

Réflexions

Rhumatologiques

148

avril
2012
Tome 16

Les quinze questions que vous vous posez
A propos de l'arthrose et des arthropathies microcristallines

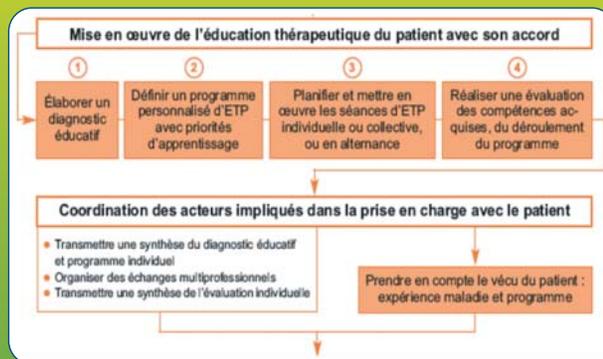
Vie Professionnelle
La plaque professionnelle du rhumatologue

Thérapeutique
Le poids moléculaire de l'acide hyaluronique influe-t-il sur l'efficacité de la visco-supplémentation : Résultats d'un essai randomisé

Réflexions d'artistes
Félix Meynet : un savoyard heureux !
Siné : dessinateur anarchiste et libertaire

Dossier

Education thérapeutique



Coordination scientifique :
Catherine Beauvais

Fédération de Rhumatologie d'Ile de France

Congrès de la FRIF 2012

Automobile Club de France/Paris

affluence,
formation
et convivialité

Avec son 10^{ème} Congrès, traditionnellement tenu début février, la **Fédération de Rhumatologie d'Ile de France** a conservé ce qui fait son intérêt médical et sa convivialité, sources d'affluence chaque année renouvelée. De fait, l'**Automobile Club de France** est particulièrement apprécié de tous. L'éclectisme de notre programme scientifique tout autant.

L'affluence à ce Congrès se confirme d'année en année. Nous étions 400 participants, non seulement d'Ile de France mais aussi d'autres régions et même de l'étranger.

Ce Congrès a bénéficié comme en 2011 du parrainage de la Société Française de Rhumatologie. Il a également obtenu l'agrément du Conseil National de Formation Médicale Continue pour la validation des points de FMC (par délégation de l'Amicale des Rhumatologues des Hauts de Seine).

Exceptionnellement, notre Congrès s'est tenu en 2012 au 1^{er} étage de l'ACF, dans la sublime Bibliothèque, et ce en raison de travaux de rénovation de notre Amphithéâtre du 2^{ème} étage.

Le **programme scientifique** couvrait à l'évidence une grande partie de la pathologie rhumatologique. Certes l'ostéoporose, les maladies inflammatoires et l'arthrose étaient comme d'habitude à l'honneur avec de nombreuses interventions, mais aussi la maladie de Paget, les pathologies rhumatismales chez le diabétique, les lombalgies chroniques ou les manipulations vertébrales.

La session orthopédie était quant à elle consacrée à la scoliose de l'enfant et à la pathologie dégénérative du rachis, sous leur éclairage médico-chirurgical.

La session imagerie a été dévolue cette année au système EOS ainsi qu'à l'imagerie interventionnelle.

Il y a eu comme en 2011 deux ateliers interactifs simultanés, l'un réservé aux acides hyaluroniques, l'autre dédié aux indications de l'échographie Doppler.

Notre Session syndicale nous a offert une synthèse sur le bilan des actions en cours en cette année d'élections présidentielles.

Le Congrès s'est enfin achevé par une Présentation magistrale sur les dénominations des signes, éléments anatomiques, syndromes et maladies rhumatologiques.

Les orateurs étaient parmi les plus brillants de la sphère rhumatologique.

Je ne ferai, pour les remercier de nouveau, que citer leurs noms par ordre chronologique: Pr. O. Gagey, Dr S. Kolta, Pr. B. Combe, Pr Th. Schaevebeke, Dr.Ch. Hudry, Pr M. Audran, Pr. B. Fautrel, Pr. S. Poiraudou, Dr JY. Maigne, Pr.G. Sebbag, Dr.A. Feydy, Dr G. Morvan, Dr J. Sellam, Pr.B. Bannwarth, Pr.Ph. Orcel, Pr B. Cortet, Pr JF. Maillefert, Dr J. Wipff, Pr P. Claudepierre, Pr D. Wendling, Dr C. Cormier, Pr B. Mazieres, Dr E. Maheu, Dr V. Legré, Dr H. Bard, Pr J. Allain, Dr M. Marty, Pr J. Dubousset, Dr B. Morand, Dr V. Diebolt, et Pr MF. Kahn. Le dîner de clôture a connu son affluence habituelle, toujours face à un spectacle illuminé des monuments de Paris, dont évidemment la Tour Eiffel.

Avec le Dr PH. Benamou, je remercie également les 22 **Sociétés pharmaceutiques et de matériel** (dont 4 major sponsors) qui ont permis de proposer (encore gratuitement), cet évènement annuel de la rhumatologie, clairement inscrit dans le paysage des congrès français.

Avec tous les membres de la Fédération de Rhumatologie d'Ile de France, nous vous disons merci et vous donnons rendez-vous au **11^{ème} Congrès les 8 et 9 février 2013.**



P.H. Benamou,
Président de la FRIF



O. Gagey



S. Kolta



J.P. Sanchez



B. Combe



T. Schaefferbeke



Ch. Hudry



P. Monod



M. Audran



B. Fautrel



J.Y. Maigne



L. Arabian



S. Poiraudreau



Y. Degueurce



A. Feydy



G. Sebbag



G. Morvan



P. Hilliquin



B. Bannwarth



J. Sellam



P. Khalifa



Ph. Orcel



B. Cortet



JF. Maillefert



J. Wipff



X. Grapton



B. Verlhac



D. Wendling



P. Claudepierre



B. Mazieres



C. Cormier



J. Halimi



E. Maheu



V. Legré



H. Bard



M. Marty



J. Allain



J. Dubousset,



F. Schoux



MF. Kahn



V. Diebolt



B. Morand

COMITÉ SCIENTIFIQUE

M. AUDRAN, Angers	P. LE GOFF, Brest
B. BANNWARTH, Bordeaux	J. M. LE PARC, Boulogne
A. CANTAGREL, Toulouse	J. Y. MAIGNE, Paris
G. CHALES, Rennes	J. F. MAILLEFERT, Dijon
M. DOUGADOS, Paris	C. MARCELLI, Caen
L. EULLER-ZIEGLER, Nice	P. NETTER, Nancy
F. EULRY, Paris	X. PHELIP, Grenoble
R. GHOZLAN, Paris	J. POUREL, Vandœuvre les Nancy
A. KAHAN, Paris	M. REVEL, Paris
J. L. KUNTZ, Strasbourg	A. SARAUX, Brest
JD. LAREDO, Paris	D. WENDLING, Besançon
X. LE LOËT, Rouen	

COMITÉ DE RÉDACTION ET DE LECTURE

Dominique BARON, Lannion	Othmane MEJJAD, Rouen
Jean-Marie BERTHELOT, Nantes	Edouard PERTUISSET, Cergy-Pontoise
Patrick CHERIN, Paris	Christian ROUX, Nice
Roland CHAPURLAT, Lyon	Jérémie SELLAM, Paris
Bernard CORDET, Lille	Raphaële SEROR, Paris
Philippe DUPONT, Paris	Patrick SICHÈRE, Paris
Pascal HILLIQUIN, Corbeil Essonnes	Elizabeth SOLAU-GERVAIS, Poitiers
Pierre KHALIFA, Paris	Christophe THÉPOT, Corbeil Essonnes
Hervé de LABAREYRE, Les Lilas	Eric THOMAS, Montpellier
Françoise LAROCHE, Paris	Eric TOUSSIROT, Besançon
Véra LEMAIRE, Paris	Bernard VERLHAC, Paris
Thierry LEQUERRÉ, Rouen	Jean VIDAL, Issy les Moulineaux
Marc MARTY, Créteil	

Rédacteurs en chef : Bernard CORDET, Lille
Pascal HILLIQUIN, Corbeil Essonnes

UNE ÉDITION J.B.H. SANTÉ

53, rue de Turbigo - 75003 Paris
Tél. : 01 44 54 33 54 - Fax : 01 44 54 33 59
E-mail : la@jbhsante.fr

Site : <http://www.jbhsante.fr>

Directeur de la publication : Dr Jacques HALIMI
Secrétariat Général de rédaction : Yaëlle ELBAZ
Maquette : Clémence KINDERF
Service commercial : Nathalie BOREL, Rita BERRADA
Abonnements : Louise ASCOLI

Imprimerie : Gyss Imprimeur Obernai

ISSN : 1279-5690

Commission paritaire : 0112 T 81080

Dépôt légal : 2^{ème} trim. 2012

S O M M A I R E

2 Congrès de la FRIF 2012 ————— Jacques Halimi

6 Edito : Education thérapeutique en Rhumatologie ——— Catherine Beauvais

DOSSIER

EDUCATION THÉRAPEUTIQUE

7 L'éducation thérapeutique : principes et réalisation pratique — C. Beauvais

10 Education thérapeutique du patient ostéoporotique :
un chantier exaltant ! ————— Mickaël Rousière

15 Education thérapeutique dans les rhumatismes
inflammatoires chroniques ————— A. Perdriger, C. Gallais, G. Chalès

19 Education thérapeutique : cadre réglementaire ————— Laurent Grange

VIE PROFESSIONNELLE

23 La plaque professionnelle du rhumatologue ————— Juliette Lasoudris-Laloux

THÉRAPEUTIQUE

25 Le poids moléculaire de l'acide hyaluronique influe-t-il sur l'efficacité
de la visco-supplémentation : Résultats d'un essai randomisé — R. Seror

LES QUINZE QUESTIONS QUE VOUS VOUS POSEZ

29 A propos de l'arthrose et des arthropathies microcristallines — P. Sichère

RÉFLEXIONS D'ARTISTES

32 Félix Meynet : un savoyard heureux ! ————— Patrick Sichère

34 Siné : dessinateur anarchiste et libertaire ————— Patrick Sichère

24, 31 ABONNEMENT

Les articles de "Réflexions Rhumatologiques" reflètent l'opinion des auteurs et n'engagent en aucune façon la responsabilité de la Société éditrice. Aucun article publié dans ce numéro ne peut être reproduit quels que soient la forme et les procédés sans l'autorisation expresse de l'éditeur.

Adhérent au CESSIM

CATHERINE BEAUVAIS

Service de rhumatologie Hôpital Saint Antoine - Paris

La rhumatologie a pris le train de l'éducation thérapeutique et la diffusion rapide, depuis les recommandations de la HAS 2007, de ses concepts et de sa pratique a semblé le fait d'une mode.

Education thérapeutique en Rhumatologie.

Au-delà de la mode, une démarche structurée qui entre dans les pratiques

En réalité cela fait plus de 20 ans que les rhumatologues s'intéressent à la globalité du patient rhumatisant, à cause des importantes conséquences familiales, psychologiques, sociales et professionnelles des maladies rhumatologiques. La notion de traitement pluridisciplinaire était bien intégrée, du moins dans les services hospitaliers. Cependant, les

divers professionnels de santé avaient du mal à travailler ensemble et il manquait le lien permettant au patient de bénéficier vraiment de la prise en charge proposée. Il manquait la méthode qui faisait passer d'une attitude prescriptive, centrée sur le savoir médical ou paramédical, à une attitude centrée sur le patient, le lien entre les professionnels étant assuré aussi par le patient lui-même grâce aux compétences qu'il avait acquises pour se prendre en charge.

Ces méthodes de l'éducation thérapeutique (ETP), faisant converger les points de vue et besoins des patients et ceux des soignants, avait été définies dès 1998 par l'OMS et initiés depuis quelques décennies par les diabétologues. Maintenant l'ETP fait partie du parcours de soin, en vue d'améliorer l'observance aux traitements prescrits et la qualité de vie (loi HPST) et selon le code de santé publique, tout patient atteint de maladie chronique doit pouvoir en bénéficier.

Depuis 2007, les rhumatologues ont réalisé un effort considérable pour adapter, structurer, développer les programmes d'éducation existants, qui s'adressent surtout aux rhumatismes inflammatoires chroniques et aux lombalgies. De nouveaux programmes ont aussi été créés, concernant l'ostéoporose, la douleur, les maladies rhumatologiques rares ou au contraire fréquentes mais oubliées comme l'arthrose.

Certaines notions issues de l'ETP deviennent incontournables : la notion de « compétences patient » pour la sécurité des biothérapies ou l'exercice physique ; celle de l'entretien motivationnel en vue d'explorer et d'améliorer l'adhésion au traitement. La notion « diagnostic éducatif » ou bilan partagé, réalisé lors des programmes d'ETP en vue de convenir des apprentissages utiles au patient, tend même à diffuser dans la pratique médicale habituelle avec l'application de la posture éducative aux soins rhumatologiques courants. Enfin les rhumatologues s'intéressent aux apports d'autres domaines comme les sciences sociales pour mieux comprendre les valeurs et croyances des patients, l'apport des associations et des « savoirs profanes », l'irruption d'Internet au sein du colloque médecin-malade.

