, voire surconsommateurs d'antibiotiques", admet Jean Hermesse, Secrétaire Général de la Mutualité chrétienne (MC). "On consomme deux fois et demi plus d'antibiotiques que nos voisins des Pays-Bas!" Il reconnaît qu'il y a "un réel problème de surconsommation qui peut mener à divers problèmes de dépendance et de risques de résistance aux bactéries." Mais, selon lui, le gouvernement se trompe de cible: "Ces médicaments sont disponibles via ordonnance. Les patients ne les achètent pas de leur propre chef. Il faut encore plus agir sur les prescriptions des médecins. Le corps médical doit être sensibilisé. Il faut une prise de responsabilité. On prend les patients en otage."

Il regrette que le malade doive payer la facture. "L'idée, c'est de diminuer les prescriptions de ces médicaments", ajoute-t-il. " Pas d'augmenter leur prix." Car la hausse des prix a indéniablement un impact négatif sur la bonne adhésion aux traitements médicaux. "Le coût des médicaments pose un problème dans l'accès aux soins de santé", ajoute le secrétaire générale de la MC.

Le fait que certains sprays nasaux à base de corticoïdes soient mis en vente libre va peut-être "agir sur la consommation. La question est de savoir si ceux qui sont mis en vente libre sont les plus performants. Une utilisation longue durée de certains de ces sprays a des effets négatifs sur la santé. Cela peut mener à une surconsommation de médicaments." Ce que la ministre souhaite éviter...

Suivre un programme de remise en forme

Bouger c'est important, nous dit-on depuis plusieurs années. Mais concrètement cela veut dire quoi ? Parcours d'une patiente qui a décidé avec le soutien de sa rhumatologue de bouger… vraiment bouger !

Avant le diagnostic de ma maladie en 1985, j'étais une jeune femme très sportive. A l'époque, il était conseillé de ne pas faire trop d'activités physiques. De toute façon, mon état de santé ne me le permettait pas. Ma polyarthrite s'était déclarée de manière fulgurante et était très invalidante.

J'ai dû arrêter avec regret mon sport favori : le volley-ball. J'ai alors banni de mon esprit tous les sports, même en tant que spectateur, tellement ma souffrance morale était grande, probablement plus grande encore que la souffrance physique.

Au fil des années, mon état s'est grandement amélioré grâce aux différents traitements reçus et aux opérations chirurgicales de mes pieds, de mes mains et dernièrement de mon dos. J'étais consciente que l'exercice physique pouvait m'être bénéfique. Je faisais du vélo électrique, je nageais de temps en temps.

Au mois de février 2016, ma rhumatologue m'a proposé de participer à un programme d'entraînement physique pour le mémoire d'un étudiant en kinésithérapie. J'ai accepté immédiatement car j'étais curieuse de voir en quoi cette étude consistait et comment je réagirais.

J'avais déjà eu l'idée de faire du sport en salle mais j'avais vite abandonné. En effet, j'avais fait un essai dans une chaîne bien connue. J'avais eu peu d'information sur les différentes machines (qui, il faut bien le dire, ressemblent vraiment à des engins de torture pour les non-initiés). De plus, les personnes sur place étaient incapables de me donner des conseils sur les exercices à faire en fonction de la polyarthrite.

Mais cette fois-ci, serait-ce possible de le faire ? Avec un coach ? Et si je parvenais à mettre de côté mes peurs de ne pas y arriver, d'avoir trop de douleurs...

Le programme de base

Le programme devait se faire 2x par semaine. Il consistait à faire

- 30 minutes de vélo
- 10 minutes de marche sur le tapis
- 3 séries de 10 exercices sur 10 machines travaillant différents muscles.

L'étudiant en kiné m'a bien expliqué comment fonctionnaient ces machines. Ah, c'est vraiment plus facile avec un coach qui donne des conseils personnalisés.

Néanmoins, j'ai continué seule car j'habitais loin du centre de réadaptation, j'ai pris un abonnement de 12 semaines dans un petit club de sport à prix raisonnable avec un encadrement sympa. Je devais noter mes performances mais également mon rythme cardiaque avant et pendant l'effort.

Exercices sur engins
Muscles à travailler:
- **Pectoraux**
- **Triceps/bras**
- **Mollets**
- **Presse / jambes**
- **Pulsion**
- **Traction**
- **Quadriceps**
- **Ischio-jambiers**
- **Abdominaux**
- **Dorsaux**

Pour le vélo, cela ne posait pas trop de problème mais je me rendais compte qu'en salle, c'est bien plus facile qu'à l'extérieur ! Il n'y a pas de vent, pas de trous, de bosses… Ma plus grande difficulté est la respiration et donc son impact sur mon rythme cardiaque.

Pour la marche, autant 100 m me faisait peur au début de la maladie, autant j'étais assez confiante pour les 10 minutes à faire en salle. Je me suis amusée à tester la machine en

mettant un rythme plus rapide ou en ajoutant une pente, ou encore mettre un programme « brûle-graisse »…

Pour les exercices sur les machines, j'ai assez vite augmenté les charges sauf certaines notamment celles des quadriceps où je suis restée très très basse en poids à cause de douleurs musculaires. Est-ce la machine qui n'est pas adaptée à ma longueur de jambes ou ai-je vraiment peu de quadriceps ?

Au fil des séances, J'ai pris plaisir à m'entraîner, j'ai même convaincu mes filles de m'accompagner, c'est plus sympa.

Je me suis rendu compte que je me remusclais bien et que mes activités quotidiennes s'en ressentaient. J'ai plus de facilité à faire le ménage, le jardin, à marcher. Mes douleurs sont moins importantes.

En avril, j'ai été quelques jours à la mer avec mes petits-enfants. Je suis parvenue à aller de Nieuport à Oostuinkerke (soit un peu plus de 4km) à pied ! Yes, j'ai pu le faire. Quelle victoire ! Sur moi mais aussi sur ma maladie !

Et si je courais ?

Voyant mon état s'améliorer, une personne m'a demandé « Que te faudrait-il pour que tu dises maintenant que tu es en bonne santé ? ». Ma réponse a été spontanée : « Courir » ! Cela fait plus de 30 ans que je n'ai pas couru… Par le plus grand des hasards, je vois une affiche en août « Programme d'entraînement à la course à pied (PECP) de 0 à 5 km en 8 semaines organisé par ma ville ! Je décide de m'y inscrire. Et si j'arrivais à courir 1km, voire 2 ! Un nouveau challenge ?

Nous sommes une petite trentaine à être inscrits, tout âge, toute condition physique. Cet entraînement est progressif, c'est-à-dire qu'on commence par courir une minute (ce qui était déjà un record pour moi), on marche deux minutes, à répéter plusieurs fois, à raison de trois entraînements par semaine dont deux avec coach.

Dès le début, de grandes différences s'installent dans la facilité de courir entre les participants. Je suis bien entendu dans le peloton mais de la fin ! Néanmoins, le groupe et le coaching aident à se surpasser. L'important est d'y arriver, peu importe le rythme ! Au bout des 8 semaines seulement, je suis parvenue à courir les 5 km en 42 minutes sans m'arrêter! C'est incroyable ! Jamais je n'aurais cru qu'un jour je parviendrais à recourir et autant de kilomètres.

Cela n'a pas toujours été facile : parfois un tendon du genou n'était pas d'accord, parfois c'était la fatigue musculaire… mais je me suis toujours visualisée gagnante (en m'imaginant franchir la ligne d'arrivée sous les applaudissements, en me mettant dans la peau de Rocky Balboa lors de ses entraînements). Dans l'ensemble, j'ai vraiment eu très peu de douleurs et certaines de mes articulations (notamment une cheville) se sont bien assouplies.

Mais le plus difficile est de continuer lorsque les programmes sont terminés, lorsque les coachs ne sont plus là pour vous encourager. Les mauvaises habitudes reviennent très vite : on ne prend pas le temps d'aller courir, on met d'autres priorités dans l'organisation de sa semaine… Puis l'hiver arrive, les jours sont plus courts…

Promis, à partir de janvier, je vais retourner en salle pour refaire les exercices. J'espère pouvoir me motiver pour courir 1 à 2 fois à l'extérieur même s'il fait froid. Les bénéfices sont tellement importants tant au point de vue physique et moral ! Je me suis donné un autre challenge : en avril, je ferai le programme des 5-10 km en 8 semaines !

SYLVIANE

Dans chaque mail que nous recevions pour donner le lieu de rendez-vous de l'entraînement, les coaches nous mettaient de petites phrases encourageantes. J'ai retenu celle-ci que je veux partager avec vous :

«Je cours parce que c'est tellement symbolique à la vie. Vous devez vous pousser à surmonter les obstacles. Vous pensez peut-être que vous ne pouvez pas. Mais alors, vous trouvez votre force intérieure, et réalisez que vous êtes capable de beaucoup plus que vous ne pensiez »

ARTHUR BLANK

Effets de l'activité physique sur la polyarthrite rhumatoïde (PR)

EN THÉORIE

Effet sur les articulations et la maladie

Il n'est pas rare que les patients souffrant de PR se voient conseiller par leur rhumatologue de modérer ou même d'éviter toute activité physique sous peine d'aggraver la maladie ou de crainte d'une recrudescence de l'inflammation. Il est important de noter que 58% des rhumatologues ne sont pas convaincus de l'utilité de l'exercice aérobie chez les patients PR. Ainsi tout exercice en charge peut leur être proscrit et le repos conseillé. Cependant, ce type de recommandation reste sous réserve puisque jusqu'à présent non démontré. Ces restrictions sans évidence et sans preuves scientifiques peuvent amener le patient à un état de déconditionnement sévère et néfaste à tout point de vue, de sa maladie et des co-morbidités.

Une revue de littérature a évalué la tolérance et les bénéfices des patients PR soumis à un entraînement physique incluant des exercices dynamiques d'endurance et des exercices en charge. Il en ressort que le repos peut amener le patient à un état de déconditionnement tandis que l'entraînement physique apporte des bienfaits et permet de prévenir des co-morbidités notamment cardiovasculaire et d'ostéoporose. Ces exercices ne semblent pas aggraver l'inflammation articulaire, ni accentuer la détérioration articulaire. Ils permettent en outre de prévenir le déclin fonctionnel. A l'inverse, l'inactivité n'est pas bénéfique car elle conduit le patient à un déconditionnement et donc à un risque accru de co-morbidités. Cela est d'autant plus vrai que ces patients sont exposés à une baisse de leur capacité fonctionnelle, aérobie et de leur santé générale.

Dans des études où la pratique d'activités s'est réalisée à intensité modérée ou même élevée, il ne s'est pas avéré y avoir d'impact négatif sur les patients. Une activité à intensité élevée de long terme ne semble pas montrer de progression à l'imagerie des dommages articulaires.

Cependant, il convient que, lorsque l'intensité est importante, les exercices en charge respectent l'activité de la maladie et les dommages radiologiques déjà présents. Cependant il n'en reste pas moins que ce type d'activité ne doit pas être totalement proscrit à tous les patients souffrant de PR. Il s'agit là d'être prudent et d'avoir avant tout une démarche collaborative entre les différents praticiens avant de conseiller et d'adapter une activité physique au patient.

Une étude randomisée et contrôlée menée sur deux ans a comparé l'effet d'un programme d'entraînement physique de haute intensité par rapport à un traitement de thérapie physique conventionnelle. Une amélioration de la capacité fonctionnelle et des activités de la vie quotidienne scorées par le HAQ a été observée et ce sans effets sur l'activité de la maladie.

