



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2007

THESE N° 68

ETUDE DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS DE POLYARTHRITE RHUMATOIDE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .../.../2007
PAR

Mlle. **Raja ARRAB**

Née le 05/07/1981 à Agadir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Polyarthrite rhumatoïde – Qualité de vie – EMIR court – GARS
Hamilton dépression – Echelle d'apparition de l'anxiété de Max Hamilton – Assurance
maladie

JURY

Mme. **I. TAZI**

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENT

Mme. **S. EL HASSANI**

Professeur de Rhumatologie

RAPPORTEUR

Mr. **A. ABOUSSAD**

Professeur de Pédiatrie

Mme. **L. ESSADOUNI**

Professeur agrégé de Médecine Interne

JUGES

Mr. **R. NIAMANE**

Professeur agrégé de Rhumatologie

Mr. **A. KHARCHAFI**

Professeur agrégé de Médecine Interne

PLAN

<u>Introduction</u>	1
<u>Matériel et méthodes</u>	4
<u>Résultats</u>	11
I. Caractéristiques des malades	12
1. Sexe	12
2. Origine	12
3. Age	13
4. Situation familiale	13
5. Niveau social	15
5-1. Le niveau d'instruction	15
5-2. L'activité professionnelle	17
5-3. L'autonomie financière	18
5-4. L'adhérence à un système d'assurance	18
II. Caractéristiques de la PR	19
1. Le mode de début	19
2. Le grade fonctionnel de STEINBROKER	20
3. L'activité de la PR	20

4. Les déformations articulaires	21
5. Les érosions articulaires	21
6. La sérologie rhumatoïde et anti CCP	21
7. Les manifestations extra articulaires	21
8. Les thérapeutiques instituées	22
9. L'observance thérapeutique	24
10. Le traitement chirurgical	25
11. L'aide technique	25
12. L'hospitalisation	25
13. Les effets secondaires	26
14. L'évaluation de la douleur par l'EVA	27
15. L'étude de la comorbidité	28
III. Retentissement de la PR sur la vie des malades	29
1. Retentissement de la PR sur le travail des patients	29
1.1 Caractéristiques des patients ayant des problèmes de travail	29
1.2 Etude de l'handicap fonctionnel des patients ayant des problèmes de travail	30
1.3 Qualité de vie des patients ayant des problèmes de travail	30
1.4 Evaluation psychologique des patients ayant des problèmes de travail.....	30

2. Retentissement de la PR sur les activités quotidiennes du malade	31
3. Soutien de l'entourage au patient atteint de PR	32
4. Retentissement de la PR sur les enfants	32
5. Retentissement psychologique de la PR	33
IV. Evaluation du handicap fonctionnel des patients par l'échelle GARS	34
V. Etude de l'insomnie chez les patients atteints de PR	34
VI. Etude des problèmes sexuels chez les patients atteints de PR	35
<u>Analyse</u>	36
I. Influence des déformations sur la qualité de vie des patients atteints de PR	37
Influence de la perception de la douleur sur la qualité de vie des patients atteints de PR	40
II. Influence de l'entourage sur la qualité de vie des patients atteints de PR	44
Influence de l'activité de la maladie sur la qualité de vie des patients atteints de PR	48
III. Les facteurs en relation avec l'observance thérapeutique	53

IV. Influence de l'insomnie sur la qualité de vie des patients atteints de PR	58
V. Influence des problèmes sexuels sur la qualité de vie des patients atteints de PR	62
<u>Discussion</u>	66
I. La polyarthrite rhumatoïde	67
1. Epidémiologie	67
2. Etude clinique et para clinique	67
3. Traitement	74
II. Le concept de la qualité de vie	76
1. Définitions	76
2. Instruments de mesure	78
3. Choix de l'instrument de mesure	79
III. PR et qualité de vie	81
IV. Limites de l'étude	84
V. Caractéristiques des malades	85
VI. Caractéristiques de la PR	86
VII. Retentissement de la PR sur le travail des patients	88
VIII. Impact de la PR sur les activités quotidiennes	89

IX. L'entourage du patient atteint de PR	92
X. Le profil psychologique du patient atteint de PR	94
XI. L'étude de l'insomnie chez les malades atteints de PR	95
XII. Problèmes sexuels des patients atteints de PR	96
<u>Conclusion :</u>	97
<u>Annexes :</u>	99
<u>Résumés :</u>	
<u>Bibliographie :</u>	

ABREVIATIONS

QDV	: Qualité de vie
PR	: Polyarthrite rhumatoïde
ACR	: American college of rheumatology
EMIR	: Echelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde
MHAQ	: Modified Health Assessment Questionnaire
HAQ	: Health Assessment Questionnaire
EVA	: Echelle visuelle analogique
GARS	: Groningen Activity Restriction Scale
ADL	: Activity of daily living
IADL	: Instrumental activity of daily living
SECONDAIRE 1C	: Secondaire 1 ^{er} cycle
SECONDAIRE 2C	: Secondaire 2 ^{ème} cycle
CNOPS	: Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale
CNSS	: Caisse nationale de sécurité sociale
DAS	: Disease activity score
ANTI CCP	: Anticorps anti peptides citrullinés
ORL	: Oto rhino laryngologie
AINS	: Anti-inflammatoires non stéroïdiens
HTA	: Hypertension artérielle
IDM	: Infarctus du myocarde
RAA	: Rhumatisme articulaire aigu
MCP	: Articulations métacarpophalangiennes

MTP	: Articulations métatarsophalangiennes
APN	: Anticorps antipérimucléaires
AK	: Anticorps anti kératine
FR	: Facteur rhumatoïde
ATCD	: Antécédents
CTX urinaires	: C - Terminal cross- Linking- Telo peptide)
DDB	: Dilatation de bronches
SDAI	: Simple Disease Activity Index
SENS	: Simple Erosion Narrowing Score
DP	: D pénicillamine
APS	: Antipalludéens de synthèse
MTX	: Méthotrexate
OMS	: Organisation mondiale de la santé
QALYS	: Années de vie pondérées en qualité
AIMS	: Arthritis impact measurement scale
AIMS-2	: Arthritis impact measurement scale-2.