Loin d'être une mode passagère, l'ETP fait ainsi partie de la médecine personnalisée de demain qui associe la recherche des traitements les plus efficaces selon des données de la science et la capacité du patient à les accepter dans la durée et intégrer les modifications nécessaires de son mode de vie.

L'éducation thérapeutique : principes et réalisation pratique

CATHERINE BEAUVAIS

Service de rhumatologie Hôpital Saint Antoine

Introduction : principes et réalisation pratique

Selon le code de santé publique, l'éducation thérapeutique (ETP) fait partie du parcours de soins du patient atteint de maladie chronique⁽¹⁾. Il est important que les rhumatologues connaissent les principes de l'ETP, la façon dont elle peut se réaliser en pratique et quelques exemples d'ETP dans le domaine de la rhumatologie.

Principes de l'ETP

▶▶▶▶

De la détection des besoins du patient à l'acquisition de compétences

L'ETP prend en compte le fait que la maladie chronique modifie radicalement le mode de vie des patients qui en sont atteints. Pour faire face à une maladie qui sera présente tout ou partie de leur vie, les patients ont besoin de s'adapter (c'est la problématique de l'annonce d'une maladie chronique⁽²⁾) et de gérer leur maladie au quotidien. Ils ont alors besoin de compétences qui leur sont propres. Ces compétences ne sont pas acquises par une simple information de la part des médecins ou des soignants, même si celle-ci est un préalable indispensable⁽³⁾. En effet, il a été prouvé qu'une faible part des informations reçues est mémorisée, le processus d'intégration étant modifié par les croyances des patients, leurs valeurs et habitudes de vie. Les patients ont également besoin de s'approprier des savoirs faire comme les auto-injections de biothérapies ou l'exercice physique.

C'est aux diabétologues et en particulier à Jean-Philippe Assal que l'on doit les premières recherches et l'établissement des notions théoriques de l'ETP⁽⁴⁾. Actuellement elles sont recon-

nues par tous suite aux recommandations de la HAS⁽⁵⁾. Elles doivent être adaptées à la particularité de chaque maladie chronique.

Compétences d'auto-soins :

- Soulager les symptômes
- Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto mesure,
- Adapter les doses de médicaments, initier un auto-traitement.
- Réaliser des gestes techniques et des soins
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie
- Prévenir les complications évitables
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie
- Impliquer son entourage

Compétences d'adaptation :

- Se connaître soi-même,
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress
- Développer un raisonnement créatif et son esprit critique
- Développer des compétences en matière de relations interpersonnelles
- Prendre des décisions et résoudre un problème
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix
- S'observer, s'évaluer, Se renforcer

Tableau : Compétences définies par la HAS

La HAS distingue plusieurs types de compétences à acquérir par le patient (**Tableau**). Celles qui lui sont réellement utiles sont étroitement liées à sa vie quotidienne. Par exemple dans l'arthrose, il est utile que le patient soit capable de gérer sa douleur selon le stade de sa maladie, conserver une activité

physique, réaliser une auto gymnastique et éventuellement contrôler son poids. Ces capacités vont être mise en oeuvre de façon autonome par le patient comme l'a bien recommandé l'OARSI⁽⁶⁾ : « L'accent initial doit être mis sur les moyens et les traitements pouvant être mis en oeuvre par le patient lui-même, plutôt que des traitements passifs délivrés par des professionnels de la santé. Ensuite, les efforts devront surtout viser à encourager l'adhésion du patient aux traitements non pharmacologiques ».

L'acquisition des compétences ne se fait pas en une seule fois, d'où la notion de parcours éducatif intégré au parcours de soins. Y participent le médecin et rhumatologue traitants qui informent le patient de la possibilité de bénéficier d'une ETP, et aussi les professionnels de santé que le patient est amené à rencontrer : kinésithérapeute, infirmier(e), diététicien(ne), psychologue, pharmacien. L'ETP est une activité pluridisciplinaire.

Réalisation pratique de l'ETP



Les quatre étapes de l'ETP

Elle se fait par des professionnels formés selon des modalités définies par la HAS et les décrets d'application de la loi (voir article de LG). Globalement 4 étapes sont nécessaires : bilan partagé des besoins du patient (diagnostic éducatif), définition des compétences à acquérir, réalisation des séances éducatives individuelles ou de groupe, évaluation des acquis.

Le bilan partagé fait la part entre les besoins personnels du patient et le point de vue du professionnel de santé qui a des messages de sécurité à faire passer. Par exemple, le besoin ressenti par un patient atteint de rhumatisme inflammatoire chronique peut être d'améliorer sa capacité à communiquer sur sa maladie avec son entourage familial ou professionnel, alors qu'un des messages du soignant est la gestion de la

biothérapie en cas de fièvre ou de chirurgie. C'est lors d'une négociation entre ces différents besoins que seront proposés aux patient des objectifs partagés, adaptés et réalisables dont le point final sera d'améliorer sa qualité de vie (voir article A.P). Les objectifs seront évalués tout au long du parcours du patient.

Intégrer l'ETP dans les soins courants: le défi des années à venir

Encadrée par des textes nouveaux, la réalisation de l'ETP semble devenir très complexe et il faut éviter qu'elle soit réservée à des spécialistes et à des patients qui seraient aptes ou disponibles pour entrer dans des programmes structurés. Or ce sont parfois les patients les plus fragiles, les moins « observants », qui risquent d'être exclus de programmes leur apparaissant trop contraignants alors qu'ils devraient le plus en bénéficier. De plus l'ETP est encore de réalisation très majoritairement hospitalière. Pourtant, elle fait partie des soins et le but est qu'elle s'adresse à tous les patients selon leur niveau de besoins et la complexité de leur prise en charge. Certaines maladies rhumatologiques comme l'arthrose et l'ostéoporose (voir article MR) sont très fréquentes et traitées majoritairement en ambulatoire par les rhumatologues libéraux et les médecins généralistes. Une première étape serait d'abord l'acquisition par les médecins et les professionnels de santé d'une attitude de « posture éducative » incluant la recherche active des besoins du patient et l'accompagnement dans le maintien de ses compétences. Une majorité de rhumatologues seraient prêts à s'impliquer dans cette démarche comme le montre l'enquête réalisée par la Section ETP de la SFR⁽⁷⁾. Certains rhumatologues seraient intéressés à participer eux-mêmes à la réalisation pratique de l'ETP. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi « HPST »).
2. Janine-Sophie Giraudet-Le Quintrec. L'annonce diagnostique dans la maladie chronique. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2010; 2: 223-227
3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite Loi « Kouchner »)
4. Jean- Philippe Assal, Anne Lacroix. L'éducation thérapeutique des patients. *Nouvelles approches de la maladie chronique* : - 1998 – Vigot Editeur
5. Recommandations HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007
6. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008;16:137-162 Review
7. Que pensent les rhumatologues français de l'éducation thérapeutique du patient ? Enquête de la section ETP de la SFR. Perrot S, Ruysen-Witrand A, Lecoq d'Andre F, Beauvais C Congrès Français. Société française de Rhumatologie. 2010

Education thérapeutique du patient ostéoporotique : un chantier exaltant !

MICKAËL ROUSIÈRE

Service de Rhumatologie, Hôpital SAINT-ANTOINE (APHP), Paris

résumé

Malgré la connaissance de la gravité de l'ostéoporose post-ménopausique en termes de morbi-mortalité, des coûts socio-économiques induits par les fractures ostéoporotiques et la mise à disposition de nombreuses molécules efficaces, la prise en charge de cette pathologie reste insuffisante. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts de sensibilisation auprès des médecins mais aussi auprès des patientes. À ce titre, comme pour toute maladie chronique, l'éducation thérapeutique doit désormais faire partie de la prise en charge globale des patientes ostéoporotiques.

mots-clés

Ostéoporose,
Education thérapeutique,
Adhérance,
Professionnels de santé

L'ostéoporose représente un important enjeu de santé publique du fait de sa prévalence en constante augmentation, liée en partie à l'accroissement continu de l'espérance de vie et des conséquences potentiellement graves des fractures, dont elle majore le risque. La prise en charge de l'ostéoporose reste cependant insuffisante malgré la connaissance par le corps médical de la gravité de l'ostéoporose post-ménopausique, la mise à disposition de nombreuses molécules efficaces et des coûts socio-économiques induits par les fractures ostéoporotiques. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts de sensibilisation sur la prise en charge de l'ostéoporose auprès des médecins mais aussi auprès des patients. A ce titre, comme pour tous les patients atteints d'une maladie chronique, l'éducation thérapeutique doit désormais faire partie de la prise en charge globale des ostéoporotiques.

Rationnel de l'éducation thérapeutique dans l'ostéoporose post-ménopausique

En dépit des avancées thérapeutiques indéniables, force est de constater que le nombre de patientes traitées reste pour l'heure insuffisant, en premier lieu par le caractère peu symptomatique de la pathologie, mais aussi pour d'autres raisons.

❑ L'ostéoporose n'est pas considérée comme une pathologie grave par les patientes

Une étude internationale montre que la majorité des femmes ostéoporotiques n'ont pas conscience de risque accru de fractures qu'elles encourent. Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective et multicentrique dont l'objectif était de suivre 60393 patientes de plus de 55 ans (âge moyen 68 ans) recrutées par 723 médecins généralistes. Seuls 25 % des femmes ayant un index de fracture élevé sont conscientes d'avoir un risque accru de fracture ; 64 % des femmes ayant une fracture prévalente considèrent que leur risque d'avoir une autre fracture est plus faible que celui des femmes du même âge et 55 % des femmes diagnostiquées comme ostéoporotiques estiment qu'elles n'ont pas un risque accru de fracture^[1]. En corrélation avec cette relative méconnaissance de la maladie, il existe peu de besoins éducatifs exprimés chez les personnes souff-

frant d'ostéoporose. La tâche du médecin consistera donc à faire émerger les besoins latents chez ces patientes et notamment le souhait des patientes de bénéficier d'une information sur l'évolution de la maladie et les médicaments.

■ Le défaut d'observance est parfaitement démontré au cours de l'ostéoporose

Parce qu'elle est une maladie chronique, parce qu'elle n'a pas d'impact sur la qualité de vie des patientes tant que les événements fracturaires sont absents ou peu symptomatiques, parce que les bénéfices des traitements de l'ostéoporose ne sont pas immédiatement perceptibles par les patients, l'adhésion au traitement dans l'ostéoporose est médiocre. Une méta-analyse récente de la littérature indique que près d'une patiente sur deux abandonne leur traitement avant la fin de la première année et que les autres suivent de manière très imparfaite les prescriptions^[2]. Une étude française a analysé la persistance aux bisphosphonates oraux de toutes les patientes de plus de 45 ans suivies dans la base THALES et ayant reçu leur première prescription entre janvier 2007 et janvier 2008. La persistance après un an était de 47,5 % chez les patientes traitées avec la forme mensuelle et de 30,5% avec la forme hebdomadaire^[3]. Par ailleurs, une évaluation par questionnaire concernant le respect des caractéristiques de prise d'un bisphosphonate oral par les patientes dans une unité spécialisée de prise en charge de l'ostéoporose au Royaume-Uni montre que 26 % des patientes ne prennent pas correctement leur traitement^[4]. Ces données indiquent qu'au-delà de la simple prescription d'un traitement anti-ostéoporotique, il convient absolument d'expliquer à la patiente la raison pour laquelle le traitement est prescrit et l'importance des conditions de prise de celui-ci.

Place de l'éducation thérapeutique dans les différents modèles de prise en charge des patients ostéoporotiques

Actuellement, il existe encore peu de données disponibles dans le domaine de l'ostéoporose. Seules quelques études randomisées ont évalué les effets d'un programme éducatif sur les connaissances de la maladie et l'observance au traitement.

■ La seule information est insuffisante pour améliorer l'observance au cours de l'ostéoporose

Plusieurs études ont montré que l'information seule ne peut suffire à modifier durablement les comportements de santé^[5,6]. L'étude espagnole Optima avait pour but d'évaluer les conséquences en termes d'adhésion au traitement et de qualité de vie après la distribution d'une brochure d'informations^[7]. Dans cet essai randomisé, 745 femmes s'appêtant à recevoir pour la première fois un traitement contre l'ostéoporose ont été incluses, dont la moitié a reçu la brochure éducative. Au bout d'un an, il n'a pas été observé de différence entre les 2 groupes tant sur la qualité de vie que sur l'adhésion au traitement. Ainsi, dans le but d'améliorer l'adhésion au traitement sur une période longue, il semble nécessaire de mettre en jeu des interventions plus complexes que la simple délivrance d'une brochure.