La combinaison d'exercices d'endurance et de renforcement musculaire pratiqués dans les intentions des recommandations semble être bénéfique à tout point de vue sans aggravation de la maladie. Pratiqué à intensité modérée, l'exercice ne semble pas poser de problème concernant l'accentuation des érosions articulaires. Plusieurs études en concluent que les exercices en charge pratiqués et avec des charges intenses n'accélèrent ni n'accroissent la dégradation articulaire radiologique. Une étude randomisée sur des patients traités, stabilisés et en rémission clinique a analysé l'effet du renforcement musculaire. Ce dernier a été proposé 2 fois par semaine et pratiqué à 70% de la charge maximale. Il est observé que ce programme accroît significativement la force maximale jusqu'à 59%, améliore de façon significative les paramètres cliniques de la maladie évalués par le HAQ, et améliore la vitesse de marche mais pas la densité osseuse. Tout cela sans aggravation de l'activité de la maladie mesurée par le disease activity score.

Impact sur la qualité de vie

Au-delà des effets somatiques de la pratique d'une activité physique, les effets psychologiques sur le patient ne sont pas négligeables. La pratique d'une activité physique régulière est associée à une meilleure qualité de vie ressentie par le patient.

Les freins à la pratique d'une activité physique

La motivation des patients joue un rôle clé sur le bon déroulement d'un programme d'entraînement. L'importance de cette motivation est confirmée par une étude ayant testé l'effet bénéfique de la mise à disposition d'un cycloergomètre pour 37 patients atteints de PR. Bien qu'après 3 mois les effets bénéfiques aient été prouvés, la plupart n'ont pas repris spontanément un exercice physique

Plus d'infos? Surfez sur www.arthrites.be

après la fin de l'étude. Ce manque d'adhésion explique pourquoi les études de suivi n'enregistrent pas d'amélioration aussi significative que celle retrouvée lors des études prospectives. L'adhésion aux exercices diminuerait avec le temps, surtout si ceux-ci sont pratiqués à domicile dans des pathologies chroniques. Afin d'améliorer cette adhésion, des séances d'exercices physiques collectives peuvent être proposées.

Manque d'information et d'éducation

Les patients PR ne sont pas assez informés sur les effets bénéfiques ainsi que sur la faisabilité de certaines activités. Une étude a démontré que sur 185 patients atteints de PR, ceux qui pratiquaient une activité sportive sont ceux qui en connaissaient les effets positifs.

Manque de connaissances des rhumatologues sur ces activités

La consultation auprès d'un rhumatologue aboutit rarement à la prescription d'une activité physique. Iversen et coll (2004) ont montré que sur les 132 patients PR, seuls 58% parlaient d'activité physique lors de la consultation et seulement 13,5% repartaient avec une prescription d'activité physique. Si le prescripteur ne maîtrise pas les connaissances sur la faisabilité, et surtout l'importance, de tels exercices, l'adhésion à ces programmes ne peut être obtenue.

Manque de motivation

La pratique d'une activité physique peut être contraignante et le manque de motivation est bien souvent le premier frein à sa réalisation.

Des auteurs ont estimé qu'un à deux tiers des patients ne suivaient pas les prescriptions d'exercices aérobiques. L'adhésion aux exercices diminue par ailleurs avec le temps, surtout si ceux-ci sont pratiqués à domicile lors de pathologies chroniques.

Source : Extrait de mémoires et travaux de kinésithérapeutes (Leonard Heltze, Merlin Ghigny, Sophie Bode-Blanco, Bastian Vermeylen, Chantal Robert, Michelle Lamotte, Eric Brassinne)

L'avis du rhumatologue

Pendant longtemps l'activité physique était déconseillée aux patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde sous prétexte que cela risquait d'abîmer encore plus les articulations. Même si la kinésithérapie dite à visée fonctionnelle et antalgique est fréquemment prescrite, elle ne suffit plus selon les derniers travaux scientifiques publiés, au maintien de la condition physique minimale des patients et à prévenir les maladies cardiovasculaires fréquemment associées à la PR ou aux autres maladies inflammatoires chroniques. Bien entendu, le mouvement intense est à éviter en cas de crise articulaire aiguë mais lorsque la maladie est contrôlée, il est fortement conseillé de nos jours de pratiquer une activité physique régulière déterminée par une relation dose/effet, combinant endurance, intensité et régularité.

Nous avons dans différents travaux pu démontrer que les patients avec une PR ayant participé à nos études, avaient un déconditionnement physique évident parfois même plus important que les personnes du même âge sédentaires ou non malades. Par ailleurs, lorsque les patients avaient une maladie bien contrôlée et stable, la pratique d'un entraînement spécifique alternant les phases d'endurance et de travail en aérobie de 3 mois n'aggravait pas leur maladie selon la mesure du DAS28 (utilisée pour être le reflet de l'activité de la PR), au contraire semblait les améliorer en terme de qualité de vie et de bien-être. Une amélioration de leur condition physique a été observée avec un désir souvent de poursuivre ce type de programme « encadré » par un kinésithérapeute jouant le rôle de coach, de manière autonome , c'est-à-dire seul (jogging), ou de pratique en salle de sport (fitness). La difficulté de ce type de programme réside essentiellement dans l'adhésion et la pratique régulière (manque de temps, manque d'envie, trop de travail, mauvais temps…) de faire du sport, tous les prétextes deviennent bons pour ne pas aller s'entraîner.

C'est pourquoi nous poursuivons actuellement nos études afin de trouver des solutions pour motiver les patients à poursuivre l'activité physique en toutes circonstances… appels téléphoniques, mails, coaching personnel, activité en groupe, utilisation d'application de smartphone, etc. Activité régulière et motivations sont encore les défis de l'approche thérapeutique et de la prévention d'autres maladies dans la polyarthrite rhumatoïde mais il faut rester enthousiaste et il est vrai que chaque personne de l'équipe médicale doit continuer à porter ce message au patient, du médecin traitant, rhumatologue, à l'infirmière ou au kinésithérapeutes ayant en charge les patients.

Pr Valérie Badot

Etude de l'aptitude physique fonctionnelle et de la motivation des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde au cours d'un programme d'entraînement physique

L'objectif de cette étude est de se concentrer sur les facteurs qui peuvent motiver les patients à suivre un entraînement de réadaptation physique de façon régulière, en différenciant ceux qui suivent cet entraînement de manière autonome de ceux qui le suivent dans un centre de réadaptation. L'adhésion à l'entraînement est en effet un des paramètres conditionnant les gains physiques aérobies et fonctionnels du patient.

Population : 15 patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PR) ont participé à cette étude. Leur maladie et traitements médicamenteux étaient stabilisés depuis au moins 3 mois. Les patients choisis étaient volontaires et motivés pour participer à l'entraînement. Les patients sévèrement handicapés sur le plan fonctionnel et ceux présentant des pathologies cardiovasculaires ou respiratoires non contrôlées n'ont pas été repris dans l'étude.

Méthode : La méthode est basée sur une analyse prospective, par comparaison entre l'état clinique et fonctionnel avant et après 3 mois d'entraînement. L'étude a nécessité l'utilisation de tests à l'effort, ainsi que des questionnaires d'auto-évaluation sur la fatigue, la douleur et les activités de la vie journalière (AVJ). L'étude a aussi analysé l'évolution du DAS28 (disease activity score sur 28 articulations).

Deux entraînements ont été organisés en présence du mémorant et/ou du kinésithérapeute et ensuite chaque patient a - selon sa propre motivation, disponibilité et envie - soit continué à venir s'entraîner au centre de réadaptation, soit s'est entraîné de manière autonome, soit a arrêté l'entraînement. Pour les patients souhaitant s'entraîner en dehors du centre de réadaptation (CRPP), un suivi par mail/téléphone a été organisé une fois par mois. Après douze semaines d'entraînement, à raison de deux entraînements par semaine, une deuxième évaluation a été organisée afin de comparer les valeurs pré et post entraînement intragroupe d'une part et intergroupe d'autre part. Un questionnaire a également été complété par les patients, à la fin des 12 semaines d'entraînement, afin de connaître leurs motivations et d'avoir un compte rendu sur leurs entraînements.

Résultats : Après 3 mois d'entraînement, les patients qui se sont entraînés au CRPP ont significativement amélioré leur score au questionnaire sur l'impact de la maladie (RAID) ainsi que leur périmètre de marche, tandis que les patients autonomes ne présentaient pas d'améliorations significatives.

Nous avons constaté que la principale motivation des patients à commencer l'entraînement vient du rhumatologue.

Il est donc primordial qu'il soit au courant de la nécessité et des bénéfices d'une réadaptation physique. Une fois que le patient a commencé l'entraînement, il va progressivement se rendre compte

EN PRATIQUE

des bienfaits que celui-ci va lui apporter dans les activités de la vie journalière, ce qui le motivera davantage pour poursuivre. Lors de cette étude, une majorité des patients nous ont fait part de leur désir de continuer l'entraînement. Pour cela les patients autonomes sont avantagés car ils ont déjà pris l'habitude de faire leurs séances en dehors du centre de réadaptation et sont donc plus susceptibles de continuer par eux-mêmes.

Conclusion : Notre étude confirme l'importance et les bienfaits d'une activité physique régulière. Nous avons constaté que le rhumatologue, qui est en première ligne, joue un rôle primordial dans la motivation du patient à commencer un programme de réadaptation physique. Néanmoins, nous n'avons encore aucune donnée sur l'adhésion à long terme. Ainsi des moyens permettant d'augmenter leur adhésion et leur autonomie restent à étudier, tels que des évaluations régulières sur la durée de l'état clinique du patient.

Source : Extrait de mémoires et travaux de kinésithérapeutes (Leonard Heltze, Merlin Ghigny, Sophie Bode-Blanco, Bastian Vermeylen, Chantal Robert, Michelle Lamotte, Eric Brassinne)

Plus d'infos? Surfez sur www.arthrites.be

Spondylarthrite ankylosante et thérapie de mouvement

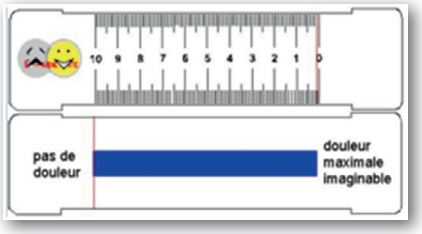
A l'heure actuelle lorsqu'une maladie se déclare, on nous propose très rapidement des traitements adaptés, qu'ils soient de type pharmacologique ou non. L'objectif de cet article est non seulement de vous rendre conscients que bouger est important, mais aussi de vous démontrer qu'il existe des programmes pour vous aider à vous prendre en main pour améliorer votre condition physique générale.

Avant d'aborder le thème de la thérapie par le mouvement, il faut insister sur le fait que l'éducation du patient à sa maladie est un paramètre qui est souvent négligé alors qu'il n'en est pas moins important. Cette éducation nous rend acteur de notre santé afin que nous puissions être en mesure de savoir, d'apprendre et d'agir pour notre bien-être. Une bonne éducation peut avoir un impact considérable sur l'évolution de la maladie et donc sur notre qualité de vie. Cette éducation doit donc nous donner tous les moyens pour nous prendre en charge, que ce soit au travers de séances de kinésithérapie, mais aussi au travers d'exercices à faire à domicile dans la vie quotidienne.