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, la charge des maladies chroniques a considérablement augmenté. Ces maladies, pour lesquelles la guérison définitive ne peut pas toujours être obtenue, retiennent fortement sur le vécu du malade qui en est atteint. Il importe donc de soulager ces patients, de réduire leurs souffrances et donc d'améliorer leur qualité de vie (QDV).

Parmi les maladies chroniques ayant un lourd tribut fonctionnel, psychologique et socio économique on cite la polyarthrite rhumatoïde (PR).

C'est le chef de fil des rhumatismes inflammatoires chroniques, c'est une cause de douleur prolongée, de gêne et de déformations sources d'incapacité physique. C'est aussi une connectivité avec des manifestations extra articulaires susceptibles de compromettre le pronostic vital.

Il est donc clair que cette maladie altère de façon considérable la qualité de vie du patient qui en est atteint. En effet, plus de la moitié des malades sont obligés d'arrêter leur activité professionnelle moins de 5 ans après le début de la maladie et, dans 10% des cas, la PR engendre une invalidité grave en moins de 2 ans (1), sans omettre l'important retentissement psychologique qui alourdit encore la charge de la maladie.

De ce fait, la prise en charge des patients arthritiques nécessite l'identification des conséquences de la maladie qui entraînent plus de gêne pour les patients. Ces conséquences peuvent être différentes des manifestations cliniques habituelles évaluées par le clinicien. Ils ont trait aux différentes perceptions qu'a le patient de sa vie en fonction de son appréciation personnelle, de ses valeurs, de son environnement et de ses normes.

A la lumière de ces données, nous nous proposons, à travers cette étude transversale d'étudier la qualité de vie liée à la santé des patients atteints de PR à Marrakech.

Notre étude va s'axer sur :

- ⇒ L'évaluation de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde
 - ⇒ L'appréciation du retentissement de la PR sur les activités journalières et le travail du malade.
 - ⇒ L'évaluation du retentissement de la PR sur l'entourage du malade
 - ⇒ L'évaluation du retentissement psychologique de la PR
 - ⇒ L'évaluation de la qualité de vie des patients à travers des échelles spécifiques à cet égard.
-

PATIENTS ET METHODES

I- Type de l'étude :

Il s'agit d'une série de cas de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde de la région de Marrakech.

II- Population cible :

Patients atteints de polyarthrite rhumatoïde répondant aux critères de l'ACR 1987 [voir annexe 1].

III- Echantillon :

Un échantillon accidentel de 80 malades atteints de polyarthrite rhumatoïde a été colligé au niveau des centres de recrutements suivants :

- ⇒ Service de rhumatologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech.
- ⇒ Service de médecine interne, consultation de rhumatologie, du centre hospitalier régional Avenzoar à Marrakech.
- ⇒ Service de médecine interne, consultation de rhumatologie. Hôpital Militaire Avicenne à Marrakech.
- ⇒ Consultation de rhumatologie des médecins privés de Marrakech.

IV- Variables étudiées :

A travers cette étude nous avons traité un ensemble de paramètres relatifs aux différents aspects de la qualité de vie liée à la santé des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

Une première étape du questionnaire a consisté en une collecte des différentes données relatives à :

- ⇒ L'étude des caractéristiques socioéconomiques des patients.
-

- ⇒ L'étude des caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde.
- ⇒ L'étude du retentissement de la maladie sur la vie des patients à travers l'étude de son impact sur le travail et les activités quotidiennes ainsi que son retentissement sur l'entourage du patient.

Au cours de la deuxième étape de l'étude, nous avons fait appel à des échelles spécifiques pour l'évaluation :

- ⇒ De la qualité de vie des patients
- ⇒ Du handicap fonctionnel
- ⇒ Du retentissement psychologique, notamment l'étude de l'anxiété et de la dépression.

V- Collecte des données :

Notre étude s'est déroulée sous forme d'entretiens. Le recueil des informations a été réalisé à l'issue de l'interrogatoire des malades et à partir des données du dossier médical. Du fait de la grande fréquence des patients analphabètes, la collecte des données a été effectuée par l'étudiant ou le médecin.

Le questionnaire utilisé au cours de l'étude comporte :

1- La fiche d'exploitation : [voir annexe2]

Elle comporte 3 rubriques :

- ⇒ Caractéristiques socioéconomiques des malades.
- ⇒ Caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde
- ⇒ Retentissement de la polyarthrite sur la vie du malade

Ces rubriques sont formulées en questions fermées ou ouvertes

A la fiche sont annexés un ensemble de questionnaires d'évaluation de la qualité e vie.