■ L'éducation thérapeutique améliore l'observance au cours de l'ostéoporose

Diverses méthodes ont ainsi été expérimentées pour améliorer l'adhésion des patientes.

Une revue systématique de la littérature des interventions visant à améliorer l'adhésion au traitement de l'ostéoporose a été récemment publiée^[8]. Seules les études contrôlées décrivant l'intervention et les résultats sur l'adhésion ont été sélectionnées.

Parmi les sept études retenues par les auteurs, cinq incluaient une action éducative conduite en face-à-face, par brochures, lettres ou appels téléphoniques.

Les deux autres études ont évalué l'intérêt d'un dosage systématique d'un marqueur du remodelage osseux sur l'adhésion au traitement selon qu'un message a été délivré ou non aux malades en fonction de l'évolution du taux de ce marqueur. Les effectifs inclus variaient entre 100 et plus de 2200 patients. Les résultats montrent qu'une intervention ciblée dans la prise en charge des patientes ostéoporotiques permet d'améliorer significativement l'adhérence (effet-taille variant de 0,17 à 0,58) et la persistance au traitement (effet-taille de 0,36).

Compte-tenu du faible nombre d'études, les auteurs n'ont pas pu déterminer quel type d'intervention apportait le meilleur résultat. Cependant, dans tous ces essais, un suivi périodique entre les patients et les professionnels de la santé semble être bénéfique.

Modalités des actions éducatives dans l'ostéoporose post-ménopausique

Intérêt de consultations de suivi par le personnel paramédical

Une étude américaine randomisée a cherché à préciser l'influence de différentes stratégies sur le taux d'adhérence et de persistance aux traitements de l'ostéoporose^[9]. Soixante-quinze femmes ménopausées débutant un traitement par raloxifène ont été incluses dans cette étude puis randomisées en trois groupes.

Dans le premier, elles étaient prises en charge de façon conventionnelle.

Dans le second groupe, des infirmières attiraient l'attention des patientes sur l'intérêt de l'adhérence au traitement : consultations infirmières tous les trois mois avec six questions ouvertes (relatives au bien être et la tolérance du traitement) et des réponses appropriées aux demandes des patientes.

Enfin, dans le dernier groupe, les femmes ont bénéficié à titre systématique à l'inclusion et 24 semaines plus tard, d'un dosage d'un marqueur de résorption osseuse présenté sous forme graphique, accompagné d'une explication quant à l'évolution du taux de ce paramètre.

À douze mois, malgré l'absence de différence significative sur le plan statistique, une tendance se dégageait en faveur d'une meilleure adhérence chez les patientes ayant bénéficié d'une information par une infirmière (84 %) comparativement à celles ayant eu un dosage des marqueurs (75 %) et à celles n'ayant pas eu de suivi spécifique (74 %). Le fait d'assurer un suivi qu'elles qu'en soient les modalités (infirmière ou dosage des marqueurs), permettait d'augmenter de 57 % la proportion de patientes adhérentes ($p = 0,04$). Par ailleurs, un programme infirmier d'éducation et de suivi a été développé en France pour la prescription du téraparatide. Celui-ci a pour objectif d'aider les patients à mieux utiliser le stylo d'injection et à mieux suivre leur traitement^[10]. Ce programme comprend l'apprentissage de la technique d'injection, une information et une éducation sur l'ostéoporose et l'évaluation de la persistance. Entre 2004 et 2007, 5413 femmes ménopausées avec une ostéoporose et au moins 2 fractures vertébrales ont été incluses. Le taux de persistance à 18 mois est de 80,7 %. Il apparaît donc que le taux de persistance au téraparatide des femmes ménopausées avec une ostéoporose sévère qui participent à ce programme d'éducation et de suivi est très élevé.

Au total, ces deux études sont en faveur de l'intérêt d'un suivi systématique par une ou des infirmières afin d'augmenter l'adhérence au traitement. Il a d'ailleurs été montré qu'une seule séance d'éducation thérapeutique chez des patientes ménopausées ostéoporotiques permet d'améliorer les connaissances des patientes sur leur maladie et d'augmenter les apports alimentaires calciques journaliers^[11]. Par contre, des actions éducatives plus répétées semblent nécessaires pour avoir un impact sur l'adhésion au traitement.

Intérêt des actions éducatives de groupe

Une étude danoise a récemment rapporté les résultats favorables d'une action éducative en groupe dans l'ostéoporose^[12]. Dans cette étude, 300 patients (dont 268 femmes d'âge moyen de 63 ans) ont été randomisés en deux groupes. Dans le premier, les patients étaient pris en charge de façon conventionnelle. Dans le second groupe, les patients étaient inscrits à une « école de l'ostéoporose » en groupe de 8 à 12 participants : 3 heures par semaine pendant 4 semaines (12 heures au total).

Le programme était animé par une équipe multidisciplinaire (médecins, diététiciens, kinésithérapeutes, infirmières) et a été ajusté en fonction des origines de chaque patient et de leurs besoins en vue de renforcer leurs compétences et leur autonomie. Après deux années de suivi, l'amélioration des scores de connaissances de la maladie et du taux d'adhésion au traitement (auto-rapporté) étaient meilleures dans le groupe de patients ayant suivi le programme éducatif. Des expériences d'actions éducatives en groupe sont également organisées en France : les consultations éducatives de l'hôpital Cochin mises en place depuis 1992 avec une équipe multidisciplinaire et portent sur de multiples thèmes (arthrose, ostéoporose, polyarthrite rhumatoïde, mal de dos, traitements médicaux, chirurgie, nutrition), ateliers de l'association ALCOV (Association de Lutte Contre l'ostéoporose dans les Vosges) et l'école de l'ostéoporose d'Orléans.

En conclusion

Autrefois cantonnée à quelques domaines thérapeutiques phares comme le diabète et l'asthme, l'éducation thérapeutique se répand dorénavant dans l'ensemble du champ médical, dont l'ostéoporose. Les études contrôlées publiées montrent que le procédé le plus efficace pour prendre en charge efficacement l'ostéoporose post-ménopausique est un suivi personnalisé de la patiente par un professionnel de santé, médecin ou plus souvent infirmière, qui soutient la malade,

éduque sur la maladie et sa prise en charge, et l'encourage à prendre correctement son traitement à long terme. Ces données montrent donc qu'un programme d'amélioration de l'adhésion au traitement ne peut être efficace que si le patient y est activement impliqué^[13]. Les autres méthodes testées, comme la « simple » remise de documents, les conseils délivrés par courrier et téléphone ou le suivi par des paramètres intermédiaires (marqueurs du remodelage osseux) ont un effet moins important sur la persistance aux traitements. ■

▶▶▶▶ Que retenir

- L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge médicale de l'ostéoporose, avant et après la survenue d'une fracture par fragilité.
- Pour l'ostéoporose, les objectifs éducatifs incluent une modification du mode de vie des patients, concernant en particulier, les apports nutritionnels, la pratique d'une activité sportive et l'adhésion aux traitements.
- Afin d'améliorer la prise en charge éducative des patientes ostéoporotiques, une formation spécifique des professionnels de santé ainsi que des financements adaptés sont nécessaires.

Conflits d'intérêts : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Siris ES, Gehlbach S, Adachi JD, et coll. Failure to perceive increased risk of fracture in women 55 years and older: the Global Longitudinal Study of Osteoporosis in Women (GLOW). *Osteoporos Int.* 2010 Apr 1. [Epub ahead of print]
2. Kothawala P, Badamgarav E, Ryu S, et coll. Systematic review and meta-analysis of real-world adherence to drug therapy for osteoporosis. *Mayo Clin Proc.* 2007;82:1493-501.
3. Cotté FE, Fardellone P, Mercier F, et coll. Adherence to monthly and weekly oral bisphosphonates in women with osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2010;21:145-55.
4. Hamilton B, McCoy K, Taggart H. Tolerability and compliance with risedronate in clinical practice. *Osteoporos Int.* 2003;14:259-62.
5. Sedlak CA, Doheny MO, Jones SL. Osteoporosis education programs: changing knowledge and behaviors. *Public Health Nurs.* 2000;17:398-402.
6. Ribeiro V, Blakeley JA. Evaluation of an osteoporosis workshop for women. *Public Health Nurs.* 2001;18:186-93.
7. Guilera M, Fuentes M, Grifols M, et coll. Does an educational leaflet improve self-reported adherence to therapy in osteoporosis? The OPTIMA study. *Osteoporos Int.* 2006;17:664-71.
8. Gleeson T, Iversen MD, Avorn J, et coll. Interventions to improve adherence and persistence with osteoporosis medications: a systematic literature review. *Osteoporos Int.* 2009;20:2127-34.
9. Clowes JA, Peel NF, Eastell R. The impact of monitoring on adherence and persistence with antiresorptive treatment for postmenopausal osteoporosis: a randomized controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89:1117-23.
10. Briot K, Ravaud P, Dargent-Molina P, et coll. Persistence with teriparatide in postmenopausal osteoporosis; impact of a patient education and follow-up program: the French experience. *Osteoporos Int.* 2009;20:625-30.
11. Smith CA. A systematic review of healthcare professional-led education for patients with osteoporosis or those at high risk for the disease. *Orthop Nurs.* 2010;29:119-32.
12. Nielsen D, Ryg J, Nielsen W, et coll. Patient education in groups increases knowledge of osteoporosis and adherence to treatment: a two-year randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2010;81:155-60.
13. Warriner AH, Curtis JR. Adherence to osteoporosis treatments: room for improvement. *Curr Opin Rheumatol.* 2009;21:356-62.

Education thérapeutique dans les rhumatismes inflammatoires chroniques

A. PERDRIGER, C. GALLAIS, G. CHALÈS

Service de Rhumatologie CHU de Rennes

Les points forts

- L'éducation thérapeutique dans les rhumatismes inflammatoires chroniques a pour objectif de permettre au malade de mieux vivre avec la maladie et les traitements.
- Les domaines de compétence qui peuvent acquérir le patient ne font pas l'objet d'un consensus, et concernent des domaines variés, de la prévention du handicap à la qualité de vie.
- L'accompagnement de la démarche éducative se fait par une équipe pluridisciplinaire.
- L'évaluation est individuelle, à partir des objectifs initiaux fixés avec le malade

mots-clés

Rhumatismes inflammatoires chroniques
Education thérapeutique

Le rhumatisme inflammatoire chronique est associé aux notions de douleurs et de handicap. De fait, avant la révolution thérapeutique des biothérapies, un malade souffrant d'une polyarthrite avait un risque très élevé de poussées douloureuses inflammatoires conduisant à une dégradation articulaire, à une diminution des capacités fonctionnelles et à une altération de sa qualité de vie. Dans le traitement de ces maladies potentiellement invalidantes, et tout particulièrement de la polyarthrite rhumatoïde (PR), la prise en charge multidisciplinaire s'est imposée, avec pour objectif éduquer le malade pour lui apprendre à protéger ses articulations, et à prévenir le handicap⁽¹⁾.

Dès les années 70, la Suède adopte un modèle de prise en charge éducative globale, la première « école de la polyarthrite ». Au fil du temps et des réformes, les structures éducatives se sont organisées, multipliées, diversifiées. Les écoles de la polyarthrite ont évolué et se sont orientées vers le patient. L'école de la polyarthrite devient éducation thérapeutique, c'est-à-dire une démarche éducative, qui doit permettre au patient d'acquérir et de conserver des compétences, qui l'aident à vivre de manière optimale sa vie avec sa maladie.

Les objectifs de l'éducation tiennent compte des besoins du malade, de sa vie avec la maladie, de sa qualité de vie. L'éducation thérapeutique dans les rhumatismes inflammatoires chroniques se construit, se structure.

Quelle est sa place aujourd'hui dans la prise en charge des RIC, que peut-on en attendre, comment peut-elle évoluer ? Et comment l'évaluer ? Tels sont les enjeux auxquels nous sommes confrontés actuellement.

Du concept d'école de la PR au bilan partagé des besoins

Eviter l'évolution de la dégradation articulaire a toujours été l'objectif majeur du rhumatologue qui prend en charge une PR. A défaut d'avoir des traitements de fond efficaces, il est apparu très tôt qu'il fallait apprendre au malade à protéger ses articulations.

Cette information au malade s'est organisée en « écoles de la PR », dont la plus ancienne en France a été celle de l'école montpelliéraine, suivie par de nomb-

reux centres. Le point commun de ces « écoles de la PR » était une organisation avec équipe pluridisciplinaire, capable de donner au malade une information complète sur sa maladie et sur la prévention des risques liés à la maladie ou aux traitements. Le déroulement des séances, l'organisation, l'équipement technique (comme la présence ou non d'un appartement thérapeutique) pouvaient varier d'un centre à l'autre. L'accent pouvait être mis sur l'information, ou sur la prise en charge thérapeutique. L'information pouvait être collective ou individuelle.