Grâce à la combinaison d'une éducation structurée et d'un programme d'exercices à domicile, une étude récente (1) a pu observer, au bout de 6 mois, des différences significatives dans les résultats BASDAI & BASFI, des résultats de l'EVA et de l'évaluation globale. Les patients de cette étude ont augmenté leur connaissance de la maladie et des traitements associés. Ils pratiquent désormais plus d'exercices réguliers et surtout ils ont envie de les réaliser.

L'EVA, c'est quoi ?

L'échelle visuelle analogique (EVA) est une échelle d'auto-évaluation. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique.
L'utilisation de l'EVA n'est possible que chez les



patients communicants, et ayant des capacités d'abstraction. Dans la population générale, 15% des individus ne peuvent pas déterminer l'intensité de leur douleur à l'aide de l'EVA. L'EVA ne donne aucune information sur la cause ou le mécanisme de la douleur.

Source : http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_visuelle_analogique.htm

La kinésithérapie

Outre les traitements pharmacologiques, la revalidation demeure essentielle dans la prise en charge de la maladie. Et qui dit revalidation pense immédiatement à la kinésithérapie. Le terme kinésithérapie se compose de deux racines « kinesis » et « therapia ». Ces deux mots, qui viennent du grec, signifient d'une part mouvement et d'autre part service, soin ou guérison. Par conséquent, kinésithérapie signifie guérison par le mouvement.

Etant donné que la kinésithérapie est une thérapie par le mouvement, elle est centrale pour les patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA). Elle corrige ou minimise les déformations vertébrales et articulaires. Elle représente un rôle majeur dans le traitement à long terme de la spondylarthrite ankylosante mais à elle seule, la kinésithérapie n'est pas suffisante.

Le reconditionnement à l'effort

De nombreuses études ont en effet démontré l'intérêt de l'exercice physique. Les patients spondyloarthritiques ont besoin d'un programme qui se compose d'une combinaison d'activité physique, de détente et de chaleur ou de froid. Ce reconditionnement à l'effort peut se réaliser de différentes façons : sous forme d'exercices réalisés à domicile, d'entraînements supervisés, de rééducation globale de la posture, d'hydrothérapie, etc.

En 2012, une étude (2) a été réalisée pour évaluer l'intérêt et les effets des exercices exécutés à domicile sur la douleur, la mobilité, la fonction, l'état de la maladie, la qualité de vie, la fonction respiratoire. Au terme de 3 mois seulement, le groupe expérimental a montré des améliorations significatives. Ces résultats démontrent donc l'efficacité d'un programme mis en place à domicile.

Une autre étude (3) également basée sur un programme

d'exercices à domicile étalé sur 6 semaines, a démontré les effets sur certaines mesures respiratoires. Des patients ont dû réaliser des exercices liés à la respiration et aux membres supérieurs durant toute la durée du projet. L'expansion thoracique, les valeurs de pression inspiratoire et de pression expiratoire maximales ainsi que le score du BASFI furent améliorés de façon significative. Selon ces auteurs, l'accent devrait être davantage placé sur le maintien de la condition cardio-respiratoire que sur la mobilité spinale afin d'encourager ces patients.

La rééducation posturale

En 2006, une étude (4) a évalué les effets à long terme d'un traitement sur les résultats fonctionnels et de mobilité suite à l'intervention de deux exercices basés sur le traitement des chaînes musculaires raccourcies selon les directives décrites dans la méthode de rééducation globale de la posture (« RPG »). Ces patients furent suivis et réévalués après un an. Le résultat montre des différences significatives dans presque toutes les mesures, excepté les rotations cervicales.

Même à court terme, cette étude a démontré que les améliorations obtenues suite à un programme d'exercices basé sur la méthode RPG sont plus importantes que celles acquises grâce à un programme kinésithérapeutique classique.

Une étude plus récente (5) s'est également intéressée aux effets de la rééducation globale de la posture chez les patients SPA en la comparant à des auto-étirements conventionnels et des exercices de respiration. Une amélioration statistiquement significative a été observée pour tous les paramètres (intensité de douleur, raideur matinale, mobilité spinale, expansion thoracique, capacité fonctionnelle, qualité de vie et activité de la maladie) dans les deux groupes. Par contre, dans la comparaison inter-groupe, le groupe RPG a montré une amélioration significativement plus importante de la raideur matinale, des paramètres de mobilité spinale, de la distance doigt-sol et de l'expansion thoracique.

La RPG vue par un rhumatologue

La théorie : ***La rééducation posturale globale (RPG) est une kinésithérapie reposant sur des bases théoriques incertaines qui prétend diviser nos muscles en deux catégories, les dynamiques qui commanderaient les mouvements et les statiques responsables de la position ou posture. En réalité, nous n'avons qu'une sorte de muscles striés ou squelettiques, qui assurent les deux fonctions.***

La pratique : ***Dans la plupart des pathologies de l'appareil locomoteur les muscles dits statiques seraient raccourcis et devraient être à la fois étirés et renforcés. L'étirement des chaînes musculaires est donc une pratique basale de la RPG. Les notions de chaîne musculaire et d'étirement sont bien connus et existent en dehors du concept de RPG. Il n'est donc pas étonnant que les adeptes de la RPG obtiennent des résultats.***

Dr. Robert François

Les programmes d'exercice à domicile améliorent les symptômes, la mobilité, la fonction et la qualité de vie globale. La rééducation physique sous la supervision d'un kinésithérapeute met en évidence une amélioration de la posture, du bien-être, de la mobilité, de la fonction et de l'humeur. L'hydrothérapie améliore les symptômes et la fonction. Enfin la revalidation démontre des améliorations rapides à court terme de la douleur, de la raideur, de la mobilité, de la fonction et de la qualité de vie.

La mise en place d'un programme complexe et individuel d'exercices physiques à raison de 2 fois par semaine peut être utile aux patients afin de maintenir et d'améliorer la mobilité spinale, de préserver la capacité fonctionnelle et de diminuer la douleur et la raideur.

Mon expérience

J'ai pu expérimenter et participer à un tel programme au sein de l'école de la SPA de l'hôpital Erasme pendant 6 mois, sous la supervision de B. Poortmans, kinésithérapeute.

Plus d'infos? Surfez sur www.arthrites.be

Après une première évaluation de mon état physique général, j'ai été admis dans un groupe de personnes ayant des pathologies similaires à la mienne. Cette première évaluation a été faite à l'aide d'appareils Tergumed. Chaque appareil est une unité propre qui permet une analyse systématique et un réentraînement spécifique du tronc portant sur des mouvements de flexion, d'extension, d'inclinaisons latérales et de rotations. En fonction des résultats de cette première évaluation, j'ai eu droit à un programme d'exercices adapté à mon (mauvais) état physique du moment, sous la supervision d'une équipe de kinés spécialement dédiée à notre groupe de +/- 10 personnes.

Chacune des séances du programme était articulée autour de 3 activités :

- 30 minutes de vélo (échauffement, exercice respiration et entraînement cardiovasculaire). Au début au bout de 15 minutes on n'en peut plus mais à force d'entraînement et de persévérance, on y arrive.

- 1h15 d'exercices de musculation sur des appareils de fitness. Les poids s'adaptent en fonction de l'évolution de votre condition physique. Parfois, quand on est moins en forme, on diminue les poids. Mais au final, au bout de 6 mois, je pouvais en soulever bien plus qu'au début du programme.

- 15 minutes de stretching et de relaxation. D'autre part, j'ai aussi fait des exercices au ballon, ce qui a fait l'objet d'un article dans le magazine n° 87 de septembre 2015 (disponible sur notre site : http://www.arthrites.be/documents/ecrits/magazines/Trim87.pdf)

Tout programme de rééducation peut être discuté avec son rhumatologue.

Durant les 6 mois pendant lesquels j'ai suivi ce programme, de nouvelles évaluations (en milieu et en fin de programme) avec ces appareils Tergumed ont permis de vérifier l'amélioration de mon état physique général à tous les niveaux (force musculaire, flexion, rotation, etc.). Il faut bien avouer que je venais de loin.

Au-delà de ces exercices, l'échange d'expérience au sein du groupe qui se retrouvait régulièrement pour s'entraîner a permis d'échanger nos points de vue et d'apprendre à connaître les diverses offres concrètes qui peuvent nous aider à surmonter nos nombreux problèmes personnels.

Pouvoir discuter de nos tracas quotidiens nous a aidés à traverser des phases difficiles sur le plan physique et psychique. En effet, la dynamique de groupe et les répercussions d'ensemble sur la santé font de la thérapie de groupe un élément important de la thérapie de mouvement dans le cas de la spondylarthrite ankylosante. J'ai gardé un excellent souvenir de cette période et du groupe que j'ai côtoyé. L'ambiance a toujours été positive et constructive.

Cerise sur le gâteau, ces améliorations m'ont permis de participer avec plaisir et bonheur au Barie de Mons en juin 2014. J'ai non seulement pu faire des tours de piste avec un pino, mais j'ai aussi pu faire le trajet Mons – Bruxelles à vélo sans difficulté particulière.

Et cela m'avait donné l'envie de continuer à maintenir ma nouvelle condition physique en fréquentant une salle de fitness. Tous les exercices que j'avais faits pendant ces 6 mois sont devenus une habitude et sont facilement reproductibles sur d'autres appareils que ceux de l'école de la SPA. En effet, j'avais trouvé la volonté nécessaire pour fréquenter une telle salle de sport. Grâce à l'amélioration de mon état physique je peux aussi repousser le seuil de la douleur. A travail égal, j'ai moins de douleur dans ma vie quotidienne. Et à douleur égale, je suis plus performant. Cette activité quotidienne favorise aussi la qualité de mon sommeil.

Je remercie tout particulièrement B. Poortmans de m'avoir mis entre les mains le mémoire d'Adrien Mathieu qui a pu synthétiser différentes études qui démontrent scientifiquement les bienfaits de tels programmes. J'ai essayé de vous faire partager certains de ces éléments dans la première partie de cet article.

CHRISTIAN

Sources : Mémoire d'Adrien Mathieu - Références : (1) Rodriguez-Lozano et ses collaborateurs-2013, (2) Avtekin et ses collaborateurs-2012, (3) Ortancil et al-2009, (4) Fernández-de-las-Peñas et al-2006, (5) Silva et al-2012

Une autre façon de bouger : Créer un potager bio

Je ne fais pas de sport en salle de fitness, mais je suis consciente qu'il faut que je me bouge. Simplement parce que quand je ne bouge pas assez ou quand je subis un stress, je sens les tensions musculaires s'installer et il n'est pas rare que quelques jours plus tard, les douleurs arthritiques apparaissent.

En hiver, je fais un peu de gymnastique à la maison ou je libère mes tensions en dansant, et dès que la nouvelle saison avec les températures plus douces pointe son nez, il faut que je sorte, que j'hume l'odeur du renouveau, que j'admire les jeunes feuilles, les premières fleurs, que je ressente le réveil de la nature. Je marche et je médite au jardin et aux alentours.

L'année dernière, une amie m'a offert un petit livre sur la permaculture, et le jardin en lasagnes, car j'avais émis l'idée d'avoir un petit potager. Elle sait que je loge sur un banc de calcaire (la maison est construite sur un rocher), et que faire pousser des légumes dans des cailloux, c'est peut-être demander trop d'efforts à mon corps endolori. A tout problème existe cependant une solution et j'ai décidé de me lancer dans cette nouvelle approche du jardinage. Pas de sol à bécher, pas de travaux lourds, juste superposer des couches en reproduisant en accéléré l'observation de faits naturels.