- **Le questionnaire EMIR court (échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde) [annexe 3] (2) :**

L'échelle EMIR court est la version réduite de l'échelle EMIR, élaboré par le groupe Qualité de Vie en Rhumatologie, dans un souci de réduire son délai de passation tout en préservant la validité de contenu et les propriétés de mesure de l'échelle originale (2). Cette échelle présente l'avantage de sa simplicité d'utilisation, de sa sensibilité au changement (3) et de son exploration globale des différentes composantes de la qualité de vie liée à la santé, tout en étant conçue pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Elle est d'usage facile pour des mesures répétées dans les études longitudinales et moins coûteuse pour les essais contrôlés ou les études de cohorte (4). Sa sensibilité au changement lui vaut sa supériorité à d'autres échelles de mesure comme le MHAQ (modified HAQ) et l'EVA (échelle visuelle analogique) notamment pour l'évaluation de la douleur et du statut fonctionnel (5).

L'échelle EMIR court comporte 26 questions groupées sous formes d'échelles, évaluant de façon globale la qualité de vie du patient (voir annexe 3). L'échelle physique correspond aux questions 1 à 12, l'échelle symptôme aux questions 13 à 15, l'échelle psychique aux questions 16 à 20 et l'échelle travail aux questions 25 et 26. Nous avons suivi les recommandations du Pr. Francis Guillemin pour le codage et le calcul des scores (2). Les réponses obéissent à un format de 5 catégories (type likert), se rapportant à la fréquence avec laquelle le patient exprime chacun des items contenus dans le questionnaire et ce durant les 4 semaines précédant l'entretien. Pour les questions se rapportant à l'item travail, les réponses sont recueillies uniquement pour les patients ayant exercé un travail rémunéré, ménager ou scolaire au cours de cette période. Les scores de chaque item sont ensuite recodés. Le score brut de chaque échelle est obtenu par la somme des scores des items correspondants après recodage. Il est ensuite normalisé pour donner un score final allant de 0 (meilleur état de santé) à 10 (plus mauvais états de santé).

▪ **Le (GARS) Groningen Activity Restriction Scale: [annexe 4] (6) :**

Le GARS est un instrument générique, servant à évaluer l'incapacité fonctionnelle. Il est établi en 1990 des travaux de Suurmeijer et Kempen. Il présente l'intérêt de pouvoir étudier à la fois la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne (ADL activity of daily living) ex : se laver, s'habiller ... et les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL instrumental activity of daily living) ex : faire des courses, préparer le repas...

L'échelle de mesure GARS est constituée de 18 items avec un format de réponse de 4 catégories basées sur la capacité du patient à effectuer la tâche se rapportant à l'item (6). Bien qu'il soit un instrument conçu pour mesurer l'incapacité fonctionnelle de façon générique, il s'avère plus sensible au changement que le HAQ (2,7)

▪ **Echelle de dépression de HAMILTON : [annexe 5] (8) :**

L'échelle de dépression HAMILTON a été initialement conçue afin de mesurer les changements de la symptomatologie dépressive des patients sous antidépresseurs. Elle est devenue le test le plus utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. C'est un bon indicateur de l'intensité de la dépression. L'échelle originale comportait initialement 21 items. Elle a été ensuite réduite à 17 items se rapportant aux différentes composantes de la symptomatologie dépressive. Pour chacun des items on choisi la définition qui caractérise le mieux le malade et qui sera notée de 0 à 2 ou de 0 à 4. Des notes seuils à visée diagnostique ont été proposées par Bech et al (9) :

- Note totale de 0 à 7 : absence de dépression.
 - Note totale de 8 à 15 : dépression mineure.
 - Note totale de 16 ou plus : dépression majeure.
-

- **Echelle d'appréciation de l'anxiété de MAX HAMILTON [annexe 6] (10):**

L'échelle d'appréciation de l'anxiété de MAX HAMILTON est la plus classique et l'une des échelles les plus fréquemment utilisées pour l'appréciation de l'anxiété. Elle est très sensible au changement (11). Il s'agit d'une échelle d'hétéro évaluation qui comprend 14 items couvrant la totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil et l'humeur dépressive. Ces items sont évalués à l'aide d'une échelle de cinq degrés de gravité, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante. Ces notes sont attribuées durant l'entretien en fonction de l'expérience de l'examineur. La note globale va de 0 à 60. Il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et une note d'anxiété somatique (items 7 à 13). Le seuil admis pour une anxiété significative est de 20 (10).

Le choix de ces différents instruments de mesure a été guidé par l'analyse bibliographique des questionnaires d'évaluation de qualité de vie les plus utilisés dans la polyarthrite rhumatoïde.

Les questionnaires d'évaluation du retentissement psychologique (respectivement échelle MAX HAMILTON d'appréciation de l'anxiété et l'échelle de dépression de HAMILTON) ont été suggérés par Pr. I Tazi : chef de service de psychiatrie de L'hôpital Ibn Nafis CHU Mohammed VI Marrakech.

VI- Analyse statistique :

L'analyse statistique a été réalisée au laboratoire d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech sous la direction du Pr. M Amine. Elle a fait appel à deux méthodes d'analyse statistique :

- Une analyse descriptive : pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages ; pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts- types.
- Une analyse bivariée : au cours de cette analyse, nous avons utilisé des tests statistiques notamment le test de Student pour comparer deux moyennes, l'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes, le test de khi2 pour la comparaison de pourcentages. Quand les conditions d'application du test de khi2 étaient absentes, nous avons utilisé le test exact de Fisher.

Lorsque les conditions de validité des tests décrits ci-dessus étaient absentes, nous avons fait appel à des tests non paramétriques.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l' EPI info6.04d fr. le seuil de signification a été fixé à 5%.

VII- Considérations éthiques :

Les patients recrutés ont été informés du but de l'étude. Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés. Le recueil des données a été effectué avec respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.

