

Maladies rhumatismales

# L'arthrite psoriasique



**Ligue suisse  
contre le rhumatisme**  
Notre action – votre mobilité

**L'arthrite, l'arthrose, l'ostéoporose, le mal de dos et les rhumatismes des parties molles** sont les

affections rhumatismales les plus fréquentes. En tout, il existe près de 200 tableaux cliniques. Le rhumatisme peut affecter le dos, les articulations, les os ou les parties molles.

Pour toute information sur des affections rhumatismales ainsi que sur les médicaments, la protection des articulations, les moyens auxiliaires et les possibilités de prévention, n'hésitez pas à vous adresser à la :

**Ligue suisse contre le rhumatisme**

044 487 40 00, [info@rheumaliga.ch](mailto:info@rheumaliga.ch), [www.ligues-rhumatisme.ch](http://www.ligues-rhumatisme.ch)

<b>Avant-propos</b>	<b>4</b>
<b>Qu'est-ce que l'arthrite psoriasique ?</b>	<b>6</b>
<b>Causes et fréquence</b>	<b>9</b>
<b>Caractéristiques</b>	<b>10</b>
<b>Diagnostic</b>	<b>14</b>
<b>Evolution</b>	<b>18</b>
<b>Thérapie</b>	<b>20</b>
<b>La Ligue suisse contre le rhumatisme</b>	<b>28</b>
<b>Autres publications</b>	<b>29</b>
<b>Adresses utiles</b>	<b>31</b>

### **Chère lectrice, cher lecteur,**

Pourquoi ton visage est-il si rouge ? Est-ce douloureux ? Est-ce contagieux ? Les personnes atteintes de psoriasis connaissent, à n'en pas douter, ces questions posées par un entourage compatissant. En Suisse, selon les estimations, entre 80 000 et 240 000 personnes seraient atteintes de psoriasis.

Moins nombreuses mais non moins concernées, 24 000 à 80 000 personnes souffrent d'arthrite psoriasique. Cette pathologie associe psoriasis et rhumatisme inflammatoire. Pour les personnes directement touchées, cela signifie, outre des affections cutanées gênantes, des inflammations douloureuses des articulations, de la colonne vertébrale, des tendons ou des bourses séreuses.

Les causes de cette maladie sont, à ce jour, peu claires. L'arthrite psoriasique n'est toujours pas curable. Une bonne nouvelle toutefois : les méthodes thérapeutiques et la pharmacopée actuelles permettent, dans la plupart des cas, de contrôler l'arthrite psoriasique. Un diagnostic et un traitement précoces sont à cet égard importants. En feuilletant ces pages, vous en apprendrez davantage sur les caractéristiques et le traitement de cette maladie.

Nous vous souhaitons une lecture agréable et instructive !

Votre Ligue suisse contre le rhumatisme



“ Les traitements actuels permettent de contrôler l’arthrite psoriasique. Un diagnostic et une thérapie adaptée précoces sont importants à cet égard. ”

## 6 Qu'est-ce que l'arthrite psoriasique ?

### **Le psoriasis associé à un rhumatisme inflammatoire**

L'arthrite psoriasique est une maladie auto-immune, c'est-à-dire qui concerne le système immunitaire. Au-delà des lésions cutanées typiques du psoriasis, cette affection peut se traduire par des inflammations des articulations, de la colonne vertébrale ou des insertions tendineuses, comme le tendon d'Achille. Les gaines tendineuses et les bourses séreuses sont également susceptibles d'être touchées.

Cette maladie est apparentée à la spondylarthrite ankylosante, plus connue sous le nom de maladie de Bechterew, et à l'arthrite réactive, une inflammation articulaire faisant suite à une infection gastro-intestinale ou urinaire. Elle appartient au groupe des spondylarthropathies. La spondylarthrite est une

pathologie inflammatoire des articulations et de la colonne vertébrale.

“ L'arthrite psoriasique peut affecter les articulations, la colonne vertébrale, les insertions tendineuses, les gaines tendineuses ou les bourses séreuses. ”

## Psoriasis Arthrite (rhumatoïde) Arthrite psoriasique

Le **psoriasis** est une maladie inflammatoire de la peau se caractérisant par l'apparition locale ou généralisée de lésions de l'épiderme, lésions rouges ou squameuses et de forme ronde ou ovale. Les poussées aiguës peuvent s'accompagner de fortes démangeaisons.

L'**arthrite** est une inflammation aiguë ou chronique des articulations. Le terme recouvre plus de 100 maladies rhumatismales mettant en jeu des inflammations des articulations, de la colonne vertébrale, des tissus, des muscles ou des organes. La **polyarthrite rhumatoïde** – autrefois appelée polyarthrite chronique – est la maladie rhumatismale inflammatoire la plus fréquente.