Démarrer une lasagne

J'ai pris un peu de temps pour observer mon environnement, choisir un endroit ensoleillé, sur un axe nord-sud, à l'abri du vent, pas trop éloigné de la maison. J'ai dégagé un peu la zone à mon aise et je me suis retrouvée en plein sur le rocher, il n'y avait que 5 cm de terre ! Mais la lasagne, c'est fait pour. J'y ai donc déposé de grands cartons récupérés à la déchetterie, en veillant à ce que tous les morceaux se chevauchent bien et je les ai arrosés abondamment. La première strate de cartons est prévue pour stopper la montée des adventices, que personnellement je ne risque pas d'avoir avec le rocher, mais j'ai tenu à respecter chaque étape. J'y ai déposé des branchages que j'avais entassés à l'automne dans un coin, un peu de feuilles et d'herbes sèches et je les ai recouverts de déchets de tonte du jardin. Pour cela, j'ai repris la tondeuse manuelle autotractée, et j'allais déverser chaque bac plein sur la lasagne jusqu'à obtenir les 15 cm requis. Je me suis ensuite renseignée dans le quartier pour obtenir quelques bottes de paille bio, et un voisin s'est proposé de m'en ramener quand il se rendrait à la ferme en chercher pour ses ânes. Dès que j'ai reçu la paille, j'ai recouvert ma strate verte d'une strate brune que j'ai également copieusement arrosée.

Au bout de quelques jours, la hauteur de ma lasagne avait déjà diminué de moitié. J'ai donc repris ma tondeuse pour obtenir de quoi y ajouter une nouvelle couche de vert, j'y ai superposé de la paille et cela, à deux reprises, à plusieurs jours d'intervalle. Chaque fois, la lasagne reprenait de la hauteur puis diminuait de volume. J'ai lu que l'on pouvait ainsi ajouter jusqu'à 5 couches, mais je me suis limitée à 3 car nous étions déjà fin mai, et j'avais hâte de savoir si ce principe allait fonctionner.

Les couches de vert et de brun, base de la lasagne

Les ingrédients verts et bruns sont alternés sous forme de strates; ils vont se transformer en compost sur une surface qui se réduit par rapport au volume de départ. On commence généralement par une strate verte, car elle

Les ingrédients bruns
Paille
Foin
Feuilles mortes
Tailles de haie broyées
Copeaux de bois / Sciure
Fumier ancien (sec)

Les ingrédients verts
Tontes de gazon
Déchets de cuisine
Déchets de culture
Fumier frais
Crottin de cheval
Algues

est plus lourde (elle va maintenir les cartons et les branchages) et va favoriser l'arrivée des vers de terre. Le vert riche en eau et en azote, composé de matière organique fraîche aura tendance à fermenter (à chauffer pendant quelques jours), il vaut donc mieux planter lorsque la lasagne est refroidie. Le brun riche en carbone et en fibres offre le gîte aux champignons décomposeurs de matière et aère le substrat.

Le plaisir de planter et surtout de récolter

J'ai finalisé ma lasagne en y ajoutant une couche de terreau, c'est dans cette strate de surface que les racines des jeunes plants prennent place avant d'aller puiser plus profondément dans la matière en décomposition. J'étais tellement satisfaite de ce que j'étais arrivée à faire que j'en ai commencé une seconde en prolongement. J'y ai planté quelques plants de tomates, un de concombre, un de poivron et du basilic, histoire d'avoir de quoi garnir la table en été. Et de façon à conserver l'humidité, j'ai déposé en surface quelques cm de BRF (petits bois broyés). Dans les semaines suivantes, j'ai surveillé la pousse des plants, admiré l'arrivée des fruits et légumes.

Fin juillet, j'ai eu ma première récolte, et au mois d'août, ça a juste été de la folie. Tous les deux jours je remplissais mon petit cajot. Les petits-enfants ont pu découvrir le vrai goût de la tomate, faire des jus de légumes, et moi j'étais très fière de ce que j'avais pu produire avec mes petites mains arthritiques et l'aide de mère nature. J'ai pu aussi doser mon effort, ne pas voir trop grand, ne pas porter de trop lourdes charges. Ce projet m'a surtout permis de bouger pour constituer ma lasagne, passer un petit peu de temps au jardin ne serait-ce que pour aller arroser chaque jour.

Fin septembre, je récoltais encore, même si la lasagne n'atteignait plus que 10 cm de hauteur, les tuteurs tombaient, ne pouvant plus être retenus par si peu de terre. Je voyais que les plants avaient du mal à se maintenir, le sol devant être à présent épuisé.

Une alternative, les bacs potager

Pendant la préparation de la lasagne, de temps en temps cependant mon dos me faisait souffrir à force de m'abaisser et de me redresser, raison pour laquelle cette année, même si je conserve la technique de la lasagne, je l'applique dans des bacs potager pour que les cultures soient plus en hauteur. Et je m'y mets plus tôt cette fois. Cet automne, j'ai installé mes bacs à côté de l'ancienne lasagne que je réalimenterai au printemps. J'ai déjà composé le fond de branchages et de feuilles et y ai déposé 2 couches de vert et de brun. Dès le mois de mars, je pourrais y mettre 2, 3 ou 4 couches de plus pour gagner de la hauteur ainsi que la finition pour replanter.

DOMINIQUE.

Source d'inspiration : Un jardin en lasagnes, Delphine Collet

10 recommandations
pour établir un programme d'exercices

La spondylarthrite ankylosante (SA) est aujourd'hui globalement bien prise en charge, que ce soit avec les traitements médicamenteux (anti-inflammatoires, biologiques), l'adaptation de l'alimentation et la chirurgie dans certains cas. Le monde médical s'accorde également depuis de nombreuses années sur le fait qu'une gestion optimale de cette pathologie passe également par l'exercice.

Ce qu'il restait encore à développer, ce sont des recommandations spécifiques concernant le type d'exercices à réaliser, ainsi que le bon « dosage ». De quoi doivent tenir compte les cliniciens pour prescrire le bon type d'exercices à leurs patients ? En février 2016, un groupe de cliniciens australiens a publié un guide dans le journal « Seminars in Arthritis and Rheumatism ». Les auteurs proposent 10 recommandations utiles pouvant être utilisées par les professionnels de santé dans l'élaboration d'un programme d'exercices pour leurs patients souffrant de SA, leur donnant ainsi en plus une stratégie de maîtrise de soi.

Recommandations 1 à 3 : Evaluation, surveillance et sécurité

Évaluation, surveillance et sécurité sont des éléments essentiels de tout programme d'exercices, que ce soit pour un individu sain ou une personne atteinte d'une maladie aiguë ou chronique. Il est nécessaire d'en tenir compte si l'on souhaite aider les cliniciens à prescrire un régime d'exercices approprié, avantageux et individualisé compte tenu des conditions spécifiques du patient, évaluer l'efficacité du programme à soulager ou améliorer les symptômes, modifier le programme d'exercices en fonction de l'état du patient et déterminer si ces exercices spécifiques ne causent pas de dommages supplémentaires au patient.

Une évaluation préalable est cruciale pour déterminer quel type et quantité d'exercices sont les plus avantageux et quelles précautions doivent être prévues dans le programme d'exercices pour prévenir des blessures potentielles. Les recommandations préconisent la prescription d'exercices après une analyse des facteurs musculo-squelettiques et psychosociaux de l'individu, car ceux-ci peuvent avoir une incidence sur l'efficacité et l'adhésion au programme. Par ailleurs, des mesures spécifique-saxiales concernant la mobilité du rachis et la mobilité respiratoire des côtes (ampliation thoracique) doivent être réalisées et recontrôlées au moins annuellement, de sorte que le programme puisse être adapté si nécessaire.

Il faut également être attentif aux éventuelles complications et difficultés pouvant survenir à la suite de l'installation de ce programme d'exercices : possibles lésions articulaires axiales et périphériques, problèmes cardiovasculaires et pulmonaires, ostéoporose, restrictions de déplacement et facultés d'équilibre affaiblies entre autres. La plupart des exercices sont sans danger pour la majorité des patients, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il existe un risque accru de lésions liée à l'exercice potentiellement pour tout patient avec une SA, avertissent les chercheurs australiens. Ainsi, les sports de contact (tels que football, rugby, hockey, arts martiaux) pourraient être contre-indiqués. De même, les exercices requérant un bon équilibre et une stabilité posturale devraient être évalués au cas par cas pour assurer la sécurité au participant.

Recommandation 4 : Gestion de la maladie

On ne sait toujours pas si l'exercice affecte la SA par d'un effet anti-inflammatoire général ou s'il agit plus localement sur des enthèses (attaches des tendons et ligaments sur l'os). Cependant, les chercheurs ont identifié deux études ayant démontré un effet hautement bénéfique lorsqu'un traitement avec des anti-TNF est combiné avec un programme d'exercices spécifique, par rapport à l'utilisation d'anti-TNF seul. Les recommandations indiquent que l'utilisation d'anti-TNF peut être

considérée comme une « fenêtre d'opportunité » pour optimiser la mobilité et la condition physique.

Recommandation 5 : La mobilité

Les auteurs ont trouvé une « preuve cohérente » de l'importance des exercices de mobilité de la colonne vertébrale dans la gestion des SA. Des exercices de mobilité articulaire périphérique ont également été trouvés importants. Les auteurs insistent sur l'importance de fixer des objectifs de mobilité individuelle appropriés, basés sur les conclusions de l'évaluation. Par exemple, chez une personne atteinte de SA précoce, ou bien contrôlée, il est possible de rétablir une posture normale et une mobilité totale de la colonne vertébrale. Dans d'autres cas, le but sera de conserver la posture et la mobilité existantes.

Recommandation 6 : Autres exercices spécifiques

En plus de maintenir ou d'améliorer la mobilité, le programme d'exercices devrait également inclure des exercices pour améliorer l'équilibre, la coordination, la force musculaire, la capacité cardiorespiratoire (cœur et poumons) ainsi que des exercices fonctionnels. Les muscles posturaux primaires peuvent bénéficier d'exercices d'étirement et de renforcement, incluant ceux du dos, des épaules et de la poitrine, ce qui peut aider à prévenir ou à limiter une cyphose (courbure vers l'avant du cou et du dos). Des exercices comme le tai chi ou le Pilates mettent l'accent sur des changements biomécaniques ou fonctionnels ; ils doivent être prescrits au cas par cas, suite à l'évaluation des besoins, des limites et ainsi fixer des objectifs.

Recommandation 7 : L'activité physique

La preuve de l'importance de l'activité physique sur la santé, et ce, pour tout le monde, est abondante (voir recommandations de l'OMS en page 20). Certains patients souffrant de SA peuvent néanmoins recevoir comme information, de réduire ou même d'éliminer une activité physique pour réduire le risque de blessures et/ou ne pas aggraver leurs symptômes. En outre, les auteurs ont constaté que les activités « légères » qui combinent mobilité, renforcement et formation fonctionnelle, peuvent être particulièrement utiles pour les patients.

Recommandation 8 : Dosage

Il n'est pas possible de définir une approche universelle, chacun étant différent. Sont à analyser, la fréquence, l'intensité, la durée et le type d'exercice en fonction de chaque patient individuellement. Ils doivent être adaptés aux résultats de l'évaluation mais aussi aux objectifs de chacun. Lorsque l'on atteint le niveau optimal pour la mobilité, la posture, les étirements et exercices de renforcement, une dose de « maintenance » est recommandée plutôt que de poursuivre la progression. Les chercheurs parlent « de rester cohérent », c'est cela le facteur le plus important.