ETUDE DESCRIPTIVE

I- Caractéristiques des patients :

1. Sexe :

Parmi les 80 patients, 70 étaient des femmes soit 87,5 % de la population étudiée et 10 étaient des hommes soit 12,5 %.

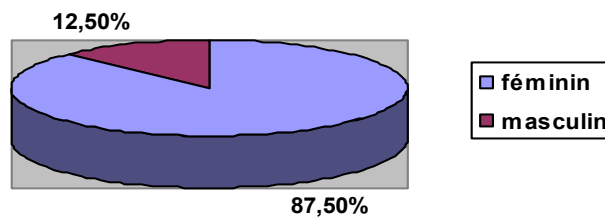


Fig.1 : La répartition des patients selon le sexe.

2. L'origine :

Les patients d'origine urbaine représentaient 58.75 % de la population de l'étude contre 41.25 % d'origine rurale.

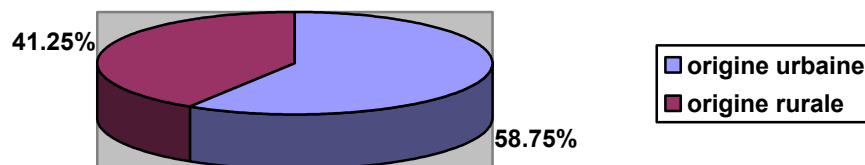


Fig.2 : La répartition des patients selon l'origine

3. L'âge :

L'âge moyen des patients recrutés est de 47,6 ans +/- 13,5 avec des âges extrêmes allant de 22 ans à 73 ans.

4. La situation familiale :

L'étude du statut matrimonial a révélé que 66,25 % des patients sont mariés, 15 % sont célibataires, 11,25 % sont veufs et 7,5 % sont divorcés.

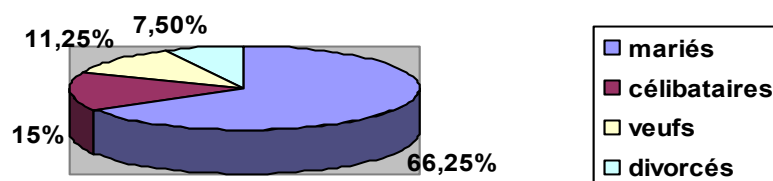


Fig.3 : Le statut matrimonial des patients

Le nombre moyen d'enfants est de 4,2 +/- 2,8 avec un minimum de 0 enfant et un maximum de 12 enfants. La durée moyenne de mariage est de 29 ans +/- 15 ans avec des durées extrêmes allant de 2 ans à 60 ans.

Les malades vivaient dans des structures familiales variables, comme le montrent les résultats du tableau I :

Tableau I : Le groupe familial des patients recrutés

Groupe familial	Nb de patients	% des patients
Patient vit avec son conjoint et ses enfants célibataires	31	38,8 %
Patient vit avec son conjoint et ses enfants célibataires et / ou mariés	16	20 %
Patient vit chez ses parents	13	16,3 %
Patient vit avec ses enfants	7	8,8 %
Patient vit avec son conjoint et/ou ses enfants chez ses beaux parents ou chez ses parents	4	5 %
Vit seul	2	2,5 %
Patient vit chez un membre de la famille	2	2,5 %
Patient vit avec son conjoint	2	2,5 %
Patient vit avec sa famille et une autre famille	2	2,5 %
Patient vit chez ses enfants	1	1,3 %

5. Le niveau social :

5-1. Le niveau d'instruction :

Le niveau d'instruction des malades et celui du responsable de famille étaient comme suit :

Tableau II : Le niveau d'instruction des patients

Niveau d'instruction du malade	Nb de patients	% des patients
Aucun	48	60 %
Ecole coranique	7	8,8 %
Primaire	9	11,3 %
Secondaire 1 c	3	3,8 %
Secondaire 2 c	8	10 %
Technique	2	2,5 %
Supérieur	3	3,8 %

Comme le montrent les résultats du tableau II, la majorité des patients, soit 60 % de la population de l'étude n'ont aucun niveau d'instruction.

L'étude du niveau d'instruction des responsables de familles a mis en évidence les résultats suivants :

Tableau III : Le niveau d'instruction du responsable de famille

Niveau d'instruction du responsable de famille	Nb d'observations	% des observations
Aucun	26	32,5 %
Ecole coranique	11	13,8 %
Primaire	16	20 %
Secondaire 1c	6	7,5 %
Secondaire 2c	12	15 %
Technique	1	1,3 %
Supérieur	8	10 %

Nous avons noté qu'un responsable de famille sur trois n'avait aucun niveau d'instruction. Dans 20 % des cas l'instruction s'était limitée au niveau primaire et dans 15 % des cas au niveau secondaire 2^{ème} cycle.

5-2. L'activité professionnelle des patients:

L'étude de l'activité professionnelle a révélé la prédominance de patients sans activité professionnelle rémunérée. Les résultats sont rapportés dans le tableau IV.

Tableau IV : L'activité professionnelle des patients :

Type de profession	Nb de patients	% des patients
Sans	63	78,8 %
Divers	5	6,3 %
Fonctionnaire	4	5 %
Militaire	3	3,8 %
Commerçant	3	3,8 %
Cadre supérieur	1	1,3 %
Occasionnel	1	1.3 %
Ouvrier	0	0 %
Fellah (gros moyens)	0	0 %
Fellah (petits moyens)	0	0 %

5-3. L'autonomie financière :

Il a été noté que 81.25% des patients étaient dépendants sur le plan financier et que seulement 18.75 % étaient autonomes.