L'**arthrite psoriasique** associe un psoriasis de la peau et des ongles à des inflammations – analogues à celles de la polyarthrite rhumatoïde – des articulations, de la colonne vertébrale, des insertions tendineuses, des gaines tendineuses ou des bourses séreuses. Dans le cas d'une arthrite psoriasique, les atteintes cutanées et articulaires n'évoluent pas forcément en parallèle.

- Le psoriasis dans sa forme cutanée touche entre 1% et 3% de la population, la polyarthrite rhumatoïde environ 1% et l'arthrite psoriasique entre 0,3% et 1%.
- Lors d'une arthrite psoriasique, les premières atteintes sont en général cutanées. Les atteintes aux articula-

tions, etc., ne se manifestent que plus tard et, contrairement à la polyarthrite rhumatoïde, le plus souvent de manière asymétrique. Cela signifie que les inflammations touchent seulement ou principalement l'une des deux moitiés du corps. Dans la polyarthrite rhumatoïde, les moitiés droite et gauche du corps sont la plupart du temps affectées de manière égale.

- Tant le psoriasis que l'arthrite psoriasique se manifestent sous forme de poussées, entrecoupées de rémissions souvent prolongées. La polyarthrite rhumatoïde ne se manifeste, quant à elle, que dans 20% des cas sous forme de poussées. Sans traitement approprié, elle peut évoluer durant des années.
- Sans traitement approprié, la polyarthrite rhumatoïde entraîne dans la plupart des cas une érosion progressive des articulations. Environ 30% des patients atteints d'arthrite psoriasique présentent des érosions légères et environ 5% à 20% des érosions graves des articulations.
- Le psoriasis et l'arthrite psoriasique atteignent de façon égale les hommes et les femmes. La polyarthrite rhumatoïde touche, quant à elle, trois fois plus de femmes que d'hommes.

**Bon à savoir:** les méthodes thérapeutiques et la pharmacopée actuelles permettent dans la plupart des cas de contrôler le psoriasis et l'arthrite psoriasique. Un diagnostic et un traitement précoces sont déterminants.



## Des causes peu claires

Les causes de cette maladie sont, à ce jour, peu claires. Au-delà d'une prédisposition génétique, divers facteurs environnementaux, infectieux notamment, jouent probablement un rôle important dans l'apparition de l'arthrite psoriasique. Le jumeau monozygote d'un enfant atteint d'un psoriasis développe la maladie dans deux cas sur trois ; le jumeau hétérozygote, dans un cas sur trois.

“ Selon les études, entre 0,3% et 1% de la population souffre d'arthrite psoriasique. ”

Par ailleurs, les patients atteints d'arthrite psoriasique et souffrant d'inflammations rachidiennes présentent fréquemment une

structure génétique particulière et sont porteurs de l'antigène HLA-B27, également présent dans la spondylarthrite.

## Une maladie rare

Le psoriasis dans sa forme cutanée touche entre 1% et 3% de la population. Chez quelque 30% des patients, il s'étend aux articulations et / ou à la colonne vertébrale. Selon les études, entre 0,3% et 1% de la population souffre ainsi d'arthrite psoriasique. Ces chiffres ne prennent pas en compte les sujets psoriasiques ne présentant que des manifestations rhumatologiques minimales ne nécessitant aucun traitement spécifique. La maladie affecte les hommes et les femmes avec une égale fréquence.

### **Peau, articulations, colonne vertébrale**

Dans la plupart des cas, l'atteinte cutanée précède celle des articulations ou de la colonne vertébrale. Dans 10% des cas, il arrive cependant que les symptômes articulaires surviennent avant l'atteinte cutanée, rendant plus difficile l'établissement du diagnostic, notamment chez les enfants et les adolescents. Parfois, les manifestations cutanées sont discrètes et n'affectent que le cuir chevelu, le sillon interfessier ou la région du nombril. Un examen clinique cutané approfondi par le rhumatologue est par conséquent indispensable.

### **Atteintes articulaires asymétriques**

Dans l'arthrite psoriasique, l'inflammation articulaire se manifeste insidieusement, la plupart du temps entre 30 et 50 ans.

Les patients présentant un psoriasis cutané sévère associé à un psoriasis des ongles des doigts de la main et des orteils encouront un risque plus élevé de développer une inflammation articulaire.

Dans 80% des cas, la maladie n'atteint qu'un nombre restreint d'articulations des extrémités supérieures et inférieures, le plus souvent de manière asymétrique. Si elle touche moins de cinq articulations, on parle d'oligoarthrite. De manière asymétrique signifie que les articulations et les tendons ne sont pas affectés de manière égale sur les deux moitiés du corps. Les articulations des doigts et des orteils, notamment les articulations distales, peuvent être également atteintes, de même que celles des genoux, des chevilles ou des hanches.