Recommandation 9 : Adhésion

Un programme d'exercices n'est efficace que si un individu accepte de le suivre. L'adhésion du patient (qu'il soit souffrant ou pas) est essentielle. Les cliniciens devraient évaluer cette adhésion afin d'encourager la motivation et promouvoir l'autogestion du patient.

Recommandation 10 : Le lieu

Un programme d'exercices peut être implémenté dans un certain nombre de lieux : à la maison, dans une clinique, au spa, à la salle de gym ou même lors d'une hospitalisation. Afin d'améliorer l'adhésion au programme et optimiser les résultats positifs, les auteurs recommandent que ce soit le patient qui choisisse le lieu qui lui parait le plus « motivant ». La surveillance des exercices effectués améliore souvent son efficacité mais ce n'est pas la première condition du succès. Effectuer des exercices en groupe ou dans de l'eau chauffée a aussi été considéré comme bénéfique.

Ces recommandations sont les premières qui ont été élaborées à la fois pour les praticiens et les patients souffrant de SA. Les chercheurs affirment que leurs directives sont « assez précises pour être utilisées en milieu hospitalier, mais assez flexibles pour permettre une adaptation » pour d'autres troubles musculo-squelettiques, y compris l'arthrite rhumatoïde, l'ostéoporose et l'arthrose. Lorsque les bons exercices sont effectués, les patients sont généralement plus aptes à gérer leur douleur et autres symptômes ainsi que d'améliorer leur mobilité. Ces nouvelles recommandations aideront les cliniciens à choisir les type, fréquence et intensité des exercices pour leurs patients.

Source :
Références :Milner, J. et al. Exercise for ankylosing spondylitis: An evidence-based consensus statement. Seminars in Arthritis and Rheumatism (2016) Volume 45, Issue 4, 411 – 427.

Quel est réellement le niveau d'activité physique des spondyloarthritiques ?

L'activité physique fait partie de l'arsenal thérapeutique recommandé pour les patients atteints de spondyloarthrite (SpA). Une étude française a évalué le niveau et le type d'activité physique pratiquée par des patients atteints de SpA axiale.

Les patients évalués étaient suivis dans un centre hospitalier universitaire (CHU), général (CHG) ou en libéral. Le niveau d'activité des patients inclus était évalué par le questionnaire IPAQ-L (International Physical Activity Questionnaire-Long form).

Il s'agit d'un questionnaire de 27 questions évaluant le temps passé au cours de la semaine écoulée aux activités intenses, modérées, la marche et la station assise, que ce soit dans le cadre professionnel ou extra-professionnel. Selon l'OMS, il est recommandé pour la population générale de faire au moins 150 min d'activité aérobie d'intensité modérée ou 75 min d'activité intense par semaine, associée à des activités de renforcement musculaire 2 fois ou plus par semaine.

Les 203 patients inclus aux données analysables avaient les caractéristiques moyennes suivantes : âge : 46 ± 11 ans, hommes : 53,2%, durée de la maladie : 14 ± 10 ans, BASDAI : 37,8 ± 19,9, BASFI : 28,6 ± 25,8, syndesmophytes : 30%, traitement par anti-TNF : 69%. Un tiers des patients faisait de la kinésithérapie à l'inclusion dans l'étude.

Au total, 54,7% des patients pratiquaient l'activité physique au niveau recommandé par l'OMS. Seuls 30% des patients pratiquaient une activité aérobie pendant plus de 30 minutes par semaine, le plus souvent de la marche (31,0%) et la natation (21,2%) (voir schéma). Les patients avec un emploi salarié avaient moins d'activité. Les autres variables, qu'elles soient démographiques, concernant l'activité ou la sévérité de la maladie ou le traitement, n'étaient pas liées à l'intensité de l'activité physique.

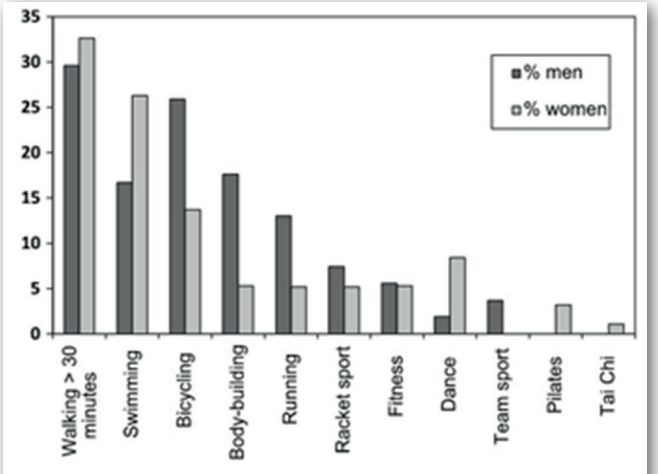


Fig. 1 Type of aerobic exercise practiced by 203 axSpA patients

Au total, seule la moitié des patients atteints de SpA axiale pratique une activité telle que recommandée, il faut continuer à encourager les patients.

PR THAO PHAM (CHU SAINTE MARGUERITE - MARSEILLE)

Etude commentée https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27665288

Recommendations de l'OMS

Afin d'améliorer leur endurance cardiorespiratoire, leur état musculaire et osseux, et réduire le risque de maladies non transmissibles et de dépression:

1. *Les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.*
2. *L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.*
3. *Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les adultes devraient augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.*
4. *Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.*

SOURCE : HTTP://WWW.WHO.INT

Le 10e Congrès des Spondyloarthrites à Gand

Le Dr François, membre de notre comité scientique, a assisté au 10ème Congrès des Spondyloarthrites en septembre 2016

Dr François, voulez-vous expliquer aux lecteurs qui ne seraient pas au courant ce que sont les spondyloarthrites et la différence avec la spondylarthrite ?

Les spondyloarthrites (SpA) sont un groupe de maladies rhumatismales inflammatoires chroniques pouvant toucher à la fois les articulations axiales (celles du tronc et particulièrement de la colonne vertébrale) et périphériques (celles des membres). En d'autres termes, elles associent spondylite (spondyl-) et (o) arthrite (périphérique).

Si j'ai bien compris, la lettre 'o' de spondyloarthrite veut dire 'et'?

C'est bien cela, comme bronchopneumonie veut dire infection des bronches et des poumons. Spondylarthrite, elle, veut dire arthrite des vertèbres. Spondylarthrite ankylosante est une maladie bien définie ; les critères de diagnostic sont une arthrite sacro-iliaque certaine, prouvée radiologiquement, avec en outre une atteinte, au moins clinique, d'une autre partie de la colonne vertébrale.

Et quelles sont les spondyloarthrites ?

Ce sont :

- la spondylarthrite ankylosante (SA),
- les arthrites réactionnelles,
- les arthrites psoriasiques (APs),
- les arthrites liées à des inflammations intestinales (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique),
- la spondyloarthrite juvénile et
- la spondyloarthrite indéterminée.

Nous entendons aussi parler de spondyloarthrite axiale (SpAAx) et même de spondyloarthrite axiale non-radiologique. Que représentent ces nouveaux concepts ?

Ces dernières années, les rhumatologues, impressionnés par les ressemblances entre les diverses SpA, ont pensé qu'il valait mieux regrouper les patients selon l'atteinte prédominante axiale ou périphérique plutôt que selon les six diagnostics cités. C'est pourquoi ils parlent de SpAAx et de SpA périphérique.

Parfois ils rencontrent des patients qui souffrent de lombalgie inflammatoire et d'autres signes de SpA, mais sans preuve radiologique d'arthrite sacro-iliaque. La maladie de ces patients-là est diagnostiquée SpAAx non-radiologique (SpAAxnRX).

Quelle est votre impression globale de ce Congrès ?

C'est un congrès de superspécialistes où des problèmes très fondamentaux ont été discutés. Certaines questions étaient très difficiles à comprendre par les non-initiés ou n'ont pas encore de retombées pratiques pour les patients.

N'y a-t-il eu aucune avancée à la portée de nos lecteurs, par exemple concernant les causes des SpA?

Si. Jusqu'à présent, on savait que les SpA étaient partiellement causées par des facteurs génétiques. Par exemple, pour la SA, les études de 'vrais' jumeaux ont montré que la génétique explique tout au plus 60% des cas de cette affection. Les 40% restant doivent dépendre de facteurs de milieu inconnus. Ce qui est neuf, c'est qu'il apparaît de plus en plus que la flore intestinale joue probablement un rôle dans le déclenchement de la maladie et d'autres SpA, comme l'APs.

Les rhumatologues de l'Université de Gand ont établi, il y a déjà plus de 30 ans que 50% des patients souffrant de SpA avaient des lésions inflammatoires intestinales. En 2014, ils ont fait savoir que l'inflammation intestinale est corrélée au degré d'inflammation des articulations sacro-iliaques. Mais un pas de plus a été franchi par d'autres en étudiant la flore intestinale, appelée maintenant du terme plus scientifique de microbiome. C'est un sujet difficile, car il y a 100.000 milliards de microbes dans notre intestin, répartis en milliers d'espèces. Et pourtant, M. Breban et ses collaborateurs ont montré des différences de flore intestinale entre les SpA, la PR et les témoins sains, même ceux qui portaient l'antigène HLA-B27. En particulier le Ruminococcus gnavus n'a été trouvé que dans les cas de SpA et en plus grande quantité si la ma-

Figure 1. Trois articulations métatarsophalangiennes (MTP) d'une patiente de 46 ans souffrant de PR avancée. La tête métatarsienne de droite est bien conservée, avec sa convexité vers la droite. Par contre, il manque un grand fragment à celle de gauche et celle du milieu : grande érosion (pictogramme bleu) sans reconstruction osseuse.

ladie est active. Ce même germe a été trouvé par d'autres dans les cas de maladie de Crohn où les lésions prédominent dans l'intestin grêle. D'autres encore ont constaté que le Dialister, un autre genre de bactérie intestinale, est un marqueur d'activité des SpA. L'équipe de Costello trouve des différences entre sujets sains porteurs ou non du HLA-B27 ; l'antigène HLA-B27 modifierait le microbiome dans le sens de la SA.

Quoi d'autre ?

Une autre notion sur laquelle on a insisté c'est le rôle immunologique du tissu graisseux. On a tendance à ne considérer le tissu graisseux que comme une réserve de calories. Or les cellules graisseuses ou adipocytes peuvent activer certains lymphocytes, les cellules T iNKT (invariant natural killer Tcells).

Pour compliquer les choses, il faut savoir que les lymphocytes sont de trois types :

- les lymphocytes T,
- les lymphocytes B et
- les lymphocytes NK (natural killer, tueur naturel, c'est-à-dire des cellules capables de détruire des cellules dangereuses, comme celles contenant un virus, par exemple.)

Mais certains lymphocytes T ont aussi cette fonction tueuse, ce sont les iNKT.

Quel est l'intérêt de tout cela pour les SpA ?

Il y a deux classes de lymphocytes iNKT dont une, les iNKT17, produit massivement l'interleukine 17 (IL17). L'IL17 existe sous deux formes, IL17A et IL17F.

L'IL17 est importante pour les SpA ?

Oui, parce qu'elle est proinflammatoire comme le TNF mais a aussi une action sur le tissu osseux. Cette action est même paradoxale, car l'IL17 participe à la fois à la destruction du cartilage et de l'os de l'articulation enflammée et à la formation d'os nouveau, cicatriciel.