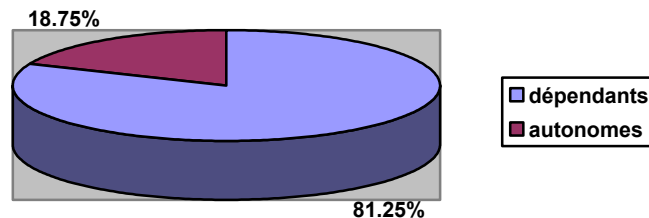


Fig.4 : L'autonomie financière des patients recruté

5-4. L'adhérence à un système d'assurance :

L'adhérence à un système d'assurance était notée chez seulement 31,25 % des patients. Parmi ces derniers, 96 % bénéficiaient d'une sécurité sociale (CNOPS, CNSS) et 4 % d'une assurance privée. La durée moyenne d'adhérence au système d'assurance est de 26 ans +/- 12,854 [2-52]. Nous avons noté que 68,8 % des patients étaient sans couverture sanitaire.

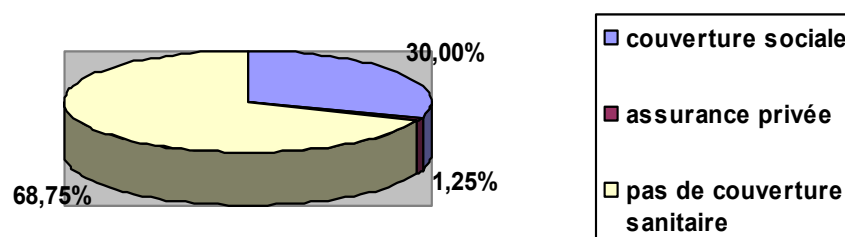


Fig.5 : La part de la couverture sanitaire des patients recrutés

II- Les caractéristiques de la PR :

Le délai moyen d'évolution est de 76,5 mois +/- 70,3 avec des durées extrêmes allant de 4 mois à 348 mois.

1. Le mode de début :

Le mode de début de la maladie était différent d'un patient à l'autre. De façon globale, nous avons noté que chez 42.5 % des patients, le début était caractérisé par une polyarthrite bilatérale et symétrique et par des arthralgies chez 38.8 % des cas. (Voir tableau V).

Tableau V : Le mode de début de la PR

Mode de début	Nb de malades	% des malades
Début par une polyarthrite bilatérale et symétrique	34	42,5 %
Début par des arthralgies	31	38,8 %
Début mono articulaire	8	10 %
Début par une oligoarthrite distale	7	8,8 %

2. Le grade fonctionnel de STEINBROKER [annexe 7] :

L'étude du grade fonctionnel, par le biais de l'échelle de STEINBROKER a mis en évidence les résultats rapportés dans le tableau VI :

Tableau VI : Le grade fonctionnel de STEINBROKER

Grade fonctionnel	Nb de patients	% des patients
I	4	5 %
II	23	28,75 %
III	48	60 %
IV	5	6,25 %

3. L'activité de la PR évaluée par le Disease Activity Scale (DAS) :

Nous avons noté que 51.25 % des patients avaient une PR très active et que 37.5 % d'entre eux avaient une PR modérément active. Chez 5 % des patients la PR était faiblement active, alors que la PR était en rémission chez 6.25 % des malades (voir fig.6)

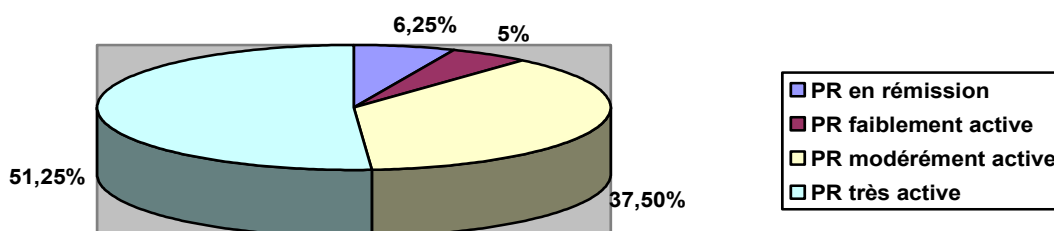


Fig.6 : L'activité de la PR évaluée par le DAS

4. Les déformations :

Des déformations articulaires ont été retrouvées chez 44 % des patients.

5. Les érosions articulaires :

Les radiographies des mains, réalisées de façon systématique ont mis en évidence des érosions articulaires chez 87.5 % des patients.

6. Sérologie rhumatoïde et anticorps anti CCP :

L'étude de la sérologie rhumatoïde a mis en évidence que 31,25 % des patients étaient séronégatifs, 60 % des patients étaient séropositifs et 8,75 % avaient une sérologie dissociée.

Les anti CCP recherchés chez 1 patient sont positifs.

7. Les manifestations extra articulaires :

- L'asthénie était présente chez 69 % des malades. 51,3 % ont présenté un amaigrissement et une fébricule
- Des nodules rhumatoïdes ont été retrouvés chez 8,8 % des patients

- Les autres manifestations extra articulaires étaient différentes d'un patient à l'autre. A la limite des investigations réalisées Ils sont rapportés dans le tableau VII :

Tableau VII : La part des manifestations extra articulaires.