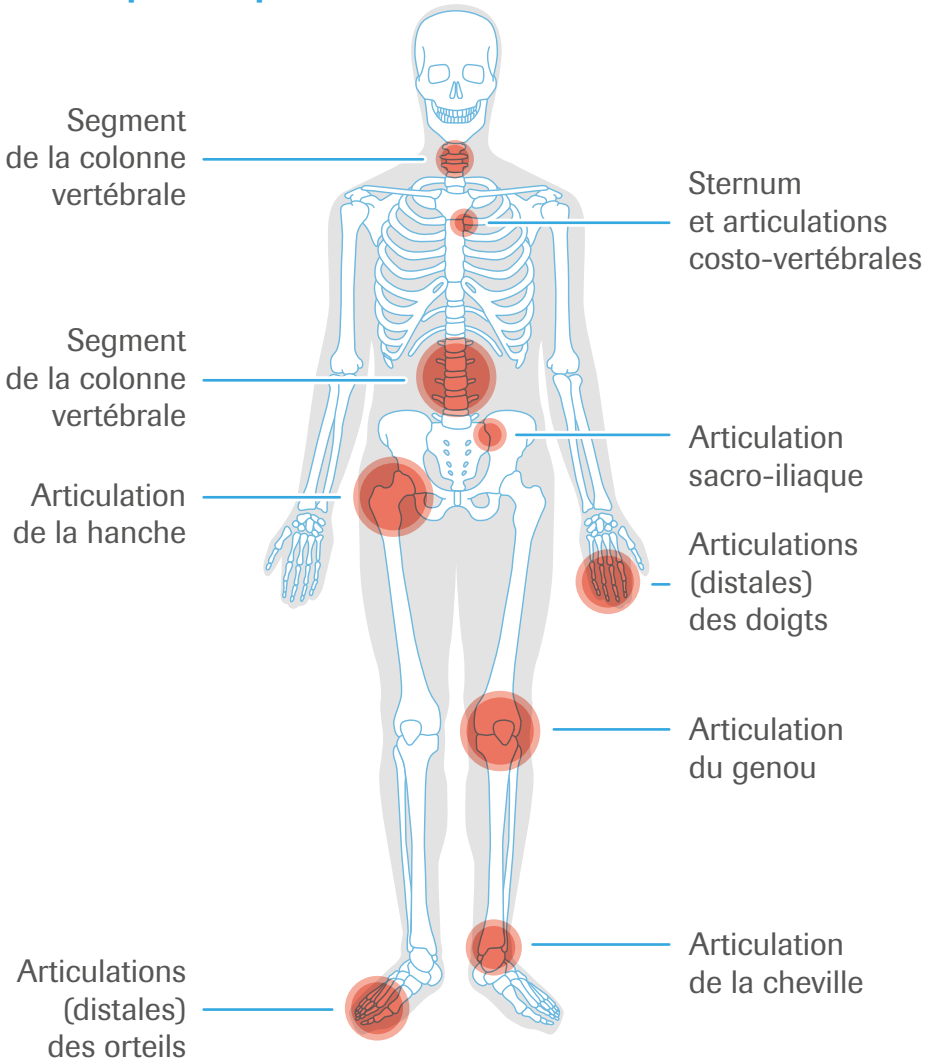
Environ 5% des patients ont plus de cinq articulations touchées et souffrent alors d'une polyarthrite. Celle-ci peut présenter de nombreuses similitudes avec l'arthrite rhumatoïde. Occasionnellement, la maladie entraîne une érosion articulaire discrète, rarement un rhumatisme plus sévère. On parle alors d'arthrite mutilante, qui, au quotidien, se traduit par un handicap fonctionnel important. De manière générale, les symptômes articu-

lares de l'arthrite psoriasique sont moins invalidants que ceux de l'arthrite rhumatoïde.

Environ 20% des patients atteints d'arthrite psoriasique présentent également une inflammation de la colonne vertébrale. Les articulations sacro-iliaques sont souvent touchées, mais en général d'un seul côté.

A la différence de la spondylarthrite ankylosante, se tradui-

## Articulations atteintes par l'arthrite psoriasique



sant par une inflammation continue de bas en haut du rachis, l'inflammation peut ne se manifester que sur certains segments de la colonne vertébrale. L'arthrite psoriasique débouche rarement sur une érosion inflammatoire des articulations vertébrales ou des sections de la colonne vertébrale. Les patients souffrant d'une inflammation rachidienne ressentent fréquemment des douleurs nocturnes aiguës du dos et de la nuque qu'un changement de position ne soulage pas, et une raideur rachidienne matinale en cas d'inflammation des articulations sacro-iliaques.