Mais la démarche éducative a remplacé l'information au malade. Sous l'influence de l'expérience acquise en pédagogie dans les autres domaines de la médecine, en particulier le diabète, l'éducation se transforme et se structure. Il ne suffit plus d'apporter au malade des connaissances sur la maladie, il faut lui donner la possibilité d'être un acteur de sa propre prise en charge. Il ne suffit plus de lui parler de sa maladie, il faut lui donner l'envie de comprendre : « apprendre à apprendre » remplace « le savoir savant ».

L'objectif est d'offrir, à un malade donné la possibilité et l'accompagnement pour mieux vivre avec sa maladie ⁽²⁾. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur l'éducation en 2007 vont aider à structurer et à organiser la démarche éducative ⁽³⁾. Cette démarche comprend ainsi quatre étapes. La première étape, essentielle, est celle du diagnostic éducatif. Cet entretien a une place prépondérante dans la démarche éducative : il permet de définir quels sont les besoins spécifiques du malade, en partant de son vécu de la maladie, de ses connaissances (ou croyances). L'entretien est individuel, et doit conduire le malade à exprimer son ressenti de la maladie et ses besoins spécifiques, en utilisant des techniques d'entretien interactif, comme la reformulation. Le diagnostic éducatif conduit à définir les objectifs de la prise en charge du patient. La démarche éducative se structure autour de ces objectifs. L'évaluation des acquis en fonction des objectifs définis initialement fait partie du processus éducatif.

Mais comment définir les besoins des patients ?

Le contexte dans lequel évolue l'éducation thérapeutique dans la PR est très différent de celui dans lequel les premières écoles de la PR sont apparues.

Ces dix dernières années, l'évolution des thérapeutiques dans les rhumatismes inflammatoires chroniques, et dans la polyarthrite rhumatoïde en particulier, a fait des avancées spectaculaires, avec l'arrivée des biothérapies. Il était enfin possible d'envisager de ralentir voire même de stopper la dégradation articulaire ⁽⁴⁾.

Parallèlement, à ces avancées thérapeutiques s'associent de plus grandes exigences, celles du malade sur sa qualité de vie, celles du médecin sur l'efficacité de son traitement. Il existe une stratégie de prise en charge de la maladie, qui doit conduire à une activité clinique de la PR la plus basse possible, voire conduire à une rémission si la PR est traitée suffisamment tôt ⁽⁵⁾. Il faut voir les malades de façon rapprochée, mettre en place des traitements biologiques.

Ces traitements peuvent être perçus par le malade comme une chance ou comme une agression par un patient qui a parfois du mal à faire le deuil de sa vie d'avant la maladie et qui peut être effrayé d'avoir une maladie « si grave » que l'utilisation des traitements biologiques devienne nécessaire.

Les médecins savent ce qui est bon pour les malades. Mais un malade n'est pas toujours convaincu que ce qui est bon pour les autres, l'est également pour lui ⁽⁶⁾.

La démarche éducative tient compte de ces divergences de point de vue, et doit permettre le consensus entre les besoins et les désirs du malade en matière de santé. Pour permettre au malade d'exprimer ses besoins, il faut définir les domaines qui semblent d'importance pour réaliser le diagnostic éducatif. Le choix de ces domaines doit tenir compte, de façon assez globale, de deux paramètres : d'une part, les domaines des compétences qui permettront au malade de mieux connaître sa maladie et ses traitements, de devenir un acteur dans la prise en charge et, d'autre part, un domaine plus personnel, qui concerne la maladie, pour lui permettre de mieux vivre avec sa maladie et d'exprimer des difficultés qui lui sont propres, et apprendre à faire face.

Aujourd'hui, tous les domaines de compétences qui peuvent être offerts à un patient ne font pas l'objet d'un consensus, chaque centre va proposer ses différents thèmes qui pourront être abordés pour le diagnostic éducatif. Certains domaines de compétences sont reconnus, par l'ensemble des médecins, comme très importants, tout au moins pour les patients souffrant d'une PR.

Quels peuvent être les domaines de compétences d'un patient qui souffre d'une PR ?

Les domaines de compétences possibles sont nombreux. Ils peuvent concerner les connaissances sur la maladie et les traitements. Le besoin de comprendre est souvent la principale demande du malade, qui a du mal à s'y retrouver dans les différents traitements qui lui sont présentés.

L'utilisation des traitements en sous cutané, biologiques, comme l'adalimumab ou l'étanercept voire le méthotrexate

injectable, avec une meilleure biodisponibilité, nécessite également une formation spécifique. Pour un patient, réaliser ses injections lui permet de se libérer de l'attente d'une tierce personne pour son traitement, mais peut être une source d'inquiétude dans le choix de faire ou non l'injection.

Les compétences concernent spécifiquement les risques des traitements biologiques, et la façon de les éviter ou de les traiter précocement. Les connaissances sur les risques potentiels de ces traitements et la possibilité d'interrompre transitoirement la biothérapie sont importantes dans un contexte d'infection, voire un petit geste chirurgical, comme une extraction dentaire. Le bilan éducatif peut parfois mettre en évidence l'impossibilité, pour un patient trop angoissé, de prendre en charge son traitement. Dans ce cas, la réalisation d'un traitement par perfusion ou l'aide d'une infirmière à domicile peut être décidée, d'un commun accord entre le patient et le soignant⁽⁷⁾.

Les compétences du patient sur l'économie articulaire, sur la prévention de la dégradation des articulations restent également une priorité. Même si le traitement précoce peut limiter l'apparition des déformations, l'inflammation articulaire, et les douleurs inflammatoires qu'elles entraînent, ou les séquelles articulaires ou musculaires de cette inflammation, nécessitent l'aide et les conseils d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, d'un médecin de rééducation fonctionnelle. De nombreux programmes ont inclus l'apprentissage d'auto-exercices ou d'activités physiques plus ou moins intenses à réaliser chez soi⁽⁸⁾. Une intervention chirurgicale peut être préparée en amont, en expliquant le geste.

Enfin, la compétence peut-être du domaine plus personnel, pour accompagner un patient dans l'adaptation de sa vie avec une maladie plus ou moins envahissante : adapter sa vie familiale, sa vie professionnelle, ses loisirs.

L'acquisition de la compétence doit être un objectif réalisable pour le malade. Le moyen d'acquérir cette compétence, le déroulement des séances restent du domaine de l'organisation propre à chaque structure, avec ses moyens, son équipe pluridisciplinaire.

Le déroulement et la réalisation des séances demeurent très variables d'une structure à l'autre. Seul, l'objectif d'acquisition d'une compétence peut être commun. Mais si la démarche éducative est orientée vers le patient, quels peuvent être les moyens de l'évaluation ? Et que sait-on actuellement de l'impact d'une démarche éducative pour le malade et pour l'évolution de sa maladie ?

Comment peut-on évaluer l'efficacité de l'éducation thérapeutique ?

Dans le cadre du rhumatisme inflammatoire chronique, l'objectif du traitement médical est simple : il suffit de contrôler l'activité clinique de la maladie, et la progression radiologique. Dans le cadre d'une démarche éducative, l'évaluation est également simple : il suffit de déterminer, lors d'une séance d'entretien avec le patient, si le ou les objectifs fixés lors du diagnostic éducatif sont ou non atteints.

Mais, quelle est la place de l'éducation thérapeutique dans le contrôle de l'activité clinique de la maladie.

Il faut reconnaître que l'évaluation de l'impact des démarches éducatives sur les rhumatismes inflammatoires chroniques reste, aujourd'hui, difficile à évaluer. L'évaluation de l'acquisition d'une compétence nécessite l'utilisation de critères communs pour définir la compétence et des outils validés pour définir si elle est ou non acquise.

Aujourd'hui, les compétences ne sont pas définies, et les outils sont nombreux, aucun n'est actuellement validé, tout au moins en France. Les évaluations publiées, surtout sur le moyen ou long terme ont le plus souvent analysé l'efficacité de séances éducatives, ou d'école de la polyarthrite qui ne répondaient pas toujours aux exigences actuelles de l'éducation thérapeutique. Et les résultats ne sont pas toujours concordants. La majorité des travaux montrent que l'intervention d'une équipe multidisciplinaire s'accompagne d'un degré de satisfaction élevé de la part du patient. La persistance des connaissances acquises sur le long terme a également été démontrée⁽⁹⁾. L'influence de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie est faible lorsqu'elle est étudiée par les questionnaires validés, mais elle apparaît dans les nombreux questionnaires de satisfaction qui ont été publiés. L'impact de l'éducation sur les paramètres d'activité de la maladie est encore plus controversé⁽⁹⁾. Les résultats ne sont pas toujours probants.

Mais l'éducation thérapeutique n'a probablement pas vocation à modifier le cours d'une maladie chronique, ni à se substituer au traitement médical.

En fait, les deux hypothèses de travail actuel sont le rôle de l'éducation thérapeutique sur l'observance, et donc sur un plus grand contrôle de la maladie. L'autre hypothèse pourrait être la diminution des complications iatrogènes. La démonstration de la place d'une démarche éducative dans ces deux domaines mérite certainement d'être analysée avec attention.

Conclusion

L'éducation thérapeutique correspond à un besoin : celui du malade, qui malgré ou à cause de la multiplicité des sources d'information, a souvent besoin, d'un entretien pour exprimer ou confronter ses craintes et ses croyances ; besoin des médecins, qui ont la volonté d'impliquer le patient dans la prise en charge, pour faciliter le contrôle de l'activité du rhumatisme.

Mais l'éducation a besoin de se structurer encore davantage, dans la définition des compétences-patients, dans l'évaluation de ses objectifs, et dans le financement de ses actions. Si la place de l'éducation thérapeutique dans la polyarthrite rhumatoïde n'est plus à démontrer, son rôle dans l'évolution de la pathologie reste à définir. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. Callahan LF, Pincus T. Education, self-care, and outcomes of rheumatic diseases: further challenges to the "biomedical model" paradigm. *Arthritis Care Res* 1997;10:283-8.
2. Fautrel B, Pham T, Gossec L, Combe B, Flipo RM, Goupille P et al. Role and modalities of information and education in the management of patients with rheumatoid arthritis: development of recommendations for clinical practice based on published evidence and expert opinion. *Joint Bone Spine* 2005;72:163-170.
3. Haute autorité de santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques, analyse économique et organisationnelle. 2007. www.has-santé.fr
4. Tanaka E, Mannalithara A, Inoue E, Hara M, Tomatsu T, Kamatani N, Singh G, Yamanaka H Efficient management of rheumatoid arthritis significantly reduces long-term functional disability. *Ann Rheum Dis* 2008;67:1153-8.
5. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, Combe B, Cutolo M, de Wit M, Dougados M, Emery P, Gibofsky A, Gomez-Reino JJ, Haraoui B, Kalden J, Keystone EC, Kvien TK, McInnes I, Martin-Mola E, Montecucco C, Schoels M, van der Heijde D; T2T Expert Committee. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2010;69:631-7.
6. Barton JL. Patient preferences and satisfaction in the treatment of rheumatoid arthritis with biologic therapy. *Patient Prefer Adherence* 2009 ;3:335-44.
7. Stockl KM, Shin JS, Lew HC, Zakharyan A, Harada AS, Solow BK, Curtis BS. Outcomes of a rheumatoid arthritis disease therapy management program focusing on medication adherence. *J Manag Care Pharm* 2010;16:593-604.
8. Mayoux-Benhamou A, Giraudet-Le Quintrec JS, Ravaud P, Champion K, Dernis E, Zerkak D, Roy C, Kahan A, Revel M, Dougados M. Influence of patient education on exercise compliance in rheumatoid arthritis: a prospective 12-month randomized controlled trial. *J Rheumatol* 2008;35:216-23.
9. Abourazzak F, El Mansouri L, Huchet D, Lozac'hmeur R, Hajjaj-Hassouni N, Ingels A, Chalès G, Perdriger A. Long-term effects of therapeutic education for patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* 2009;76:648-53.
10. Masiero S, Boniolo A, Wassermann L, Machiedo H, Volante D, Punzi L. Effects of an educational-behavioral joint protection program on people with moderate to severe rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Clin Rheumatol* 2007;26:2043-50.