L'IL17 intervient peu dans la PR, beaucoup plus dans les SpA. C'est peut-être ce qui explique une grande différence entre la PR et les SpA. Dans la PR, les destructions articulaires sont surtout suivies d'une cicatrice fibreuse, bien que de la reconstruction et même de l'ankylose osseuse puissent survenir aussi (Fig 1).

Dans une arthrite psoriasique, on verrait une réaction osseuse en plus des érosions. De même, dans la SA, l'inflammation de la périphérie discale est suivie d'ossification sous forme d'un syndesmophyte (Fig 2).

Possède-t-on des inhibiteurs de l'IL17 ?

Oui, il y en a plusieurs, dont l'ixekizumab (Taltz®), à injecter sous la peau, mais qui n'est pas disponible en Belgique. Une autre molécule est le secukinumab (Cosentyx®), également en administration sous-cutanée. Ces deux substances inhibent l'IL17A. Le Cosentyx® est actif dans le psoriasis cutané, l'APs et la SA, mais pas dans la maladie de Crohn.

Actuellement, en Belgique, il n'était remboursé par l'INAMI que pour le psoriasis, sur prescription d'un dermatologue.

Depuis le 1/2/2017, le secukinumab (Cosentyx®) est également remboursé pour la spondylarthrite ankylosante (SA) et l'arthrite psoriasique (APs)

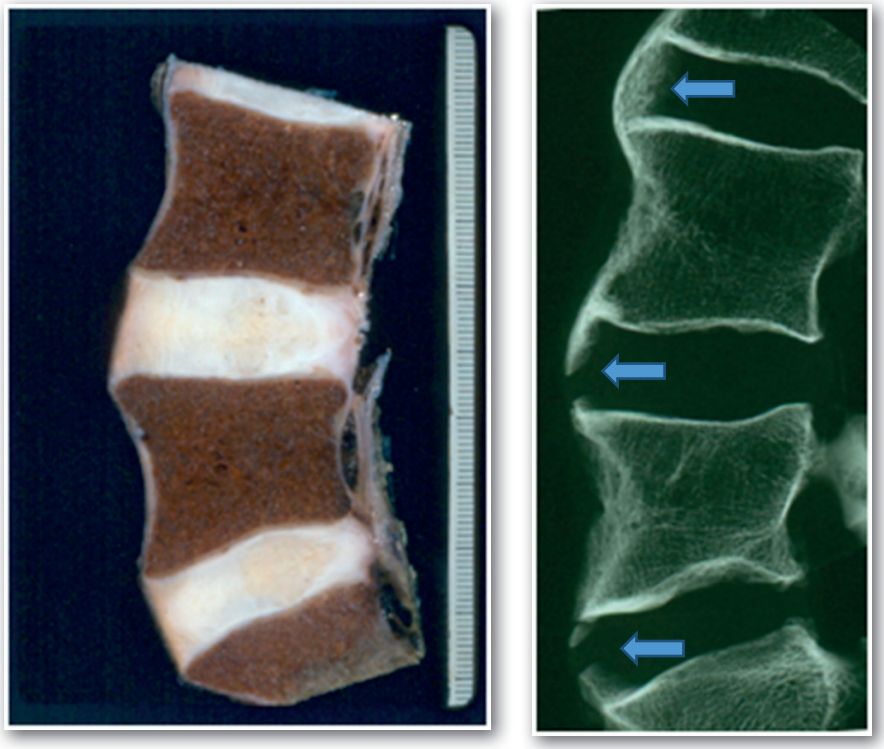


Figure 2. A gauche, photo d'une tranche de colonne lombaire normale, de la 4e vertèbre lombaire à la 1e sacrée. Les disques entre les vertèbres sont blancs, l'os est brun et il n'y a pas d'os entre les vertèbres.
A droite radiographie d'une colonne lombaire (de L3 à S1) d'un patient atteint de SA, montrant des ponts osseux plus ou moins complets entre les vertèbres (flèches).

Le secukinumab serait-il supérieur aux anti-TNFα ?

Les anti-TNF ont déçu dans la mesure où ils n'ont pas arrêté immédiatement la progression des lésions radiologiques. Dans une des études sur le secukinumab, on remarque qu'après deux ans de traitement, 80% des patients ne montrent pas d'aggravation de leurs anomalies radiologiques. C'est un élément très encourageant.

En attendant, il faut se contenter des anti- TNFα ?

Oui, sauf pour l'APs où on peut prescrire l'apremilast. A propos des anti-TNF, dans la SpA périphérique, on obtient de meilleurs résultats avec le golimumab (Simponi®) lorsque le traitement est institué dans les trois premiers mois plutôt qu'après des années.

Une autre notion a été présentée, à savoir qu'un traitement de la SA par la combinaison d'un anti-TNFα et d'un anti-inflammatoire non-stéroïdien à forte dose réduit la progression radiologique. Cette étude comportait un suivi de six ans.

Le congrès s'est-il intéressé à l'apremilast ?

Curieusement, peu de choses ont été dites à propos du traitement de l'arthrite psoriasique par l'inhibiteur de la phosphodiestérase apremilast (Otezla®). Deux publications récentes indiquent que dans l'APs le méthotrexate reste de loin le traitement le moins cher, que l'apremilast en première intention n'est guère plus actif que le méthotrexate, et que l'adalumimab est plus efficace que l'apremilast avec un coût moindre.

Et l'ustekinumab, on n'en a pas parlé ?

Comme pour l'apremilast, l'ustekinumab (Stelara®), inhibiteur des IL 12 et 23 a été cité, mais aucune communication spécifique ne lui a été consacrée.

Le problème des enthésites a-t-il été abordé ?

Vous faites bien de poser la question. Vous savez que l'enthésite est une lésion caractéristique des SpA, à côté de l'ostéite et de l'arthrite. Deux exposés y ont été consacrés, dont un excellent par le Dr Lories de la KU Leuven. C'étaient des exposés très fondamentaux et difficiles. Mais un point très pratique en ressort. Pour Lories, il est clair qu'un stress sur l'enthèse peut engendrer de l'inflammation. Or on insiste depuis toujours sur la nécessité, dans la SA, de faire de l'exercice physique. Mais on comprend maintenant que si le patient ressent des douleurs suite à des efforts physiques, qu'il doit les suspendre ou les modérer s'il veut éviter une poussée inflammatoire.

Quelle impression gardez-vous de ce congrès ?

La recherche scientifique est très active dans le domaine des SpA. On peut s'attendre à des avancées intéressantes dans les années qui viennent. Les progrès dans la connaissance des mécanismes qui causent et entretiennent ces maladies feront découvrir d'autres cibles thérapeutiques.

Dr R J François, rhumatologue

Enquête sur les pratiques des médecins-conseil

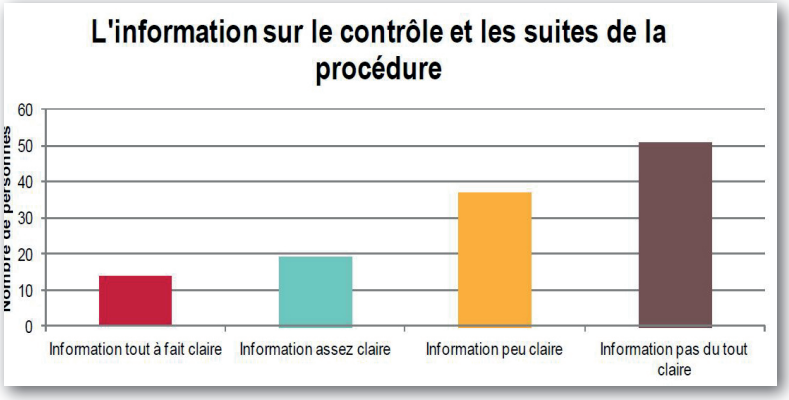
Fin 2015, la LUSS a initié une démarche d'analyse des pratiques des médecins-conseils à partir de témoignages récurrents qu'elle recevait de la part de personnes en incapacité de travail.

Nous vous proposons un résumé de cette grande enquête en 2 parties. La première partie, que nous abordons ici, explique comment est perçu l'accueil par le médecin-conseil. La seconde partie, qui vous sera proposée le trimestre prochain reprendra la partie « décision » qui doit être établie par le médecin-conseil.

Les témoignages des patients interrogés ont révélé des problèmes dans la manière dont la relation entre le médecin-conseil et le patient s'établit et se déroule. Il apparaît aussi de ces témoignages que le médecin-conseil intervient à un moment important de la vie professionnelle des personnes et ses décisions peuvent orienter celle-ci.

Parallèlement à ces témoignages, la LUSS s'est inquiétée des projets d'arrêtés royaux de la Ministre des affaires sociales et de la santé publique, Maggie De Block, et du Ministre de l'emploi, Kris Peeters, visant à redéfinir la manière dont les processus de réintégration professionnelle des personnes en incapacité professionnelle devaient être pensés et la manière dont les différents acteurs allaient devoir collaborer dans ce processus (médecin-conseil de la mutuelle, médecin traitant, médecin du travail…). Dans ce cadre, en collaboration avec l'association Psytoyens, un courrier argumenté et contenant des propositions a été rédigé et présenté lors d'une rencontre avec les attachés des deux cabinets des ministres Peeters et De Block.

Dans ce contexte, l'enquête trouvait sa justification comme permettant de mettre en évidence les pratiques actuelles des médecins-conseils, les problèmes que rencontraient les patients lors de ces visites et de formuler des recommandations en vue d'améliorer la qualité de la relation médecin-conseil / patient dans la perspective de futures modifications légales.

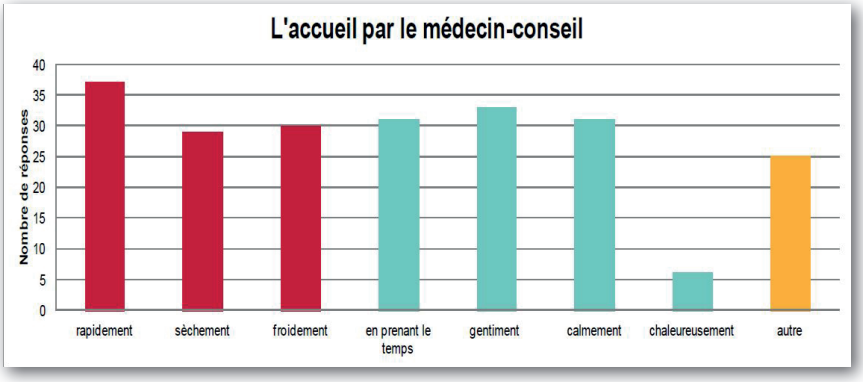


La définition du médecin-conseil

La terminologie « médecin-conseil » regroupe du point de vue des patients différents types de médecins. L'enquête s'est intéressée à trois catégories de médecins :

- Le médecin-contrôleur du travail est un médecin délégué par l'employeur pour contrôler à domicile ou parfois dans son cabinet, l'incapacité de travail du travailleur. Il vérifie la réalité de l'incapacité de travail ainsi que la durée probable de celle-ci.

- Le médecin du service médical du SPF sécurité sociale procède à un examen médical afin d'évaluer la réduction de capacité et la perte d'autonomie de la personne. Tout cela en vue de déterminer les allocations et autres avantages sociaux accordés à la personne handicapée.