L'atteinte	Nb de patients	% des patients atteints
Atteinte oculaire	22	27,5 %
Ostéoporose	14	17,5 %
Manifestations hématologiques	7	8,8 % (faites d'anémie inflammatoire)
Vascularite	3	3,8 %
Atteinte pleuro pulmonaire	3	3,8 %
Manifestations dermatologiques	1	1,3 %
Atteinte ORL	1	1,3 %
Atteinte cardiaque	1	1,3 %
Atteinte neurologique	0	0 %
Atteinte rénale	0	0 %

8. Les thérapeutiques instituées :

8-1. Les pratiques traditionnelles :

Les pratiques traditionnelles sont utilisées chez 46,3 % des patients. Ces pratiques étaient variables d'un patient à l'autre. En effet, 73 % de ces patients utilisaient des plantes médicinales, 16,2 % avaient recours au jebbar, 27 % utilisaient des points de feu, 5,4 % utilisaient le sable chaud, 2,7 % avaient recours aux saignées (hijama) et 5,4 % pratiquaient des piqûres d'abeilles. Des associations entre ces pratiques ont été notées.

8-2. Le traitement symptomatique :

Un traitement symptomatique a été administré chez 95 % des patients. Parmi ces malades, 76,3 % étaient sous corticothérapie par voie orale, 2,6 % avaient bénéficié d'une corticothérapie injectable en bolus. Le paracétamol était administré chez 18,4 % des malades et 13% étaient sous paracétamol associé. 35,5 % des malades étaient sous AINS par voie orale. Le traitement anti-inflammatoire par voie locale était administré chez 11,6 % des malades. Des associations entre ces thérapeutiques ont été relevées.

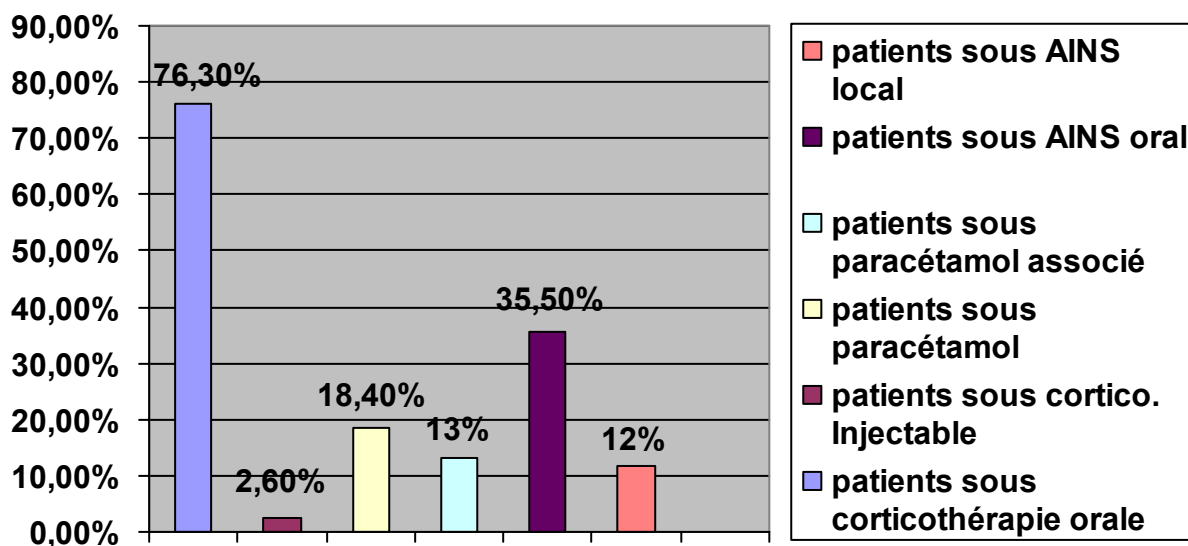


Fig. 7 : La part du traitement symptomatique chez nos patients

8-3. Le traitement de fond :

Un traitement de fond a été administré chez 76 % des patients (61 patients). L'étude a révélé les résultats suivants :

Tableau IIX : Type des traitements de fond administrés

Type du traitement de fond	Nb de patients	% des patients
Salazopyrine	26	42.6 %
Méthotrexate	16	26.2 %
Antipaludéens de synthèse	12	19.7 %
Sels d'or	3	4.9 %
Rituximab	2	3.3 %
Association de 2 traitements de fond	2	3.3 %

Comme le montrent les résultats du tableau, 42.6 % des patients étaient mis sous Salazopyrine. L'association de deux traitements de fond était proposée chez 3.3 % des patients (soit 2 patients). Il s'agissait de l'association Méthotrexate et Salazopyrine.

9. L'observance thérapeutique :

L'étude a mis en évidence que 59 % des patients avaient une bonne observance thérapeutique contre 41 % ayant rapporté des arrêts de traitement de fond. Ces arrêts étaient épisodiques chez 84 % des patients. Dans 16 % des cas le traitement était arrêté de façon totale.

Plusieurs raisons ont été avancées par les patients pour justifier cette mauvaise observance thérapeutique. Les résultats étaient comme suit :

Tableau IX : Les raisons de l'arrêt du traitement

Raisons de l'arrêt	Nb de patients	% des patients
Coût élevé du traitement	11	42,3 %
Effets secondaires	6	23,1 %
Non disponibilité du traitement, rupture	5	19,2 %
Lassitude	2	7,7 %
Inefficacité	1	3,8 %
Arrêt par le patient après amélioration	1	3,8 %

10. Traitement chirurgical :

Le traitement chirurgical a été réalisé chez 2 patients. Il s'agissait d'une réaxation du poignet et de la réalisation d'une prothèse totale de hanche.

11. Aide technique :

Une aide technique a été réalisée chez 68,4 % des patients. Parmi ces malades, 58,3 % ont bénéficié d'une canne anglaise, 25 % de béquilles et 16,7 % de chaise roulante.