### **Autres foyers inflammatoires**

On observe plus rarement des inflammations du thorax antérieur qui touchent surtout les articulations costovertébrales. L'inflammation des insertions tendineuses, endroits où le tendon

s'insère dans l'os, constitue un symptôme supplémentaire de l'arthrite psoriasique. Ces inflammations portent le nom d'enthésiopathie ou d'enthésite et sont principalement localisées au coude, au talon, au bassin et à l'aîne.

S'il est rare que l'arthrite psoriasique affecte les organes internes ou les yeux, il arrive toutefois qu'elle gagne la conjonctive et/ou l'iris. L'affection ne touche les organes internes, comme les poumons, le cœur, les reins et le système nerveux, que dans des cas extrêmement rares. Comme pour les autres maladies inflammatoires articulaires et rachidiennes de la famille des spondylarthropathies, des lésions temporaires des muqueuses buccales ou génitales sont fréquentes.

## **Suivre différentes pistes**

### **Bilans sanguins**

Selon l'évolution de la maladie et l'étendue de l'atteinte articulaire, les signes inflammatoires (modification de la vitesse de sédimentation, hausse de la concentration de protéine C-réactive, anémie) peuvent augmenter. Il est fréquent de relever une élévation du taux d'acide urique pouvant occasionner une crise de goutte chez les patients atteints d'arthrite psoriasique.

L'antigène HLA-B27, marqueur génétique généralement présent chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante, est fréquemment retrouvé lorsque l'arthrite psoriasique touche la colonne vertébrale.

En règle générale, les bilans sanguins ne permettent pas d'établir un diagnostic d'arthrite psoriasique, car il manque cer-

tains indicateurs immunologiques spécifiques d'autres affections rhumatologiques, à l'instar d'un facteur rhumatoïde positif et des anti-CCP dans le cas de l'arthrite rhumatoïde ou des anticorps antinucléaires dans le cas des collagénoses comme le lupus érythémateux.

Si les bilans sanguins ne sont pas pertinents pour établir le diagnostic, ils peuvent – selon le traitement médicamenteux, en particulier dans le cas des traitements de fond à la Salazopyrine® ou au Méthotrexate – se révéler utiles dans le dépistage d'éventuels effets secondaires rénaux, hépatiques ou hématologiques, généralement bénins et réversibles.

### **Radiographies, IRM, échographie**

Au début de la maladie, les radiographies des articulations des

extrémités concernées ou de la colonne vertébrale, y compris des articulations sacro-iliaques, ne révèlent généralement rien de particulier. Cependant, avec le temps, elles peuvent mettre en évidence des érosions articulaires caractéristiques. Les modifications révélées par radiographie se différencient nettement de celles entraînées par l'arthrite rhumatoïde ou par d'autres maladies rhumatismales inflammatoires. A partir d'un certain stade de la maladie, elles permettent au rhumatologue d'établir, dans la plupart des cas, un diagnostic précis.

Au début de la maladie, une IRM (IRM = imagerie par résonance magnétique) des articulations, de la colonne vertébrale et des articulations sacro-iliaques peut parfois aider à poser un diagnostic. Une échographie rhumatologique spécifique peut égale-



“ Au début, les radiographies ne révèlent généralement rien de particulier. ”



“ Dans la phase précoce, une IRM ou des échographies peuvent s’avérer très utiles. ”

ment s’avérer très utile lors de l’examen des modifications articulaires inflammatoires ou des inflammations des insertions tendineuses.

Au cours de l’évolution de la maladie, il n’est pas rare d’observer sur les radiographies une inflammation asymétrique des articulations sacro-iliaques entraînant une modification de la structure articulaire. Dès le premier stade de la maladie, ces



modifications sont visibles sur l'IRM et au scanner. Il en est de même pour les modifications inflammatoires des petites articulations de la colonne vertébrale et l'apparition de parasyndesmophytes sur les corps vertébraux.

### **Possibilités de modifications articulaires**

De nouvelles données indiquent que le potentiel d'érosion des articulations par l'arthrite psoriasique a été autrefois sous-estimé. La maladie peut entraîner des modifications articulaires dans presque un cas sur deux. Environ 30% des patients atteints de psoriasis présentent une érosion articulaire relativement discrète.