Education thérapeutique : cadre réglementaire

LAURENT GRANGE

Clinique universitaire de Rhumatologie, hôpital sud CHU Grenoble

▶▶▶▶ Que retenir

- L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la prise en charge médicale des pathologies chroniques dans le champ de la Rhumatologie.
- Pour pouvoir fonctionner, un programme d'éducation thérapeutique doit respecter un certain nombre de conditions et ainsi être autorisé par les ARS (Agence Régionale de Santé), autorisation qui ne vaut pas financement.

mots-clés

Législation,
Education thérapeutique patient,
Loi HPST,
ARS,
Autorisation des programmes

Introduction

Le concept d'éducation thérapeutique du patient (ETP) est apparu il y a plus d'une vingtaine d'années, d'abord en Suisse puis en France et en Belgique. Différents textes ont posé les fondations de l'ETP depuis dix ans. Parmi les plus significatives paraît en 1998 le rapport de l'OMS⁽¹⁾ Europe : « Therapeutic Patient Education ». Par la suite, la mise en place d'un cadre réglementaire et législatif en France dans l'éducation thérapeutique s'est opérée progressivement dans la deuxième partie de la première décennie du 21^{ème} siècle. La Haute Autorité de Santé et l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé publient un guide méthodologique en juin 2007 qui définit ce qu'est l'ETP (Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques)⁽²⁾.

La loi HPST⁽⁴⁾ (Hôpital Patient Santé Territoires) de juillet 2009 a mis alors un cadre réglementaire à ce concept et a précisé la nécessité de valider et d'autoriser les programmes d'éducation thérapeutique existant mais aussi à venir. Il faut signaler que c'est la première fois en Europe politique que l'ETP est inscrite dans un code de santé publique. Par la suite, un an plus tard, les premiers décrets d'application de cette loi^(5,6) ont permis d'éclairer les modalités pratiques de déclaration aux Agences Régionales de Santé (ARS) et les conditions pour obtenir une autorisation de programme d'ETP.

L'HAS définit l'éducation thérapeutique du patient (ETP)⁽³⁾

▶▶▶▶

C'est quoi ?

L'éducation thérapeutique du patient concerne les actions d'éducation liées aux traitements curatifs ou préventifs d'une pathologie chronique et repose pleinement sur le ou les "soignants", dont l'activité d'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la définition de la fonction de soignant. Il s'agit d'un processus

éducatif continu, **intégré dans les soins** (dans le cadre d'un **plan de soins coordonnés**) et **centré sur le patient**. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins. L'ETP concerne au premier chef le patient, certes, mais également son entourage (les parents d'enfants porteurs d'affection chronique, les proches, le tiers de confiance...). Ainsi le malade et son entourage, comprenant mieux la maladie, coopèrent avec les soignants et la qualité de vie s'en trouve maintenue sinon améliorée. Le malade acquiert et maintient les ressources nécessaires pour organiser au mieux sa vie avec la maladie.

▶▶▶▶
Comment ?

Un programme d'ETP doit pouvoir respecter le principe des quatre étapes (**Figure 1**) : Le diagnostic éducatif en entretien individuel, l'organisation d'un programme personnalisé, sa planification et sa mise en œuvre puis le déroulement du programme et enfin l'évaluation des compétences acquises. Une communication doit se faire entre les différents professionnels de santé s'occupant du patient, avec notamment la transmission d'une synthèse du diagnostic éducatif.

▶▶▶▶
Par qui ?

Tout professionnel de santé (selon la liste du Code de la santé publique) impliqué dans la prise en charge d'un patient ayant une maladie chronique peut faire de l'ETP lui-même. Il doit informer le patient de la possibilité de bénéficier d'une ETP et doit la lui proposer en lui décrivant les ressources locales. Une équipe multi-professionnelle intégrant aussi idéalement le Rhumatologue traitant et le médecin généraliste doit être au cœur du dispositif éducatif. L'ETP ne s'improvise pas : une formation minimale est nécessaire pour faire de l'éducation (40h ; formation OMS niveau 1 ou plus).

La loi HPST définit le cadre réglementaire de l'ETP en France⁽⁴⁾

Elle introduit dans le Code de la Santé Publique (CSP) par la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires » (Art. L. 1161-1 à L. 1161-4), pour la première fois en Europe, la conception moderne d'éducation thérapeutique (ETP). Elle définit l'ETP comme un

processus ayant pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie (art. L. 1161-1 de CSP).

Par ailleurs elle précise que le patient peut refuser d'adhérer à un programme d'ETP et ceci sans conséquences pour lui. Les programmes d'ETP doivent être conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ils sont mis en œuvre au niveau local après autorisation des ARS. (Art. L. 11612), qui coordonnent d'ailleurs l'offre territoriale. L'ETP est proposée au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé (art. L. 1161-2) en accord avec les préconisations de l'HAS (cf. ci dessus).

D'après la loi HPST l'éducation thérapeutique comporte en fait :

- les programmes d'éducation thérapeutique proprement dit comme définis par l'HAS (cf. ci-dessous) ;
 - les actions d'accompagnement qui ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie (art. L.1161-3) ;
 - les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant (art. L.1161-5) ;
- Les programmes d'éducation thérapeutique existants doivent être autorisés à partir du 1er janvier 2011 (cf. ci-dessous). Enfin la loi HPST affirme que les entreprises exploitant un médicament, un Dispositif Médical ou un DMDIV (dispositifs médicaux de diagnostic in vitro) ne doivent avoir aucun contact avec le malade ou son entourage (art. L.1161-1). Elles ne

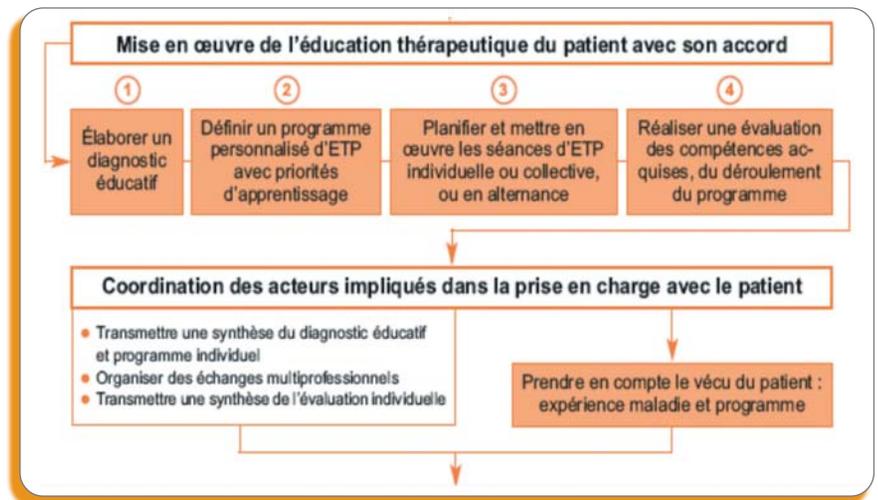


Figure 1 : Principe d'un programme d'ETP selon l'HAS⁽⁵⁾

peuvent ni élaborer ni mettre en œuvre des programmes d'éducation en direct. Par contre ces actions peuvent être financées par ces industriels (art. L. 1161-4 et L. 1161-5).

Dispositions pénales :

Selon l'article Article L1162-1 Créé par la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 84, est puni de 30000 € d'amende le fait de mettre en œuvre un programme sans une autorisation prévue aux articles L. 1161-2 et L. 1161-5.

Le décret no 2010-904⁽⁵⁾ et arrêtés relatifs aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, et le décret n°2010-9066 et arrêtés relatifs aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient du 2 août 2010

Ce décret précise la teneur des dossiers de demande d'autorisation à l'ARS en respectant la déclaration d'un certain nombre d'items, notamment les Effectifs et qualification des personnels, les Objectifs du programme, la Population concernée par le programme, et les Sources de financements.

Par exemple le décret précise que pour que le programme d'ETP soit autorisé par les ARS, il faut au niveau :

> Des Effectifs et qualification :

- que le programme soit coordonné par un médecin ou un professionnel de santé ou un représentant de patient
- que le programme ait prévu un échange entre les intervenants et l'extérieur et en particulier le médecin traitant informé (Compte-rendu)
- que le programme comporte deux professionnels de santé au moins:
 - dont un médecin si pas le coordonnateur
 - de professions différentes
 - dont au moins un justifie de compétences en ETP ou d'une expérience rapportée par écrit d'au moins deux ans.

> Du ou des Objectif(s) du programme

- que les objectifs soit définis
- que les critères d'efficacité (qualité de vie, autonomie, critères psycho sociaux etc..) soient précisés
- que les objectifs éducatifs soient partagés et que le programme d'ETP soit personnalisé.

> De la confidentialité, traçabilité, déontologie

- qu'il existe un dossier d'ETP (papier ou électronique)
- que le consentement d'accepter le programme d'ETP du patient soit prévu,
- qu'il existe un accord pour la transmission des infos (ex : déclaration à la CNIL)

- qu'il existe un engagement de confidentialité et de déontologie des intervenants.

> De l'acquisition des compétences de l'éducateur

- Il doit pouvoir prouver avoir bénéficié d'une formation initiale ou d'une formation continue d'une durée minimale de 40 heures (certificat ou diplôme) ; formations qui peuvent être partagées au sein d'une équipe pluridisciplinaire.
- Ces formations doivent apporter à l'éducateur d'ETP, 15 compétences, regroupées en 7 compétences génériques et associées à 4 domaines (compétences relationnelles, compétences pédagogiques et d'animation, compétences méthodologiques et organisationnelles, compétences biomédicales et de soins).

Les ARS devaient répondre début 2011 dans les 2 mois après dépôt du dossier et l'autorisation était accordée pour 4 ans sous réserve que le programme démarre dans les 12 mois et qu'il soit sans interruption de plus 6 mois. Un retrait de l'accord est possible, si les conditions ne sont pas remplies.

Tout changement dans le programme initialement déposé doit engendrer le dépôt d'un nouveau dossier pour autorisation. Les responsables de programme doivent rendre obligatoirement un rapport annuel d'activité et un rapport quadriennal sur l'évaluation de leur programme.

Enfin toute autorisation d'un programme d'ETP ne vaut pas financement.

La déclaration des programme d'ETP en France

Depuis le 1^{er} janvier 2011 tout nouveau programme doit être déclaré aux ARS et ce n'importe quand durant l'année. Elles doivent alors répondre avec un délai de 3 mois (la non réponse vaut acceptation).

Conclusion

La France a su mettre en avant et poser les bases législatives de l'éducation thérapeutique notamment en terme de définition concept et modalités pratiques. Le monde de la Rhumatologie a su prendre le virage de ce nouveau type de relation avec le malade souvent même avant le vote des textes de loi. La Société Française de Rhumatologie est une des premières sociétés savantes en France à avoir intégré dans sa structure même une section ETP qui a pour vocation de développer l'ETP pour les patients porteurs de pathologies

rhumatismales, de définir les guidelines de l'ETP maladie par maladie (RIC, ostéoporose par exemple actuellement), de créer des outils collaboratifs d'ETP ou d'information pour le patient. Un DU de formation d'ETP dédié à la Rhumatologie est proposé depuis trois ans*.

En parallèle des formations courtes de niveau 1 existent pour l'ETP dans les RIC (« apprivoiser » ou le programme « éduisante » sponsorisée respectivement par le laboratoire MSD-Schering Plough et le laboratoire Pfizer).

L'enjeu de la pérennisation de ce mouvement fort de création de programmes d'ETP qui se développe et se renforce en

France est bien sur le financement qui pour l'instant reste lettre morte. Le financement est d'ailleurs préconisé par le rapport du haut Conseil de la Santé Publique publié en novembre 2009⁽⁷⁾. Nos hommes politiques auront-ils le courage d'aller au bout de cette logique d'installation de l'éducation thérapeutique en assurant son financement dans un contexte économique défavorable ? Seul l'avenir nous le dira. ■

Conflits d'intérêts : L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Rapport OMS Europe : "Therapeutic Patient Education", mai 1998.
2. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Septembre 2008 (M. C. SAOUT, Pdt du Collectif inter associatif sur la santé. Pr B. CHARBONNEL Chef de la Clinique d'Endocrinologie Hôtel Dieu Nantes. Pr D. BERTRAND Service de Santé Publique Hôpital Fernand Widal).
3. Guide Méthodologique Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques HAS-INPES juin 2007.
4. la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires » (Art. L. 1161-1 à L. 1161-4)
5. Décret no 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.
6. Décret no 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
7. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours rapport du haut Conseil de sante publique Novembre 2009.

*contact docteur Beauvais hôpital Saint Antoine Paris

La plaque professionnelle du rhumatologue

JULIETTE LASOUDRIS-LALOUX - Rhumatologue, 91600 Savigny sur Orge

La plaque professionnelle du médecin est soumise à la législation ordinaire selon les termes de l'article R.4127-81 du code de la santé publique.

Article R.4127-81 du code de la Santé Publique

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice sont ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultations, situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie, diplômes, titres et qualifications reconnus.

Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet ; lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue. Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession.

Lorsque le médecin n'est pas titulaire d'un diplôme, certificat ou titre mentionné au 1° de l'article L.4131-1 du code de la santé publique (ancien article L.356-2), il est tenu, dans tous les cas où il fait état de son titre ou de sa qualité de médecin, de faire figurer le lieu et l'établissement universitaire où il a obtenu le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer la médecine.