12. L'hospitalisation :

La moyenne d'hospitalisation est de 1,3 par patient +/- 1.2 avec des valeurs extrêmes allant de 0 à 6 hospitalisations. La durée moyenne de séjour était de 19j +/- 13,8 avec des durées extrêmes allant de 3j à 90j.

13. Les effets secondaires :

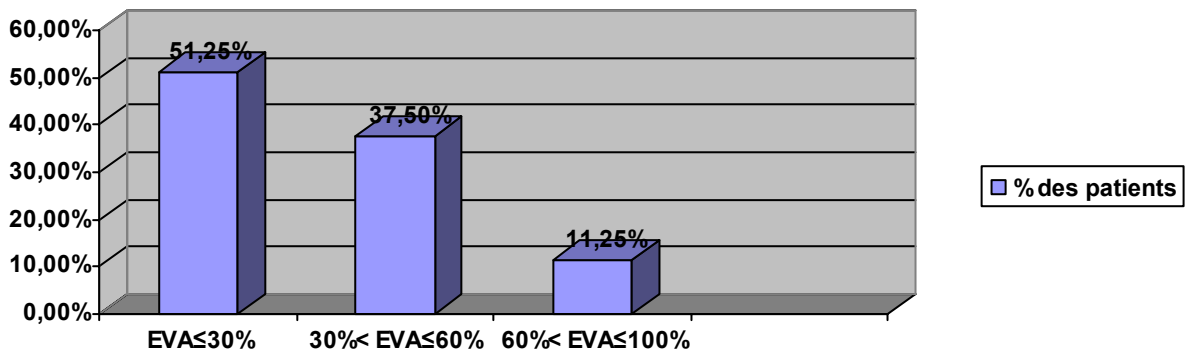
Des effets secondaires ont été rapportés chez 50 patients soit 62.5 % de la population de l'étude. Les effets secondaires relevés étaient comme suit :

Tableau X : Les effets secondaires rapportés par les malades

Effets secondaires	Nb de patients	% des patients
Gastralgies	43	82.7 %
Eruption cutanée	3	5.8 %
Cataracte cortisonique	2	3.8 %
Cytolyse hépatique	1	1.9 %
Hypercorticisme	1	1.9 %

14. L'évaluation de la douleur :

L'évaluation de la douleur par le biais de l'échelle visuelle analogique a mis en évidence une valeur moyenne de 34.5 % +/- 23.946 [0-90]. Des variations ont été notées en fonction de la valeur de l'EVA. En effet, 51.25 % des malades avaient des chiffres d'EVA ≤ 30 %, 37.5 % des patients avaient des valeurs comprises entre 30 % et 60 % et 11.25% des patients avaient des valeurs >60 %.



**Fig. 8 : La perception de la douleur chez les patients
à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA).**

15. L'étude de la comorbidité :

Nous avons relevé une pathologie associée chez 62.5 % des malades recrutés (50 patients). L'étude de la comorbidité de ces malades a mis en évidence les résultats suivants

Tableau XI : Comorbidité des malades recrutés

Pathologie associée	Nb de patients	% des malades
Gougerot Sjôgren	27	54 %
Pathologie digestive	18	18 %
Diabète	14	14 %
Pathologie thyroïdienne	14	14 %
HTA	10	20 %
Pathologie pleuro pulmonaire	5	10 %
Autre pathologie cardiovasculaire	5	10 %
Autre connectivite	3	6 %
Cataracte	2	2.5 %
Pathologie ORL	2	2.5 %
Hypoparathyroïdie	1	1.3 %
Tuberculose ganglionnaire	1	1.3 %
RAA	1	1.3 %
Pathologie neuropsychiatrique	0	0 %
Pathologie tumorale	0	0 %
Angor, IDM	0	0 %

III. Retentissement de la PR sur la vie des malades:

1. Retentissement de la PR sur le travail des patients :

Parmi les 80 malades recrutés, 17 exerçaient une activité rémunérée soit 21.2 %. Chez 15 de ces patients, soit 88.2 %, le travail était affecté par la maladie, et ce après une durée moyenne de 17 mois après le début de la PR. Les différents problèmes rapportés par les malades sont :

Tableau XII : Problèmes de travail rencontrés chez les malades :

Nature du problème	Nb de patients	% des patients
Absentéisme	13	76.5 %
Arrêt de travail	3	17.6 %
Diminution du salaire	2	11.8 %
Retard	2	11.8 %

Il a été noté que les arrêts de travail rapportés par les malades étaient de façon volontaire : il n'y avait aucun cas d'exclusion ni de retraite anticipée. Aucun malade n'a bénéficié d'une pension d'invalidité. Le reclassement professionnel a été accordé à un seul patient.

1-1. Les caractéristiques des patients ayant des problèmes de travail.

L'étude des sujets ayant un problème de travail a mis en évidence un âge moyen de 48 ans +/- [32-65], une prédominance masculine avec 60 % de patients de sexe masculin. L'étude de la situation matrimoniale de ces personnes a mis en évidence que 73.3 % d'entre eux étaient mariés. L'étude de l'activité de la PR, par le DAS, a révélé un DAS moyen de 5.613 +/- 1.882 [1.760-8.570]. La maladie était très active chez 53.3 % des sujets ayant un problème de travail et modérément active chez 33.3 % d'entre eux, tandis que 6.7 % de ces patients avaient une PR faiblement active. Un pourcentage pareil a été noté chez le groupe avec une PR en rémission.

1-2. L'étude du handicap fonctionnel des sujets ayant un problème de travail :

L'étude de l'incapacité fonctionnelle chez ces patients a mis en évidence que le score moyen du GARS était de 47.200 +/- [18-70].