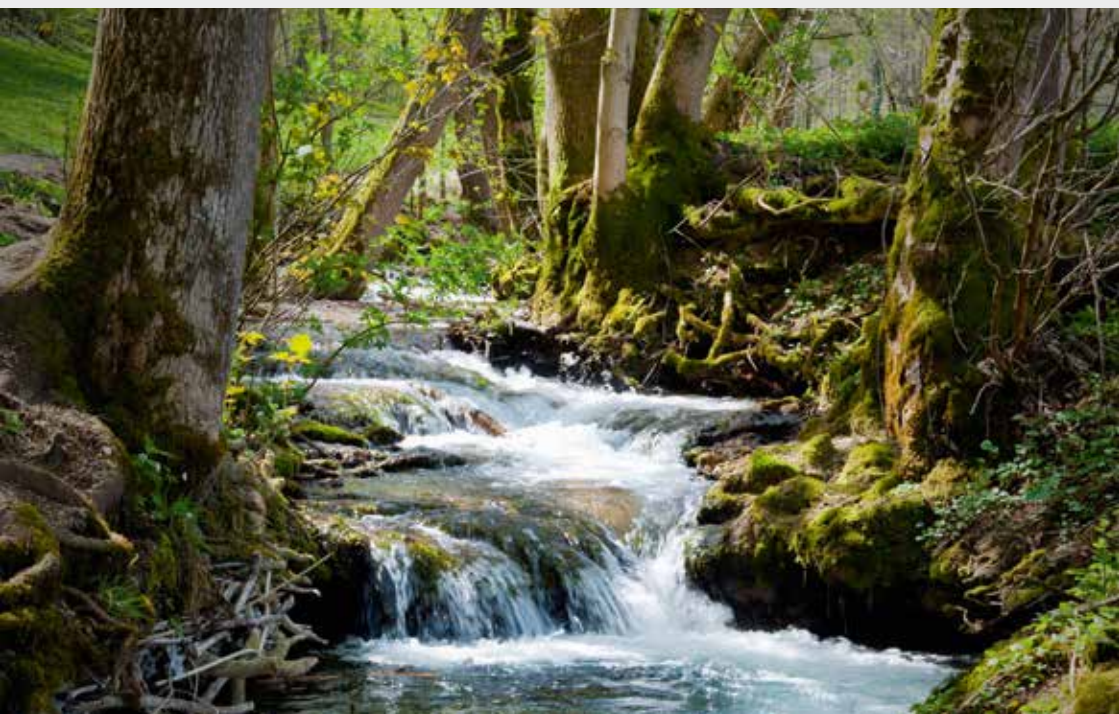
“ Les biothérapies peuvent dans la plupart des cas contrer une évolution érosive de la maladie. ”

L'érosion des articulations est grave dans 5% à 20% des cas. Dans les cas rares où un patient présente, au début de la maladie, une atteinte

cutanée sévère accompagnée de multiples atteintes articulaires, le pronostic est plus défavorable. Chez les personnes infectées par le VIH et non traitées, l'évolution est généralement grave. Aujourd'hui cependant, les biothérapies modernes peuvent dans la plupart des cas contrer très efficacement une évolution érosive de la maladie.

### **Evolution par poussées**

Pour la plupart des patients, la maladie évolue par vagues ; les poussées alternent avec des phases calmes plus ou moins longues et ne s'accompagnent pas nécessairement d'une atteinte cutanée. Parfois, les patients souffrent surtout de tendinites d'insertion au talon et au coude. Ces manifestations bénignes sont souvent très douloureuses, gênantes et difficiles à traiter. Il arrive cependant que des inflammations silen-



cieuses se développent sur certaines petites articulations. Il n'est pas rare non plus que certaines atteintes de la colonne vertébrale et des articulations sacro-iliaques demeurent indolores. A long terme, environ deux tiers des personnes atteintes d'arthrite psoriasique sont capables de travailler sans restriction, sans pour autant recourir à une pharmacopée coûteuse et ultramoderne. Selon l'activité exercée par le patient,

l'étendue de l'atteinte cutanée peut cependant entraîner certaines limitations professionnelles.

### Soulagement de la plupart des symptômes

A ce jour, il n'existe pas de traitement permettant de guérir complètement l'arthrite psoriasique. Les nouveaux médicaments mis au point au cours des dix dernières années permettent cependant de circonscrire l'essentiel des symptômes cutanés et articulaires, et d'empêcher l'érosion des articulations.

### Les médicaments

Dans les cas légers d'arthrite psoriasique, les **médicaments antirhumatismaux non stéroïdiens** (Brufen<sup>®</sup>, Inflamac<sup>®</sup>, Ponstan<sup>®</sup>, Voltarène<sup>®</sup> notamment) ou les inhibiteurs COX-2 comme Arcoxia<sup>®</sup> ou Celebrex<sup>®</sup> sont efficaces contre les douleurs et les inflammations. Une précision s'impose cependant : ces médicaments ne freinent pas l'érosion articulaire et ne soignent nullement l'atteinte cutanée. En

cas de traitement prolongé, ils sont susceptibles d'occasionner des effets secondaires sur l'estomac, les intestins, les reins et l'hémostase.

On met en place un **traitement de fond** si l'arthrite psoriasique touche plusieurs articulations. Contrairement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, le traitement de fond vise à déprimer le système immunitaire afin de stopper, dans l'idéal, l'érosion articulaire. Il agit principalement sur les articulations périphériques des mains, des coudes, des pieds et des genoux ainsi que sur les tendinites. Ce traitement est cependant peu efficace contre les inflammations rachidiennes.