- 1- Arthroscopie (DIU) : Aix-Marseille, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy, Nice, Paris V et VII, Rennes, Strasbourg, Toulouse et Tours.
- 2- Attestation de réparation juridique du dommage corporel (option médecine) : Rennes.
- 3- Attestation d'Université de réparation juridique du dommage corporel : Aix-Marseille.
- 4- Echographie Générale (DIU) : Angers, Amiens, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris V, VI, VII, XI, XII et XIII, Poitiers, Rennes, Rouen, Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse et Tours.
- 5- Médecine Manuelle-Ostéopathie (DIU) : Aix-Marseille, Bobigny-Paris XIII, Bordeaux, Caen, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Paris V, Paris VI (+ DU - superposable au DIU actuel), Reims (+ DU - superposable au DIU actuel), Rennes (+ DU - superposable au DIU actuel), Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse et Tours.
- 6- Médecine manuelle orthopédique. Ostéopathie (DIU) : Aix-Marseille, Bordeaux, Dijon, Grenoble, Lille, Lyon, Paris VI et VIII, Reims, Rennes, Rouen, Saint-Etienne et Strasbourg.
- 7- Mésothérapie (D.I.U.) : Bordeaux II, Clermont-Ferrand, Dijon, Marseille, Paris VI et Rennes.
- 8- Podologie (DIU) : Paris V, VI.
- 9- Appareillage (DIU) : Angers, Bordeaux, Limoges.
- 10- Certificat d'études relatives à la podologie : Paris, René Descartes.
- 11- Certificat d'Université de podologie : Montpellier.
- 12- Diplôme Universitaire de podologie : Lille, Nancy et Paris V.
- 13- Etudes approfondies des polyarthrites et maladies systémiques (DIU) : Lille, Montpellier, Paris Sud et Strasbourg - (intitulé adopté par le CN au lieu de « Rhumatismes inflammatoires et maladies systémiques »).
- 14- Explorations Fonctionnelles Neuro-Musculaires (Attestation d'Etudes d'...).
- 15- Médecine orthopédique et thérapeutiques manuelles (Attestation d'Etudes en ... et le DU).
- 16- Ostéodensitométrie (attestant d'une formation).
- 17- Thérapeutiques Manuelles Appliquées au Rachis et Articulations Périphériques (DU).
- 18- Thérapeutique Manuelle et Médecine Physique (Attestation d'Etudes).
- 19- Vertébrothérapie et Médecine Manuelle (Attestation d'Etudes Universitaires) : Lyon.

Tableau 1 : Extrait de la liste des DU ou DIU reconnus par le CNOM.

Cette plaque doit être discrète et ne pas apparaître publicitaire. Elle doit mesurer au maximum 30x25 cm. Outre son nom, sa spécialité, son statut conventionnel et son numéro de téléphone, la plaque du médecin rhumatologue ne peut mentionner que les diplômes, titres ou qualifications reconnus par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

Le CNOM a dressé une liste limitative des qualifications, titres et appellations qui sont autorisés, à savoir, en règle générale, les D.E.S.C. (diplôme national d'études spécialisées complémentaires), les certificats de capacité et les titres hospitaliers et universitaires. En revanche, seuls certains DU ou DIU reconnus par le CNOM peuvent être mentionnés sur la plaque (cf Tableau 1).

Leur liste complète est consultable sur le site Internet du CNOM (<http://www.conseil-national.medecin.fr>).

Les mentions honorifiques (Lauréat de l'Académie Nationale de Médecine, Lauréat de la Faculté), ainsi que les sociétés savantes pour les médecins qui sont déjà qualifiés dans la discipline et membres titulaires de Société savante (Société Française de Rhumatologie) peuvent être notifiées sur la plaque. Il est également possible d'y faire figurer des informations destinées à faciliter la compréhension des patients telles que « maladies des os et des articulations ».

La mention « médecine thermique » est réservée aux rhumatologues titulaires de la Capacité d'Hydrologie et Climatologie Médicale.

Le terme « Imagerie Médicale » est réservé aux seuls électro-radiologistes. L'appareillage (radiographie, IRM....) utilisé par le médecin ne peut être annoté sur la plaque. Un rhumatologue ne peut donc y inscrire les mentions « Imagerie Médicale » ou « radiographies osseuses et articulaires », même s'il dispose d'un plateau technique lui permettant la réalisation de radiographies ou d'actes sous contrôle scopique.

Une qualification ne peut être mentionnée que si elle a été officiellement reconnue. Le médecin contrevenant objet d'une plainte peut être ainsi sanctionné. L'Article 433-17 du code pénal punit l'usurpation de titres. L'usage, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique est puni d'1 an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. Afin d'éviter tout risque de contestation, il peut être utile de soumettre les intitulés de la plaque à l'avis du CNOM qui vérifiera leur régularité. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1 Code de la santé publique. Version consolidée du 14 septembre 2009 <http://www.legifrance.gouv.fr>

2 Conseil national de l'ordre des médecins <http://www.conseil-national.medecin.fr>

3 Le médecin libéral et l'organisation de son cabinet : Questions-réponses, conseils pratiques simples. Patrice Marie, Bernard Puymoyen. Éditions scientifiques L & C.

Bulletin d'abonnement

Je m'abonne pour un an, soit 10 numéros et hors-série

▶ Déductible de vos frais professionnels

Médecin	<input type="checkbox"/> 1 an : 60 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 90 €
Institution	<input type="checkbox"/> 1 an : 90 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 160 €
Interne/Étudiant (joindre un justificatif)	<input type="checkbox"/> 1 an : 40 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 60 €
Etranger (Dom-Tom inclus)	<input type="checkbox"/> 1 an : 70 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 130 €

Nom : Prénom :

Adresse :

Email :

Règlement : Chèque à l'ordre de JBH Santé
 Carte bancaire (VISA exclusivement)

N° : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d'expiration : | | | | | | Cryptogramme : | | | | |

Signature :

Réflexions Rhumatologiques



Créditez votre FMC : Abonnez-vous

En application de l'arrêté de juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la FMC, un abonnement à un périodique médical répondant aux critères de qualité définis par les CNFMC donne droit à 4 crédits FMC/an, dans la limite de 40 crédits sur 5 ans.

Le critère retenu pour marquer la démarche volontaire du médecin est le paiement d'un abonnement. Cet abonnement doit être prouvé par une facture.

Bulletin à retourner à :
 JBH Santé,
 53, Rue de Turbigo - 75003 PARIS
 Une facture justificative vous sera adressée

Le poids moléculaire de l'acide hyaluronique influe-t-il sur l'efficacité de la visco-supplémentation : Résultats d'un essai randomisé

RAPHAËLE SEROR - Service Rhumatologique, Hôpital Bicêtre, Kremlin-Bicêtre

Chez les patients atteints d'arthrose, la concentration et le poids moléculaire de l'acide hyaluronique intra articulaire diminue. De nombreux essais ont donc été conduits afin d'évaluer l'efficacité de la visco-supplémentation chez les patients atteints d'arthrose des membres inférieurs. Les études portant sur l'effet des acides hyaluroniques dans la gonarthrose ont fait l'objet de plusieurs méta-analyses⁽¹⁻⁷⁾. Les résultats de ces différentes méta-analyses sont toutefois discordants dépendant des études incluses et de leur qualité méthodologique.

Ainsi l'efficacité potentielle des AH par rapport au placebo a été retrouvée dans la plupart des MA sauf deux, et la différence d'efficacité potentielle en fonction du poids moléculaire de l'acide hyaluronique injecté fait toujours l'objet de débats. A cet égard, bien que les résultats de ces études soient discordants, certaines d'entre elles retrouvent un potentiel sur-risque de réaction post infiltration en cas d'utilisation d'un acide hyaluronique de haut poids moléculaire, intégrant dans le débat de l'efficacité de la visco-supplémentation, la balance bénéfices-risques⁽¹⁰⁾. Ainsi, les acides hyaluroniques de bas poids moléculaires sont donc souvent préférés.

Cette étude a donc comparé l'effet d'un acide hyaluronique de poids moléculaire intermédiaire (GO-ON®) à celui d'un

acide hyaluronique de faible poids moléculaire (Hyalgan®).

Il s'agissait d'un essai randomisé contrôlé multicentrique en double aveugle ayant inclus 426 patients ayant une gonarthrose symptomatique de stade radiographique intermédiaire (stade II-III de Kellgren Lawrence). Sur les 217 patients randomisés dans le bras GO-ON® et les 209 randomisés dans le bras Hyalgan®, respectivement 171 et 172 ont reçu les trois injections, à une semaine d'intervalle, prévues au protocole.

Pour maintenir l'aveugle durant l'étude, le médecin réalisant les injections n'était pas celui qui suivait le patient. Les patients étaient en majorité des femmes (63%), d'âge moyen 67 ans et avaient un surpoids modéré (BMI moyen = 28kg/m²). Le niveau de douleur moyen (évaluée sur l'échelle de WOMAC) était de 48mm sur 100. Le critère principal d'efficacité était l'échelle de la douleur du score WOMAC évalué à 6 mois de la dernière injection.

Il s'agissait d'un essai de non-infériorité et la marge de non-infériorité était

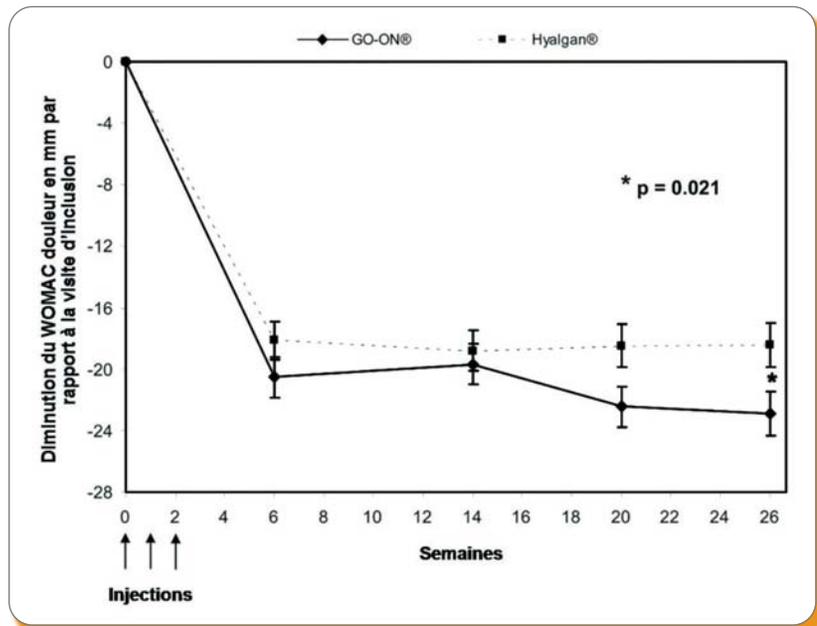


Figure 1 : Diminution du WOMAC douleurs suite aux 3 injections (flèches) de GO-ON® (217 patients, trait plein) et Hyalgan® (209 patients, trait en pointillés)

définie comme une différence de moins de 9 mm (sur une échelle de 0-100mm) entre les 2 bras. Cette différence a été choisie car elle est inférieure à la différence minimale cliniquement perceptible de cette échelle définie à 10mm. En cas de non infériorité une analyse de supériorité avait été prévue.

Dans les 2 groupes les patients se sont notablement améliorés dès le premier mois après les injections et l'amélioration s'est maintenue pendant toute la durée de l'étude (figure 1).

A 6 mois, l'amélioration était plus importante chez les patients ayant reçu le GO-ON® que ceux ayant reçu le Hyalgan® (diminution de l'échelle de douleur du WOMAC 22,9 versus 18,4 mm ; p=0,02). Sur les critères secondaires d'efficacité, l'amélioration observée chez les patients ayant reçu le GO-ON® était significativement supérieure à celle observée dans l'autre bras pour les autres sous-échelles du WOMAC (fonction et raideur). De plus le nombre de patients répondeurs selon les critères de l'OARSI/OMERACT® (défini comme une diminution ≥50% de la douleur de la fonction, ou une amélioration modérée ≥20% de 2 des 3 échelles de fonction,

douleur ou évaluation globale du patient) était significativement plus élevé dans le bras GO-ON® (73 versus 58%, p=0,001), il en était de même pour le nombre de patients ayant atteint le seuil du PASS (niveau de symptôme considéré comme acceptable) (58 vs 43%). Le recours à une prise d'antalgiques (paracétamol) était fréquent (75%) mais identique dans les 2 bras. En ce qui concerne la tolérance, elle était globalement identique pour les 2 traitements. Concernant les réactions locales, incluant douleur locale, épanchement, hématome ou sensation de chaleur, elles ont été observées chez 4 patients ayant reçu GO-ON® et 8 ayant reçu du Hyalgan®, différence qui n'était pas statistiquement significative (p=0.17). Aucune réaction locale sévère post-injection n'a été observée. Ainsi, cette étude à des données de tolérances rassurantes, en particulier concernant les réactions post-injections. Elle n'a toutefois évalué que des AH de poids moléculaires faibles et intermédiaires, et ne répond donc pas à la question des possibles réactions post-injections causées par les acides hyaluroniques de haut poids moléculaires.