- Le médecin-conseil de la mutuelle contrôle pour un organisme assureur l'incapacité de travail des travailleurs salariés ou indépendants. Il rend un avis sur l'aptitude à la reprise de l'activité professionnelle du travailleur. Il a la possibilité de se concerter avec d'autres médecins tel que le médecin du travail pour juger des possibilités et des conditions de reprise du travailleur.

Il ressort des questionnaires que le médecin-conseil de la mutuelle est le médecin le plus consulté par les patients.

L'enquête

Une première pré-enquête relative aux « relations entre les patients et les médecins-conseils » a été menée via un sondage composé de 19 questions. 25 réponses ont été reçues. Dans un second temps, la LUSS a réalisé une enquête sur « le rôle du médecin-conseil dans la réinsertion professionnelle des personnes en incapacité de travail », également sur base d'un questionnaire. 122 réponses ont été complètes et exploitables.

L'accueil par le médecin-conseil

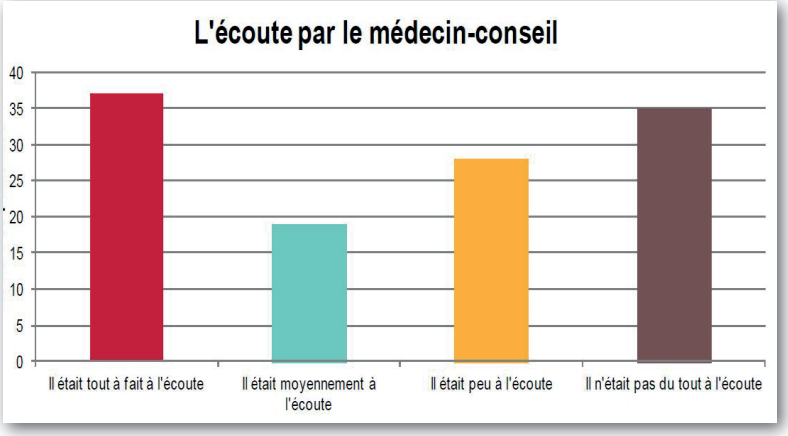
Un constat de nombreux répondants est que les patients qui se rendent chez un médecin-conseil ne sont pas assez informés sur le rôle de ce médecin. Ils le perçoivent principalement comme un contrôleur. Ils estiment qu'il ne remplit pas suffisamment sa mission d'information et de conseil. En outre, pour une grande partie d'entre eux, ils ne se sentent pas préparés à leur première visite. Ils sont donc dans le doute par rapport à la façon dont cette première visite va se dérouler. Ils dénoncent également le peu d'information reçue sur les suites de la procédure qui leur est réservée.

De plus, certaines personnes précisent que les informations données sur la procédure et sur ses suites sont très différentes selon le médecin-conseil rencontré. Elles évoquent aussi la multiplication des médecins auprès d'une même personne c'est-à-dire que si pour une même procédure quelqu'un doit se rendre plusieurs fois chez le médecin-conseil, il ne sera pas toujours suivi par la même personne. C'est un facteur qui réduit la clarté du message et complique donc fortement l'accès à l'information.

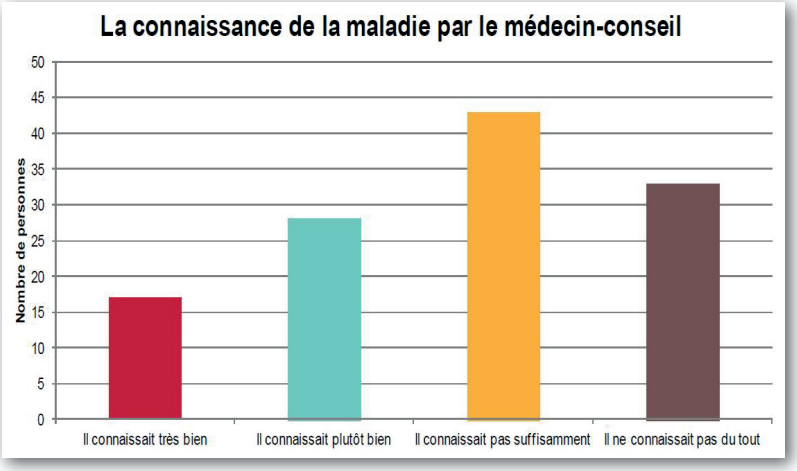
Lors de la pré-enquête, deux types d'accueil différents étaient mis en avant par les répondants : soit cordial, soit antipathique. C'est au travers d'une analyse des mots utilisés dans les témoignages qu'a pu être mis en évidence ce constat. De façon plus générale cependant, la question de l'accueil par le médecin-conseil a été évoquée par les intervenants comme un moment mal perçu et mal vécu, les rencontres n'étant pas considérées comme très chaleureuses. La majorité des répondants expliquent ne pas avoir vu de différence dans l'attitude et le comportement du médecin-conseil, qu'ils s'y rendent pour une première visite ou une visite de suivi. Il est ainsi important de souligner que les deux tendances identifiées au niveau de l'accueil par le médecin-conseil restent identiques quel que soit le type de visite.

L'entretien avec le médecin-conseil

La majorité des répondants estiment avoir pu expliquer les difficultés qu'ils rencontrent dans tous les gestes du quotidien suite à leur maladie. Néanmoins, il ressort des témoignages que le climat dans lequel se déroule cette discussion est assez problématique. En effet, comme l'indiquent certaines personnes, elles sont mal



écoutées ou parfois, leurs problèmes sont minimisés par le médecin-conseil. Les personnes interrogées estiment que le manque d'empathie du médecin-conseil n'encourage pas la confidence. Cela entraîne chez les patients de la déception et de la colère car ils sont incompris.



La plupart des répondants jugent le langage utilisé par le médecin clair et compréhensible, mais ils s'indignent sur le manque de considération du médecin et l'impossibilité d'avoir une relation d'égal à égal. Certaines personnes regrettent que ce langage soit enfantin et infantilisant. Par ailleurs, il apparaît que la conversation est plutôt fermée dans la mesure où le médecin pose des questions dont la réponse se limite à oui ou non. Il n'est pas possible, selon les personnes interrogées, de fournir un complément d'information, de raconter réellement ce qu'ils vivent ou ressentent.

Au point de vue de la connaissance de la maladie par les médecins-conseil, les personnes interrogées estiment que le médecin connaissait leur maladie, mais pas suffisamment dans le cas d'une maladie chronique, et même pas du tout quand il s'agit d'une maladie rare. Toutefois, à la lecture des commentaires explicatifs, même quand la compétence du médecin-conseil est reconnue, certaines questions étaient inappropriées par rapport à la raison pour laquelle le patient a été convoqué chez le médecin-conseil. Quoi qu'il en soit, la LUSS constate qu'il y a également soit une banalisation, soit une remise en question de la maladie et des symptômes qui l'accompagnent. En outre, les résultats sont contrastés selon la catégorie de médecin-conseil consulté.

Qu'il s'agisse d'une première visite ou d'une visite de suivi, les données présentent par contre les mêmes proportions. La LUSS s'interroge dès lors sur la méconnaissance de la maladie par le médecin-conseil alors que celui-ci a déjà eu une rencontre avec le patient, il devrait être mieux à même de distinguer les enjeux qui encadrent certaines maladies et ainsi prendre une décision sur l'incapacité qui est adaptée au cas.

Au niveau des maladies chroniques, celles-ci s'accompagnent généralement de fatigue, de douleurs ou de prises de médicaments qui peuvent constituer des obstacles au bon déroulement de la vie professionnelle. De surcroît, ces personnes peuvent également avoir des absences régulières, être incapables d'effectuer certaines tâches, une inadaptation du poste de travail, etc. La personne malade est de ce fait souvent aussi exposée au regard des autres. Le médecin qui ne connaît pas suffisamment une maladie doit donc être vigilant aux symptômes et difficultés qui lui sont exprimés par le patient afin qu'une réintégration optimale soit envisagée quand cela est possible.

Quel que soit le degré de connaissance du médecin-conseil sur une maladie, celui-ci devrait envisager un vrai dialogue avec le patient pour comprendre ce qu'il vit vraiment. Il semble aussi intéressant d'avoir une équipe pluridisciplinaire proche du médecin-conseil qui pourrait l'aider et le guider dans sa prise de décision.

La LUSS constate que la décision du médecin-conseil concernant l'état de santé de la personne et de ses capacités est prise dans près de la moitié des cas sans examen clinique. Cela signifie que le médecin-conseil s'est basé uniquement sur le dossier médical du patient. Dans l'autre moitié des cas, le médecin a examiné la personne pour prendre sa décision. Toutefois, les personnes qui ont été examinées ont généralement mal vécu l'examen. Certains se plaignent même d'avoir ressenti des douleurs à ce moment-là. Lors de l'analyse des questionnaires, nous avons pu lire à diverses reprises les mots « mal », « très mal » ou « pas bien ».

Quelques personnes décrivent les manipulations physiques qu'elles ont vécues comme abusives. Cet élément nous apparaît comme assez éloquent compte tenu de l'état de santé déjà précaire dans lequel se trouvent ces personnes.

VIRGINIE LAMBERT ET THIERRY MONIN - LUSS

Plus d'infos? Surfez sur www.arthrites.be

Le bouillon de poule, un « alicament » de grande valeur

S'il y a une recette qui constitue la base de la culture culinaire, c'est bien le bouillon. Des « fonds » à la française, jusqu'aux bouillons asiatiques, en passant par toute la tradition nord-africaine, on le retrouve partout.

Nos grands-mères le considéraient comme remède miracle à toutes les petites maladies hivernales ou presque, allant du rhume à la gastro-entérite. Aujourd'hui, la plupart d'entre nous utilisent les fameux bouillon-cubes, bien pratiques, mais qui ne gardent du bouillon que le nom, et en partie le goût; en outre, ils sont très salés. Le VRAI bouillon mérite pourtant de revenir dans nos maisons, car il constitue le socle d'une alimentation saine.

> ***"Je veux que chaque laboureur de mon royaume puisse mettre la poule au pot le dimanche".***
>
> ***Henry IV***

Le principe du bouillon

Le principe du bouillon est simple et particulièrement économique, puisqu'il peut être réalisé avec des restes : quelques os, cartilages, articulations, pattes ou arêtes, des légumes ou des chutes (tiges, feuilles, fanes, cosses, etc.), des épices et aromates, et une base acide (vinaigre, citron, ou vin blanc), afin d'extraire le maximum de minéraux des carcasses. Le tout à faire revenir dans de l'eau claire frémissante, pendant de longues heures.

Pourquoi utiliser une base acide ?

Il est vrai qu'on peut décalcifier un os en le plongeant dans une solution d'acide faible. L'acide citrique du citron ou l'acide acétique du vinaigre devraient convenir, mais ce processus est très lent, demandant plusieurs jours. Pour un maximum d'efficacité, il faudrait donc garder les os dans leur base acide séparément et le plus longtemps possible. Si le contact est court et en présence de légumes, l'extraction ne dépassera pas 4 à 5mg/100ml.

Richesse en minéraux et oligo-éléments

On ne trouve que peu de données chiffrées sur le dosage des constituants du bouillon. Le bouillon contient du calcium, du magnésium, du phosphore et du potassium (entre autres). De plus, on pense que tous ces éléments se trouvent sous une forme très assimilable, ce qui en fait un atout majeur par rapport à d'autres sources de calcium ou de magnésium mal absorbées.