Les traitements de fond suivants sont utilisés pour lutter contre l'arthrite psoriasique : Arava<sup>®</sup>, Méthotrexate, Otezla<sup>®</sup>, Salazopyrine<sup>®</sup> ou, plus rarement, Cyclos-



porine®. Les substances agissent également sur les manifestations cutanées. En raison d'effets secondaires éventuels, les traitements de fond doivent faire l'objet d'un suivi régulier par le rhumatologue ou le médecin traitant. Ces traitements ne posent généralement pas de difficultés, à condition de respecter les recommandations de la Société suisse de rhumatologie SSR et de dépister à temps les effets secondaires.

“ Dans l'idéal, le traitement de fond permet de stopper l'érosion articulaire. ”



“ Si ces nouvelles substances s'avèrent extrêmement coûteuses, elles n'en sont pas moins efficaces. ”

Ces quinze dernières années, des **biothérapies** comme Cimzia<sup>®</sup>, Enbrel<sup>®</sup>, Humira<sup>®</sup>, Remicade<sup>®</sup>, Simponi<sup>®</sup> ou, plus récemment, Stelara<sup>®</sup> ont donné des résultats encourageants pour les patients atteints d'arthrite psoriasique. Ces médicaments sont prescrits par les rhumatologues et les dermatologues pour les formes de psoriasis graves ou réfractaires aux médicaments conventionnels susmentionnés. Ils sont administrés une à plusieurs fois par mois sous forme d'injection ou parfois en perfusion.

Ces médicaments correspondant à des substances endogènes – d'où le terme « biothérapies » – interviennent à des points spécifiques du système immunitaire. Leur développement est complexe et, à la différence de substances chimiques telles que le Méthotrexate, ils doivent être

conservés au réfrigérateur. Si ces nouvelles substances sont extrêmement coûteuses, elles n'en traitent pas moins efficacement les inflammations des articulations et des insertions tendineuses comme les atteintes rachidiennes et cutanées liées à l'arthrite psoriasique et aux autres formes de spondylarthrite. La plupart du temps, et contrairement à ce qui se pratique encore dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde, il n'est pas nécessaire de les combiner aux substances plus anciennes. Enfin, la majorité des patients tolèrent bien ce type de traitement. D'autres substances de la classe des biothérapies sont en cours de développement. L'éventail des traitements médicamenteux devrait par conséquent continuer de s'élargir.

Les **glucocorticoïdes**, préparations à base de cortisone,

sont des anti-inflammatoires très efficaces, administrés généralement localement sous forme d'injections dans l'articulation enflammée ou autour des insertions tendineuses enflammées du coude et du talon. L'utilisation de l'imagerie (échographie par ex.) pour guider les injections permet désormais de mieux cibler les zones traitées.

La prise prolongée de glucocorticoïdes en comprimés s'accompagne fréquemment d'effets secondaires (ostéoporose, hypertension, tension oculaire élevée, atrophie cutanée ou encore diabète). En cas d'arrêt du traitement en comprimés, on observe fréquemment une aggravation des symptômes cutanés. C'est pourquoi la cortisone ou les stéroïdes sont rarement prescrits à long terme, sauf dans des cas exceptionnels où les autres traitements s'avèrent insuffisants.

Les **injections** de glucocorticoïdes et d'anesthésiques locaux autour des insertions tendineuses ou des articulations peuvent soutenir la thérapie médicamenteuse au début de la maladie ou durant les poussées. Elles soulagent le patient en seulement quelques jours. Selon les cas, de telles injections sont guidées par imagerie. Ces produits doivent toujours être utilisés conformément aux recommandations de la Société suisse de rhumatologie.

### **Thérapies non médicamenteuses**

La **physiothérapie ciblée** permet de renforcer les structures périarticulaires, par exemple autour du genou, de la hanche et de la colonne vertébrale, et donc de maintenir la souplesse et la stabilité articulaire. L'entraînement thérapeutique médical (ETM)

permet d'améliorer l'endurance et la force.

Les **mesures physiques** telles que la chaleur, le froid ou les ultrasons visent à relâcher le muscle, à calmer la douleur et à lutter contre l'inflammation.

L'**ergothérapie** inclut la thérapie manuelle fonctionnelle, la protection articulaire et éventuellement l'adaptation de certains moyens auxiliaires. Il est important pour le patient de solliciter suffisamment les articulations sans pour autant les surmener. Dans cette optique, l'ergothérapeute pourra conseiller, aider à cibler les besoins et analyser le cadre de vie et de travail pour proposer des moyens auxiliaires appropriés (appareils ménagers adaptés, aménagement du domicile, réhausse-WC).