En l'absence de bras placebo, cette étude ne peut bien évidemment pas répondre à la question débattue de l'efficacité des acides hyaluroniques en général. Toutefois, les niveaux d'amélioration étaient notables avec les 2 acides hyaluroniques. Ils ont permis d'améliorer plus de 65% des patients et en diminuer, en moyenne, de moitié le niveau de douleur et la gêne fonctionnelle chez plus de 400 patients atteints de gonarthrose symptomatique. La différence entre les 2 bras concernant la diminution du score de la douleur à 6 mois est toutefois modérée (22.9 vs 18,4 mm, soit 4,5mm en moyenne) et ne dépasse pas à l'échelon du groupe le seuil de 10 mm considéré comme cliniquement pertinent. Cependant, on note à l'échelon individuel que cette différence semble pertinente puisque le nombre patients répondeurs selon les critères OARSI ou selon le PASS est significativement plus élevé avec GO-ON®, avec près de 15% de plus de patients améliorés⁽⁹⁾. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. Arrich J, Piribauer F, Mad P, Schmid D, Klaushofer K, Mullner M. Intra-articular hyaluronic acid for the treatment of osteoarthritis of the knee: systematic review and meta-analysis. *Cmaj* 2005;172:1039-43.
2. Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Intraarticular corticosteroid for treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD005328.
3. Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD005321.
4. Lo GH, LaValley M, McAlindon T, Felson DT. Intra-articular hyaluronic acid in treatment of knee osteoarthritis: a meta-analysis. *Jama* 2003;290:3115-21.
5. Modawal A, Ferrer M, Choi HK, Castle JA. Hyaluronic acid injections relieve knee pain. *J Fam Pract* 2005;54:758-67.
6. Wang CT, Lin J, Chang CJ, Lin YT, Hou SM. Therapeutic effects of hyaluronic acid on osteoarthritis of the knee. A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Bone Joint Surg Am* 2004;86-A:538-45.
7. Medina JM, Thomas A, Denegar CR. Knee osteoarthritis: should your patient opt for hyaluronic acid injection? *J Fam Pract* 2006;55:669-75.
8. Pham T, van der Heijde D, Altman RD, Anderson JJ, Bellamy N, Hochberg M, et al. OMERACT-OARSI initiative: Osteoarthritis Research Society International set of responder criteria for osteoarthritis clinical trials revisited. *Osteoarthritis Cartilage* 2004;12:389-99.
9. Berenbaum F, Grifka J, Cazzaniga S, D'Amato M, Giacovelli G, Chevalier X, et al. A randomised, double-blind, controlled trial comparing two intra-articular hyaluronic acid preparations differing by their molecular weight in symptomatic knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis Available on line first*

A propos de l'arthrose et des arthropathies microcristallines

QUESTIONS DE PATRICK SICHÈRE - *Rhumatologue, Hôpital Delafontaine, Saint Denis*
 RÉPONSES DU PROFESSEUR PASCAL RICHELTE - *Hôpital Lariboisière, Rhumatologie*

1. A propos de l'arthrose quels arguments donnez-vous à vos patients pour les convaincre d'avoir une activité physique régulière malgré cette pathologie ?

Pascal Richette : Le premier argument et le plus important est le fait qu'il est bien démontré sur un plan scientifique que la pratique d'une activité physique régulière était à même d'améliorer la fonction et de diminuer la douleur de la gonarthrose. Mais je dirais aussi qu'au-delà de ces effets bénéfiques sur la pathologie des membres inférieurs, il faut insister sur le bénéfice d'une activité physique régulière c'est-à-dire au moins 30 minutes de marche par jour, sur le plan de l'état général et bien sûr cardiovasculaire.

2. Les récepteurs sensibles aux changements barométriques existent-ils au sein des articulations ?

PR : Il existe effectivement des mécanorécepteurs, c'est-à-dire des récepteurs sensibles au stress mécanique qui est appliqué dans les articulations, et ces mécanorécepteurs sont présents à la surface du seul type cellulaire c'est-à-dire les chondrocytes. Ils sont donc capables de renseigner ces cellules sur le stress qui s'applique à sa matrice, et ces cellules en retour vont être capables de se comporter de manière tout à fait anormale, lorsque

ce stress est trop intense par exemple ; ces cellules vont alors sécréter des médiateurs de l'inflammation et des médiateurs de la dégradation qui auront pour conséquence la dégradation de la matrice péri cellulaire.

3. Que penser actuellement des anti arthrosiques à action lente ?

PR : Les données de la Littérature convergent dans le même sens, c'est-à-dire que ces molécules ont une efficacité versus placebo, qui est modeste. Cela étant, cette modestie d'efficacité ne doit pas se traduire par des prises de position trop tranchées, et il faut bien avoir à l'esprit le fait que la majorité des traitements médicamenteux ont une efficacité modeste dans la pathologie arthrosique, et c'est en particulier le cas du Paracétamol qui est, je vous le rappelle recommandé comme traitement de première ligne par les sociétés savantes. A cela s'ajoute le fait qu'il n'y a rien de pire à mon sens que de dire à un patient qu'il n'existe pas de traitement capable de soulager sa douleur ou sa plainte, et c'est la raison pour laquelle, dans la pathologie arthrosique, c'est l'addition de moyens thérapeutiques d'efficacité modeste qui concoure à améliorer significativement à l'échelon individuel la prise en charge des patients.

4. A ce propos, que pouvez-vous ajouter à ces Recommandations de l'Eular donnant priorité à la prescription de 4g de Paracétamol par jour ?

PR : Je pense que le Paracétamol à posologie recommandée est très peu efficace dans la pathologie arthrosique, car on sait que son effect size est au alentour de 0.15 ce qui signifie qu'à l'échelon individuel, son effet antalgique est difficilement perçu. A cela s'ajoute des données plus récentes qui suggèrent une augmentation du risque cardiovasculaire mais aussi digestif avec ce traitement, qu'il faut donc manier avec précaution, c'est-à-dire en proposant des cures courtes, s'il est utilisé.

5. Partagez-vous l'idée de certains auteurs qui considèrent que traiter la douleur, et donc la soulager, traite aussi l'arthrose ?

PR : Traiter la douleur c'est bien sûr traiter l'arthrose, car c'est la principale plainte clinique des patients souffrant de cette pathologie. En revanche, le point le plus important mais aussi le plus difficile cliniquement est d'essayer d'identifier quelle est la structure tissulaire à l'origine de la douleur chez un patient par exemple qui a une gonarthrose, car ce peut être une souffrance méniscale, synoviale, mais aussi et surtout de l'os sous chondral. Cette

douleur d'ailleurs témoigne d'un processus structural dégradatif en cours, car il a bien été démontré qu'une des variables les plus associées à la progression structurale notamment au genou est la présence d'une douleur.

6. Où en est-on de l'indication des bisphosphonates dans le traitement de l'arthrose ?

PR : Deux études ont été conduites avec le RISEDRODATE, sur la structure, et n'ont pas démontré d'efficacité versus placebo dans la gonarthrose.

7. Quid des biothérapies ?

PR : C'est l'avenir des traitements dans cette maladie, si l'on considère comme étant une biothérapie une thérapeutique qui a pour objectif de cibler des protéines par exemple dont on sait qu'elles sont impliquées dans la physiopathologie de la maladie. On sait que les inhibiteurs de l'IL1, sont a priori peu efficaces pour soulager la douleur des patients ayant une gonarthrose, lorsqu'ils sont injectés localement ou par voie systémique, mais cela nécessite d'être précisé probablement par d'autres études. Concernant les autres biothérapies, il faudra attendre quelques années pour avoir les résultats des études en cours.

8. Quelles sont les conséquences thérapeutiques du lien entre arthrose et obésité ?

PR : Les conséquences thérapeutiques d'avoir montré un lien entre perte de poids massive et gonarthrose sont simples. Si un patient souffre de ses genoux parce qu'il a une gonarthrose et qu'il a par ailleurs une obésité sévère (IMC sup à 35 kg/m²), il faut d'abord proposer une chirurgie bariatrique, avant de réfléchir à un geste prothétique pour ses genoux.

9. Échographie ? Radiographie ? IRM ? Quelle imagerie conseillez-vous dans le dépistage d'une arthrose ?

PR : Restons simples, le diagnostic d'une gonarthrose se fait à l'aide d'une radiographie standard, et ni l'IRM ni l'échographie n'ont d'intérêt dans la pratique de tous les jours, car jusqu'à preuve du contraire, leurs résultats n'influent pas sur la thérapeutique de ces patients.

10. Quels sont actuellement les liens reconnus entre le diabète et l'arthrose ?

PR : Le niveau de preuve est faible, mais certaines études suggèrent effectivement que le diabète, seul ou dans le cadre d'un syndrome métabolique, pourrait être un facteur de risque d'arthrose

11. Où en est-on des greffes de synoviocytes, chondrocytes ?

PR : Je crois qu'il n'y a rien de très récent avec les greffes de chondrocytes. Il faut insister que ce n'est pas un traitement de la pathologie arthrosique, mais que ce type de thérapeutiques s'adresse plutôt au traitement des défauts cartilagineux, post traumatiques par exemple mais dont on ne sait toujours pas avec précision s'ils évolueront vers des lésions arthrosiques ou non. A cela s'ajoute le fait que ces traitements sont coûteux, et qu'ils ne sont pas exemptés d'effet secondaire à long terme.

12. Quels sont les travaux en cours qui semblent prometteurs à propos de l'arthrose ?

PR : Je pense que tout le travail fait depuis une dizaine d'années en imagerie et notamment en IRM, ayant bien mis en évidence que l'arthrose n'était pas une seule pathologie du cartilage sont extrêmement importants car ils nous ont fait comprendre le fait que la douleur, très fréquemment, venait d'anomalie dans l'os sous chondral, ce qui ajoute à la complexité de cette maladie. En effet, la grande difficulté des thérapeutiques à venir, sera d'avoir un effet à la fois sur le cartilage mais aussi sur l'antalgie sous peine de se heurter à une observance extrêmement faible, à moins que l'on s'achemine vers des bi ou des trithérapies dans cette maladie.

13. Quel est le bilan sanguin à faire pour confirmer le diagnostic, en particulier comme HLA ?

PR : Le bilan sanguin à faire pour confirmer le diagnostic d'hémochromatose est simple, il suffit de faire un bilan martial, et en l'absence de pathologie hépatique, et en l'absence de syndrome inflammatoire, l'élévation du coefficient de saturation de la transferrine au-delà de 45% témoigne d'une surcharge en fer. La ferritinémie permet ensuite d'évaluer l'importance de cette surcharge, et on considère qu'au-delà de 1000 cette surcharge est importante. Et finalement, le test génétique recherchant une homozygotie C282Y, permettra de rattacher ou non cette hémochromatose à une hémochromatose génétique de type HFE1, qui est la plus fréquente en Europe du Nord.

14. Quelle est la fréquence de l'hémochromatose en Rhumatologie ?

PR : A vrai dire on ne la sait pas, on peut l'estimer, en sachant qu'il y a environ 200-400 000 patients ayant une homozygotie C282Y en France, et que la prévalence chez ces patients des signes rhumatologiques est d'environ 10%, ce qui fait environ 20-40 000 patients.

15. Dans l'hémochromatose primitive aux conséquences articulaires, que préconisez-vous en dehors des saignées ?

PR : Le traitement est relativement simple, puisque le traitement des arthropathies hémochromatosiques est celui d'une arthrose primitive, prenant en compte néanmoins la fréquence relative

ment élevée de dépôts calciques, c'est-à-dire d'une chondrocalcinose, qui est présente chez environ 30% des patients ayant une arthropathie hémochromatosique. ■

Conflits d'intérêts : aucun

Bulletin d'abonnement

Je m'abonne pour un an, soit 10 numéros et hors-série

▶ Déductible de vos frais professionnels

Médecin	<input type="checkbox"/> 1 an : 60 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 90 €
Institution	<input type="checkbox"/> 1 an : 90 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 160 €
Interne/Étudiant (joindre un justificatif)	<input type="checkbox"/> 1 an : 40 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 60 €
Etranger (Dom-Tom inclus)	<input type="checkbox"/> 1 an : 70 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 130 €

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Email :

Règlement : Chèque à l'ordre de JBH Santé
 Carte bancaire (VISA exclusivement)

N° : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d'expiration : | | | | | Cryptogramme : | | | | |

Signature :

Réflexions Rhumatologiques



Créditez votre FMC : Abonnez-vous

En application de l'arrêté de juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la FMC, un abonnement à un périodique médical répondant aux critères de qualité définis par les CNFMC donne droit à 4 crédits FMC/an, dans la limite de 40 crédits sur 5 ans.