En outre, le potassium, le magnésium, les citrates et les malates des légumes vont rendre le bouillon alcalinisant, c'est-à-dire qu'il contribuera fortement à rétablir **l'équilibre acido-basique** de l'organisme, à l'inverse de nos régimes traditionnels, riches en protéines animales et en céréales, qui ont tendance à acidifier le corps, ce qui, en excès, est considéré comme source d'inflammation.

Glucosamine et chondroïtine

Si le bouillon est fait à partir de cartilages, on peut s'attendre qu'il contienne des constituants de cartilage comme la **glucosamine** et la **chondroïtine**, qui sont deux éléments indispensables pour la santé de nos articulations. Ces composés pourraient à ce titre prévenir les pathologies liées à l'usure de nos articulations, notamment l'arthrose. Pour autant que nous sachions, la preuve scientifique de cette hypothèse n'a pas été fournie.

La gélatine

Lorsque le bouillon refroidit, il gélifie, et ce d'autant plus qu'il sera à base de morceaux cartilagineux ou de tissus conjonctifs, comme la queue de boeuf ou les pattes de poules. Ceci est dû à la présence de gélatine, qui est en réalité issue d'une hydrolyse partielle du collagène contenu dans ces parties du corps. La gélatine, dérivant de la protéine collagène est riche en acides aminés, dont certains essentiels, comme l'hydroxyproline. La gélatine fut considérée pendant longtemps comme l'un des remèdes miracles à de nombreux maux et constituerait un atout formidable pour le système immunitaire. Toutefois, nous n'avons pas trouvé de données chiffrées concernant ce point.

Le bouillon de poule, ingrédients

1. L'eau froide

Il faut que l'eau soit froide pour que la carcasse rende le meilleur d'elle-même. De 2 à 5 litres en fonction de la grandeur de votre casserole. L'important, c'est le temps de cuisson, qui doit s'étendre entre 3 et 6 heures, à une température qui ne devrait pas dépasser 75°, c'est-à-dire en dessous du frémissement du liquide.

2. La viande

Soit une poule ou poulet entier (fermier, qui a couru dehors, bio), soit des pilons ou des ailes de poulet (bio quand même), soit la carcasse du poulet rôti du dimanche

3. Les légumes, frais et bio, lavés non épluchés, coupés très grossièrement

La base :

- *Poireaux : De 1 à 3, soit le poireau entier, ou que le vert, mais en bon état*
- *Carottes : De 1 à 3*
- *Oignon, piqué avec quelques clous de girofles*

Optionnellement en fonction de vos goûts et du contenu du frigo :

- *Branches de céleri*
- *Ail*
- *Tout autre légume : brocoli, navets, panais, blette, …*
- *Fanes de radis ou de carottes*

4. Aromates

La base :

- *Poivre en grain*
- *Sel*
- *Bouquet garni (laurier, thym, persil, …)*

Optionnellement en fonction de vos goûts et du contenu du frigo :

- *Morceau de gingembre*
- *Tranches de curcuma frais*
- *Graines de genièvre*

5. Base acide (pour extraire les minéraux des os)

- *Soit du vin blanc*
- *Soit du jus de citron*
- *Soit du vinaigre de cidre. Dans ce cas, laissez macérer les os avec le vinaigre de cidre quelques dizaines de minutes avant la cuisson*

Le bouillon de poule, préparation

1. Déposez la viande dans l'eau froide
2. Portez à frémissement à feu fort. Après une quinzaine de minutes, dès que l'eau commence à frémir, écumez la mousse et baissez le feu au plus doux possible. Contrairement à ce que son nom semble indiquer, le bouillon ne doit jamais bouillir (comme tout potage d'ailleurs) : ce serait le meilleur moyen d'en annihiler partiellement les effets.
3. Ajoutez le vin (ou le jus de citron ou le vinaigre), les légumes, le bouquet garni mais pas le poivre, ni le sel. Couvrez à moitié du couvercle.
4. Laissez infuser, au feu le plus doux à semi-couvert, de trois à six heures (voire plus).
5. Une dizaine de minutes avant la fin de la cuisson, ajoutez le sel marin et le poivre en grain écrasé, qui, moulu ou trop longtemps cuit, rendrait le bouillon trop âcre. Le sel ne doit surtout pas être incorporé dès le départ de l'infusion.
6. Otez les légumes, ils n'ont plus aucune valeur nutritive (tout est passé dans le bouillon), et la viande.

Vous pouvez conserver cette infusion de minéraux une semaine au réfrigérateur, et trois mois au congélateur.

Et la viande ?

Si vous avez fait votre bouillon avec une carcasse de poulet, bien sûr, jetez-la (quoique souvent, il y a encore quelques bouts à récupérer qui feront bien l'affaire dans un sandwich). Mais si vous avez concocté votre bouillon avec un poulet entier, nous allons récupérer la viande, désosser, trier et gardez le meilleur en morceaux.

Un « timing » avantageux pour maman débordée

Samedi ou dimanche : Préparation du bouillon. Compter 1/2h pour la découpe et 1/2h en fin de cuisson pour le tri.
Avec les restes du poulet, vous faites 2 plats rapides, pour minimum deux diners.

Deux exemples de repas simple

Le poulet au blanc (Préparation : Néant, cuisson 1/4h)

Faites un roux (farine et beurre) et diluez avec du bouillon. Ajoutez-y quelques champignons cuits auparavant (facultatif si vous aimez) et vos morceaux de poulet. Finalisez l'assaisonnement sel/poivre selon votre goût. Servez avec du riz

Poulet carottes-châtaignes façon tajine (Préparation : 10min, cuisson 1/2h)

Dans une cocotte, faites rissoler dans un filet d'huile 2 oignons, ajouter ensuite des carottes coupées en morceaux, un peu de bouillon et de l'eau. Quand les carottes sont presque cuites, ajoutez le poulet décortiqué et les châtaignes en morceaux, un petit peu de cumin, une c à c de cannelle, 2 cm3 de gingembre haché. Si nécessaire rajoutez un peu de bouillon ou d'eau, le tout à petit feu. 10 min. avant la fin de cuisson, finalisez l'assaisonnement sel/poivre selon votre goût. Servez avec du couscous.

DOMINIQUE

Boutique

Les publications ci-dessous sont gratuites pour les membres.
Commande via le 0800/90 356 ou boutique@arthrites.be

Nos brochures

Guide Arthrite Juvénile et son carnet de santé
68 pages
7 euros • gratuit pour les membres

Les arthrites psoriasiques et le psoriasis
120 pages
7 euros • gratuit pour les membres

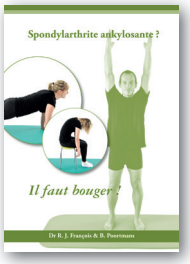
Spondylarthrite Ankylosante
84 pages
7 euros • gratuit pour les membres

Polyarthrite rhumatoïde

1 chapitre Arthrite Juvénile et Arthrite Psoriasique
68 pages
7 euros • gratuit pour les membres

Les autres publications

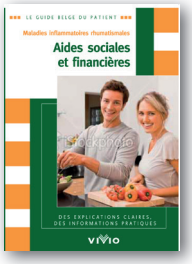
Polyarthrite rhumatoïde : Des exercices physiques adaptés pour préserver votre santé. A faire en collaboration avec votre kiné.
Intéressé ? Votre kiné ou vous pouvez commander la farde d'exercices.
Pour les non-membres :
6 euros de frais d'envoi (est considéré comme colis)



Spondylarthrite Ankylosante? Il faut bouger!
32 pages
En rupture de stock

Guide du patient Comprendre et traiter les affections rhumatismales inflammatoires
2,5€ - gratuit pour les membres

Passeport patient
Disponible également chez votre rhumatologue



Guide du patient Aides sociales et financières pour maladies inflammatoires rhumatismales
2,5€ - gratuit pour les membres

Information datant de 2010

AIDES TECHNIQUES

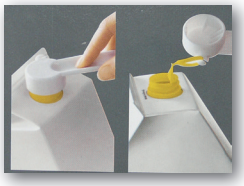
Ouvre-bocal 1
7 euros

Soulevez légèrement le bord du couvercle pour laisser entrer l'air. Le couvercle se soulève alors au centre

Ouvre-boîte pour boîte à anneaux 2
7 euros

Permet d'ouvrir plus facilement les boîtes de conserve avec anneaux

Dévisse-bouchon pour tetra-brick 3
7 euros



Porte-clés 4
10 euros

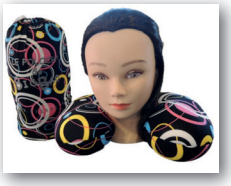
2 clés peuvent être placées dans ce porte-clés à poignée. Même s'il est un peu encombrant, il vous évite de travailler avec le bout des doigts et vous donne plus de force pour tourner.

Guide aides techniques 5
8 euros • gratuite pour les membres

Recharge Poloch 6
5€ pour les membres
+ 6,50€ frais de port

Poloch 7
15€ pour les membres (au lieu de 20€) + 6,50€ frais de port

Poloch 2 en 1 8
20€ pour les membres (au lieu de 25€) + 6,50€ frais de port



Poloch os 9
15€ pour les membres (au lieu de 20€) + 6,50€ frais de port

Bookseat 10
25 euros pour les membres (au lieu de 33,95) + 6,50 frais de port
Vous pouvez consulter les couleurs disponibles via www.craenen.be/index.php?pid=118

Les nouvelles aides techniques sont visibles sur notre site web.

Sauf indication contraire, les prix sont affichés avec 2€ de frais de port inclus.

Les commandes seront envoyées dans les 15 jours après réception du montant de la commande sur le compte BE 28 2100 7837 2820 code BIC GEBABEBB Asbl Polyarthrite. En communication : pour les aides techniques, précisez "aides techniques n°..... "

Plus d'infos au 0800/90 356 ou envoyez un mail à boutique@arthrites.be

N° vert gratuit : 0800/90 356

contact@arthrites.be
www.arthrites.be

Comment devenir Membre ?

Cotisation annuelle de 15 € ou de 7,5 € pour les personnes bénéficiant du statut BIM-OMNIO

N° de compte Arthrites asbl :
BE 28 2100 7837 2820
code BIC GEBABEBB

Attestation fiscale pour tout don de 40 € (hormis cotisation)

Pourquoi devenir Membre ?

En devenant membre, vous rejoignez un groupe de personnes qui s'associent pour améliorer le quotidien de personnes souffrant d'arthrite, qui tentent de faire entendre leur voix auprès des politiques et des médias, de façon à leur permettre de vivre dans un environnement adapté pour qu'elles puissent conserver leur autonomie.

Devenir membre, c'est aussi engager les efforts nécessaires pour susciter des réflexions, faire partager ses préoccupations, identifier des besoins communs pour l'émergence de nouvelles actions.

Ensemble, nous pourrons mieux vivre et nous défendre !

Comme toute Asbl, nous ne disposons pas de fonds propres et nous ne pouvons donc vivre sans les cotisations de nos membres. Ainsi, l'Assemblée Générale a fixé une cotisation de 15 euros minimum par an. Elle a accepté le principe d'une réduction de cotisation de 7,5 euros pour les membres disposant du statut BIM (anciennement VIPO) dans le cadre de la législation sur l'assurance maladie invalidité.

Nous remercions nos partenaires

ucb Inspired by patients. Driven by science. · Pfizer · abbvie · Bristol-Myers Squibb

Avec le soutien de

SANOFI GENZYME · MSD Be well · Roche · KBVR·SRBR