L'**adaptation des chaussures** et l'utilisation de semelles orthopédiques permettent de diminuer les douleurs éventuelles ressenties au talon. Il est possible de soulager les douleurs des avant-pieds et faciliter la marche en intégrant une barre de déroulement.

Le **sport et l'activité physique** permettent de renforcer la musculature, gagner en endurance et conserver une certaine

“ Il est important de solliciter suffisamment les articulations sans pour autant les surmener. ”



“ Le dermatologue doit prescrire un traitement interdisciplinaire. ”

souplesse articulaire. La natation, la gymnastique ou le cyclisme sont notamment indiqués, car ils ménagent les articulations. De façon générale, il est recommandé d'être en bonne condition physique.

Votre Ligue cantonale contre le rhumatisme se fera un plaisir de vous informer sur les cours proposés dans votre région.

En complément d'une **alimentation** saine et variée, les graisses de poissons, riches en acides gras oméga-3, sont particulièrement indiquées pour prévenir les inflammations articulaires. L'alcool est contre-indiqué chez les personnes atteintes de psoriasis, notamment si elles sont traitées au Méthotrexate, car il est susceptible d'accentuer les symptômes articulaires et cutanés.

### **Le traitement cutané**

Selon la gravité de l'affection cutanée, le dermatologue doit prescrire un traitement interdisciplinaire. L'affection est traitée localement par l'application de pommades et de lotions.

En outre, certaines substances prescrites par le rhumatologue agissent également sur la forme cutanée de la maladie. Le dermatologue peut également utiliser une biothérapie spéciale. Il est possible par ailleurs de traiter la peau en l'exposant à certains rayons ultraviolets (puvathérapie).

### **L'intervention chirurgicale**

La chirurgie peut s'imposer dans le cas d'une atteinte articulaire inflammatoire ou destructrice ne répondant plus au traitement médicamenteux. Lors de l'intervention chirurgicale, on procède à l'ablation de la capsule articulaire enflammée (synovecto-

mie), et l'on pose généralement une prothèse articulaire. Dans de très rares cas, afin de soulager la douleur, il est nécessaire de bloquer une articulation lésée au niveau de la colonne vertébrale.

La Ligue suisse contre le rhumatisme est l'organisation faîtière de vingt Ligues cantonales contre le rhumatisme et de six organisations nationales de patients. Elle propose ses services aux personnes souffrant de maladies rhumatismales, à leurs proches ainsi qu'à un large public.

**La Ligue suisse contre le rhumatisme vous propose les services suivants :**

- Cours de gymnastique classique ou aquatique
- Moyens auxiliaires et publications
- Conseils, informations et formations pour les patients et les professionnels de la santé
- Prévention et promotion de la santé

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le portail suisse du rhumatisme :

**[www.ligues-rhumatisme.ch](http://www.ligues-rhumatisme.ch)**.

Ou bien appelez-nous, nous sommes à votre service :

**tél. 044 487 40 00.**

## Médicaments

Brochure (F 303)  
gratuit

## La médecine complémentaire

Brochure (F 3004)  
gratuit

## Soulager activement les douleurs

Livre (F 470)  
CHF 25.00

## Restez souple et en forme!

Dépliant (F 1001)  
gratuit

## Prenez-vous en main!

Douleurs de la main :  
comprendre, traiter, prévenir  
Brochure (F 1050)  
gratuit