Le critère retenu pour marquer la démarche volontaire du médecin est le paiement d'un abonnement. Cet abonnement doit être prouvé par une facture.

Bulletin à retourner à :
JBH Santé,
53, Rue de Turbigo - 75003 PARIS
Une facture justificative vous sera adressée

Félix Meynet : un savoyard heureux !

PATRICK SICHÈRE - Rhumatologue, Paris

Fanfoué, François en savoyard, est un héros d'un âge certain peut-être, mais qui sait comment attirer à lui de jeunes femmes accortes. Le paysage enchanteur de Savoie doit aussi contribuer à cette ambiance de séduction menée de main de maître par Félix Meynet.

> **Patrick Sichère :** *Mais qui est vraiment Fanfoué ?*

Félix Meynet : *Fanfoué est une création que j'avais envie de faire. Mon Père était « col rouge » à la salle des ventes de Drouot et nous habitions dans le 9ème arrondissement à Paris. Mais dès que possible, nous partions séjourner en Haute-Savoie, berceau familial. Et dans ce paradis montagnard, je croisais des petits vieux à l'allure rustique certes, mais qui savaient charmer les jeunes femmes par leur talent oratoire et leur œil rieur. C'est eux qui m'ont inspiré Fanfoué. Encouragé par André Juillard, le dessinateur des *Sept Vies de l'Epervier*, j'ai donc placé deux histoires dans le magazine *Circus* et à partir de là j'ai démarré dans la BD.*

> **PS :** *Ce départ est-il celui de la série Double M chez Dargaud ?*

FM : *Effectivement en 1992 est paru le premier album qui met en scène un moniteur de ski, *Melchior*, savoyard évidemment, et une belle parisienne appelée Mirabelle. Double M donc. Il faut dire que, contrairement à ce que souhaitaient mes parents, à savoir entrer dans une école d'ingénieur à Lyon, j'ai préféré devenir moi-même moniteur de ski.*



> **PS :** *N'êtes-vous pas aussi attiré par les années soixante et le genre policier ?*

FM : *Les années soixante sont en effet plus tranquilles que nos années actuelles. Elles sont figées certes mais on peut y évoluer à notre guise. Et comme j'aime raconter une histoire de polar en la faisant se dérouler dans la réalité, et si possible en Savoie, je suis donc un dessinateur comblé.*

> **PS :** *Et par les femmes tout autant. Vous inspirez-vous de modèles pour les dessiner ?*

FM : *J'ai toujours été fasciné par les personnages féminins. Je suis entourée de 4 femmes, la mienne et nos trois filles. Je connais donc quelque peu la gent féminine. Et elles sont de plus mes premières lectrices, mes premières critiques. Ajoutons à cela qu'il est vrai que j'aime dessiner les jolies femmes.*

> **PS** : *Ce qui fait de vous aussi un célèbre dessinateur de Pin Up !*

FM : Vous faites probablement allusion aux ventes aux enchères à Drouot de dessins et autres illustrations de Pin Up. Je dois avouer que quand j'ai vu un de mes dessins de Mirabelle au bord du lac de Vallon (chez moi, donc) en couverture d'un catalogue pour Drouot, j'étais très flatté. Sachant que mon père y avait passé toute sa vie comme commissionnaire, y voir ce catalogue et mes dessins en vente, cela m'a beaucoup touché. La boucle était bouclée.

> **PS** : *Pouvez-vous nous présenter votre série Les Eternels parus aux éditions Dargaud ?*

FM : *Les Eternels* font allusion aux diamants et aux diamantaires qui sont la toile de fond de cette série. C'est le scénariste Yann qui m'a appelé après qu'il eut découvert les aventures de Tatiana K que j'avais dessinées en deux albums. Chez les diamantaires d'Anvers il y a ce contraste entre l'ère moderne avec ses techniques au laser pour marquer les diamants et le « pilori », toujours en fonction pour punir les

marchants peu scrupuleux, situé au sein de la bourse au diamant. C'est cet univers si particulier qui sert de décor et de fil conducteur pour raconter une histoire de double au féminin, un récit mêlant mort, femme, fratrie.

> **PS** : *Quelles sont vos techniques de travail ?*

FM : A la fois très traditionnelles car j'utilise du papier, des crayons et de la bonne vieille encre de chine pour réaliser les planches et les illustrations de mes albums. La mise en couleurs se fait grâce à l'informatique, assisté par mon épouse Dominique qui m'épaulé depuis toujours. Les textes sont aussi fait au moyen de l'ordinateur, ce qui permet de changer au dernier moment un dialogue sans avoir à gratter la page laborieusement ! Pour ce qui est de la couleur directe, je compte m'y mettre sur un nouveau projet avec Yann qui se déroule au Mexique au XIX^{ème} siècle. Le contexte historique et la lumière extraordinaire de ce pays me permettent de tenter l'aventure de la mise en couleur directement sur la planche.

> **PS** : *Avez-vous d'autres projets ?*

FM : Fanfoué est devenue une sorte de mascotte de la Savoie puisqu'il apparaît régulièrement dans la presse locale. Il s'affiche aussi sous forme de panneau indicateur etc. Donc je continue à tenter de surprendre, de faire sourire toutes les semaines grâce à lui. J'en profite aussi pour faire passer le plaisir de vivre en montagne. Comme albums, d'ici la fin de l'année devraient paraître les tomes 7 des *Eternels* ainsi qu'un polar savoyard et un album de gags de *Fanfoué*. Je ne désespère pas de réaliser deux albums de Double M dans un futur proche.

> **PS** : *Et la rhumatologie ?*

FM : Je fête cette année mes 50 ans. Donc la rhumatologie va peut-être se trouver au cœur de mes jours prochains. Mais quand je vois comment, à son âge, ce chenapan de *Fanfoué* est pétulant, je reste optimiste. Félix en latin signifie heureux, ne l'oublions pas ! ■

Conflits d'intérêts : aucun

Siné : dessinateur anarchiste et libertaire

PATRICK SICHÈRE - *Rhumatologue, Paris*

Siné ne saisit pas seulement sa plume pour dessiner des chats, il la trempe dans l'encre noire de l'anarchie pour croquer les gens de tous les pouvoirs. Jamais lassé de se battre depuis plus de 60 ans, il sort à nouveau ses griffes en lançant tout récemment « Sinémensuel », tout un programme au service de ses idées libertaires.

> Patrick Sichère : *Pour le dessin, tout semble avoir commencé dans les années 50 quand vous avez dessiné des chats humoristes.*

Siné : J'ai toujours dessiné depuis mon plus jeune âge et d'ailleurs il a fallu une dispense pour que j'intègre l'école Estienne parce que j'avais à peine 14 ans. Mais, les 4 ans d'études ont porté pratiquement que sur gravure et la lithographie, faire des étiquettes de vin, des faire-part pour mariages princiers. Cela m'a servi plus tard à faire des faux tickets d'alimentation puis des faux-papiers pour les algériens du FLN. Grâce à mes dessins de chats (chat-pitre, charpateur, etc) j'ai soudain acquis une notoriété incroyable.

> PS : *Vos parents étaient-ils fiers de vous ?*

Siné : Mon Père n'aimait pas mes dessins. Il trouvait que ce n'était pas la peine de me payer des études pour aussi mal dessiner. En plus j'étais gêné pour lui car je gagnais en 3 dessins ce qu'il touchait comme salaire à la fin du mois.

> PS : *Quel rôle a-t-il joué dans votre parti pris politique ?*

Siné : J'avais une grande admiration pour mon Père. C'était le prolo qui ne s'exprimait que quand il buvait. Il me racontait alors sa guerre de 14-18, ce

se passe de légende. Il faut qu'il soit compris de tous même hors frontières. Mon maître en la matière est l'Américain Saül Steinberg, qui m'a beaucoup influencé à mes débuts. Débuts difficiles d'ailleurs, car j'avais beaucoup

aux botteurs de mon ami
Patrick ... cordialement,
Siné

qu'il avait souffert à cause des militaires, et ses 5 années de travaux forcés à Saint-Martin de Ré. Aussi, dès que j'ai pu m'offrir une voiture, je l'ai emmené à l'Ile-de-Ré et là il me disait : « tu vois ces routes sur lesquelles nous sommes, c'est moi avec les copains qui les ait construites en cassant des cailloux. » Plus tard, si j'ai passé mon service militaire le plus souvent au mitard, c'est parce que je refusais de saluer ces types en uniforme, clin d'œil à mon Père.

> PS : *Vous dessinez beaucoup mais quid de la bande dessinée ?*

Siné : Enfant je lisais Mickey, Mandrake, Bicot, les Pieds Nickelés, mais je ne suis pas attiré du tout par faire de la bande dessinée. Pour moi un bon dessin

de mal à faire accepter mes dessins d'humour, trop éloignés de l'esprit de l'époque qui était celui des Peynet et autre Bellus.

> PS : *Travaillez-vous toujours autant le dessin satirique ?*

Siné : De moins en moins. Je préfère le dessin accompagnant l'écriture comme on peut le découvrir dans Sinémensuel. Après plus de 50 ans, dessiner ne m'amuse plus ou alors pour des copains afin de soutenir leurs actions ou sur le thème du jazz dont je suis amateur. J'ai même publié un « Sinéclopedie du jazz » mais qui a été mal reçu des jazzmen américains car ils trouvaient mes noirs trop caricaturaux.

hoëbeke

Nouveauté
4 novembre 2011

Siné
Mon dico
illustré

240 pages
Format :
18,5 x 24 cm
Prix :
25 euros

Mon dico illustré
Siné

Inventaire raisonné mais rarement raisonnable des humeurs d'un maître de la satire. Il fallait au moins un cortège de définitions et un dictionnaire pour extraire l'essence des nombreuses chroniques publiées dans *Charlie Hebdo* et *Siné Hebdo*. De A comme Abstention à Z comme Zapping, les protestations écrites et graphiques de l'incorrigible Siné forment ici un ouvrage de référence en matière de poil-à-gratter.

Utopiste, anarchiste de l'espèce la plus virulente, Siné exècre le fanatisme, les militaires, les curés, le sport en général, les corridas, le cirque... la liste est longue, aussi longue qu'il y a de motifs à se révolter, c'est peu dire. Pour autant, Ce dico illustré de *Siné* livre aussi des témoignages sensibles et émouvants sur des amis proches, Leonor Fini, Jacques Prévert, Marcel Aymé, des musiciens de jazz, Miles Davis, Billy Holiday et une véritable tendresse pour les chats et un amour de la littérature.

Bien entendu, il soutient également sans condition la gaudriole, le vin, le cochon, les fêtes entre amis, et tout ce qui est défendu par tous les messies, prophètes, gourous et autres imposteurs. Largement de quoi composer un dictionnaire !

Mon Dico illustré de Siné constitue le témoignage d'un artiste « contre », jamais « en phase » et encore moins « de connivence » avec le pouvoir quel qu'il soit, un sage à sa façon, toujours fidèle à son envie de cogner au nom d'une certaine idée de l'humanité (se fût-elle égarée depuis des lustres) et de garder envers et contre tout l'espoir chevillé poing levé.

26 lettres de l'alphabet, 300 entrées illustrées d'autant de dessins, composent ce dictionnaire.

> **PS** : Vous avez fait du cabaret, de la télévision. Quels souvenirs gardez-vous de ces périodes ?

Siné : J'ai fréquenté le cabaret en remplaçant au pied levé un membre d'un groupe intitulé « les garçons de la rue ». Nous chantions du Vian, du Queneau du Brecht. Je n'avais pas une voix relativement brillante mais cela a duré quand même 2 ans. Quant à la télévision, c'était ma participation en tant que dessinateur pamphlétaire à l'émission de Polac. Ce n'est que du bon souvenir. On allait très fort dans la satire, la dérision. Je pense qu'actuellement cela ne serait plus possible.

> **PS** : En fait, qui êtes-vous ?

Siné : Je suis un dessinateur satirique, anarchiste, qui aime le luxe, le fric. On me dit macho, je suis plutôt féministe. Dans *Sinémensuel*, la majorité des collaborateurs sont des collaboratrices. Je suis une teigne qui bouffe du curé, qui est bouleversé par ce que subissent les palestiniens, qui rejette les gens de pouvoirs. Ce qui m'a entraîné dans une vingtaine de procès dont certains sont encore en cours. Je ne suis pas classable.

> **PS** : Et que dire de *Sinémensuel* ?

Siné : C'est un journal libertaire qui aimerait donner la parole à des gens qui n'ont pas accès aux médias pour s'exprimer. Ce mensuel est aussi une soupape qui a pour objectif de faire rire sans ennuyer. Et c'est beaucoup de travail, une certaine difficulté à trouver de nouveaux talents. En dehors du boulot je fais tout sauf du dessin. ■

Conflits d'intérêts : aucun