### **Patient et médecin : écouter et se comprendre**

Brochure (F 309)  
gratuit



### **Publications de la Ligue suisse contre le rhumatisme**

Catalogue (F 001)  
gratuit



### **Moyens auxiliaires**

Aides au quotidien pour vous  
faciliter la vie  
Catalogue (F 003)  
gratuit

### **Magazine forumR**

Exemplaire d'essai (CH 304)  
gratuit



## **Ligue suisse contre le rhumatisme**

Josefstrasse 92, 8005 Zurich

Tél. 044 487 40 00, fax 044 487 40 19

info@rheumaliga.ch, www.ligues-rhumatisme.ch

Commandes : tél. 044 487 40 10

## **Ligues cantonales contre le rhumatisme**

**Argovie**, tél. 056 442 19 42, info.ag@rheumaliga.ch

**Les deux Appenzell**, tél. 071 351 54 77, info.ap@rheumaliga.ch

**Les deux Bâle**, tél. 061 269 99 50, info@rheumaliga-basel.ch

**Berne**, tél. 031 311 00 06, info.be@rheumaliga.ch

**Fribourg**, tél. 026 322 90 00, info.fr@rheumaliga.ch

**Genève**, tél. 022 718 35 55, laligue@laligue.ch

**Glaris**, tél. 055 610 15 16 et 079 366 22 23, rheumaliga.gl@bluewin.ch

**Jura**, tél. 032 466 63 61, ljcr@bluewin.ch

**Lucerne et Unterwald**, tél. 041 377 26 26, rheuma.luuw@bluewin.ch

**Neuchâtel**, tél. 032 913 22 77, info.ne@rheumaliga.ch

**Schaffhouse**, tél. 052 643 44 47, rheuma.sh@bluewin.ch

**Soleure**, tél. 032 623 51 71, rheumaliga.so@bluewin.ch

**St-Gall, Grisons et Principauté du Liechtenstein**,

*Secrétariat* : tél. 081 302 47 80, info.sggrfl@rheumaliga.ch

*Service social* : tél. 081 511 50 03, info.sggrfl@rheumaliga.ch

**Tessin**, tél. 091 825 46 13, info.ti@rheumaliga.ch

**Thurgovie**, tél. 071 688 53 67, info.tg@rheumaliga.ch

**Uri et Schwyz**, tél. 041 870 40 10, rheuma.uri-schwyz@bluewin.ch

**Valais**, tél. 027 322 59 14, vs-rheumaliga@bluewin.ch

**Vaud**, tél. 021 623 37 07, info@lvr.ch

**Zoug**, tél. 041 750 39 29, rheuma.zug@bluewin.ch

**Zurich**, tél. 044 405 45 50, admin.zh@rheumaliga.ch

Conseils gratuits sur des questions de droit en matière d'invalidité  
(notamment assurance-invalidité et autres assurances sociales) :

**Service juridique d'Inclusion Handicap  
(anciennement Intégration Handicap)**

*Siège principal* : Mühlemattstrasse 14a, 3007 Berne

Tél. 031 370 08 30, [www.inclusion-handicap.ch](http://www.inclusion-handicap.ch),

[info@inclusion-handicap.ch](mailto:info@inclusion-handicap.ch)

**Société suisse du psoriasis et du vitiligo (SSPV)**

Scheibenstrasse 20, Postfach 1, 3000 Berne 22

Tél. 031 359 90 99, [www.spvg.ch](http://www.spvg.ch), [info@spvg.ch](mailto:info@spvg.ch)

**Exma VISION**

Exposition permanente de moyens auxiliaires

Industrie Süd, Dünnerstrasse 32, 4702 Oensingen

Tél. 062 388 20 20, [www.sahb.ch](http://www.sahb.ch), [exma@sahb.ch](mailto:exma@sahb.ch)





# Aides au quotidien pour vous faciliter la vie



Brosse de soin avec éponge de bain  
et applicateur pour crèmes  
(art. n° 3900)

**Découvrez nos 200  
moyens auxiliaires pratiques sur  
[www.rheumaliga-shop.ch](http://www.rheumaliga-shop.ch)**



**Ligue suisse  
contre le rhumatisme**  
Notre action – votre mobilité

**Soutenez le travail de la Ligue suisse contre  
le rhumatisme grâce à vos dons !  
Nous vous remercions de votre soutien.**



Compte postal  
IBAN CH29 0900 0000 8000 0237 1

Banque UBS Zurich  
IBAN CH83 0023 0230 5909 6001 F

## **Impressum**

### *Auteur*

Dr méd. Dieter Frey, Bâle

### *Groupe de travail*

Dr méd. Thomas Langenegger, Hôpital cantonal de Zoug, Baar

Dr méd. Adrian Forster, Hôpital cantonal de Winterthour

### *Relecture de la version française*

l'atelier textes, Corinne Chuard, La Chaux-de-Fonds

### *Conception* – Oloid Concept GmbH, Zurich

*Photographies* – istockphoto.com | © fotoVoyager (p. 1), © Auris (p. 5),

© scotto72 (p. 5), © Rike\_ (p. 11), © Franz Wilhelm Franzelin (p. 15),

© Eivaisla (p. 16), © hiphunter (p. 19), © AVTG (p. 21),

© Khlongwangchao (p. 22), © tawatchaiprakobkit (p. 25), © Borut

Trdina (p. 26), fotolia.com | © PhotoSG (p. 16), © helmutvogler (p. 21),

© ueuaphoto (p. 25)

*Editeur* – © by Ligue suisse contre le rhumatisme,

7<sup>e</sup> édition remaniée 2016

Maladies  
rhumatismales  
F 392

1'500/OD/03.2016

Vos experts concernant  
les maladies rhumatismales

—  
Ligue suisse  
contre le rhumatisme  
Josefstrasse 92  
8005 Zurich

Tél. 044 487 40 00  
Fax 044 487 40 19  
info@rheumaliga.ch  
www.ligues-rhumatisme.ch

Société  
Suisse de  
Rhumatologie   
www.rheuma-net.ch



**Ligue suisse  
contre le rhumatisme**  
Notre action – votre mobilité