1-3. La qualité de vie de patients ayant un problème de travail :

L'évaluation de la qualité de vie, par l'échelle EMIR court, a mis en évidence les résultats suivants :

**Tableau XII : Scores moyens de l'EMIR court
chez les patients ayant des problèmes de travail**

Item	Moyenne +/- écart type [valeur minimale- valeur maximale]
Physique	3.985 +/- 1.994 [0.209-7.106]
Symptômes	4.443 +/- 2.702 [0-8.330]
Psychique	3.500 +/- 2.096 [1-7.500]
Social	4.833 +/- 1.282 [1.875-7.500]
Travail	5.227 +/- 3.001 [0-10]

Les scores de qualité de vie chez les patients ayant des problèmes de travail sont variables. De façon globale, les scores de qualité de vie se rapportant aux composantes symptômes, social et travail s'intègrent dans les valeurs moyennes du score EMIR court.

1-4. L'évaluation psychologique des patients ayant des problèmes de travail :

Nous nous sommes intéressés à l'étude de l'anxiété et de la dépression des patients ayant des problèmes de travail. Chez 80 % de ces malades, nous avons noté une dépression mineure, alors que 20 % d'entre eux n'avaient pas de dépression. Le pourcentage de patients, souffrant d'anxiété a été de 13.3 %.

2. Le retentissement de la PR sur les activités quotidiennes :

Nous avons évalué l'habilité des patients à effectuer les activités journalières. Les résultats sont rapportés dans le tableau ci-dessus :

Tableau XIII : Le retentissement de la PR sur les activités journalières

Activités présentant des difficultés	Nb de patients	% des patients
Toilette personnelle	18	22.5 %
Préparation des repas	29	36.6 %
Ménage	53	66.3 %
Lessive	56	70 %
Courses	39	48.8 %
Assistance aux réceptions	34	42.5 %
Voyage	42	52.5 %

L'étude des activités de jardinage, de bricolage et de sport n'était possible que chez certains patients du fait qu'elles ne faisait pas partie des activités habituelles chez respectivement 76.3 %, 84 % et 86.3 % des malades.

L'étude des patients effectuant habituellement ces activités a mis en évidence les résultats suivants :

Activités présentant des difficultés	Nb de patients	% des patients
Jardinage	10	12.5 %
Bricolage	10	12.5 %
Sport	7	8.8 %

3. Soutien de l'entourage du malade.

Nous avons étudié le soutien apporté par l'entourage du patient. Il a été mis en évidence que 93.8 % des patients bénéficiaient d'un soutien physique et que 85 % bénéficiaient d'un soutien financier. L'entourage apportait un soutien psychologique à 97.5 % de nos malades.

L'aide physique apportée à nos malades provenait des enfants dans 78.8 % des cas, du conjoint dans 52 % des cas, par un personnel dans 6.7 % des cas et par les membres de la familles dans 48 % des cas. Les amis et les voisins intervenaient chez respectivement 14.5 % et 12 % de notre population de l'étude.

4. Retentissement de la PR sur les enfants :

Parmi les 80 malades recrutés, 82.5 % avaient des enfants. Nous avons essayé d'étudier les différents aspects de retentissement de la PR sur le vécu de ces derniers.

Les enfants étaient affectés par la maladie dans 98.5 % des cas. Le domaine affectif était affecté dans 98.5 % des cas. Dans 44.6 % des cas, les enfants étaient affecté sur le plan financier et dans 83.5 % des cas dans le domaine de l'organisation quotidienne. La scolarité était affectée chez 15.4 % des enfants.

Les différents aspects de retentissement sur la scolarité sont :

Tableau XIV : Retentissement de la PR sur la scolarité des enfants :

Retentissement sur la scolarité	Nb de foyers	% des foyers
Scolarité arrêtée	2	14.3 %
Absentéisme	4	33.3 %
Echec	3	25 %
Retard	5	41.7 %

5. Retentissement psychologique de la PR :

L'étude de l'anxiété et de la dépression chez nos malades par le biais de l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Max Hamilton et l'échelle de dépression de Hamilton a mis en évidence que 38.75 % des patients avaient une anxiété (voir figure 9).

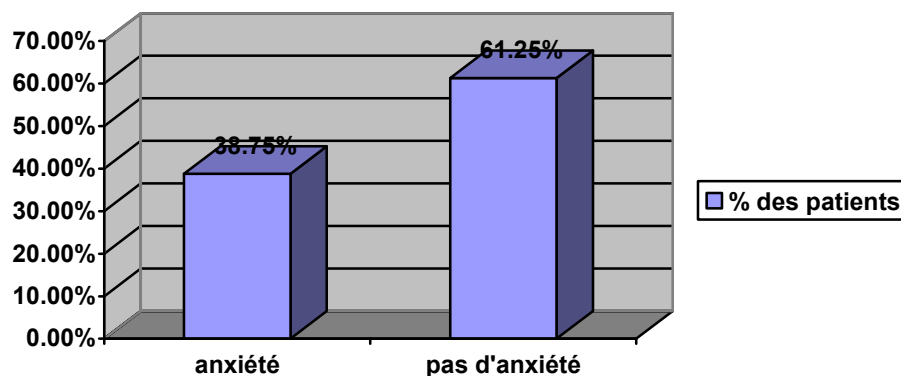


Fig.9 : Evaluation de l'anxiété par l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Max Hamilton.

Nous avons noté l'absence de symptômes dépressifs chez 23.75 % des malades alors que 60 % d'entre eux souffraient d'une dépression mineure et 16.25 % d'une dépression majeure. (Voir figure 10).

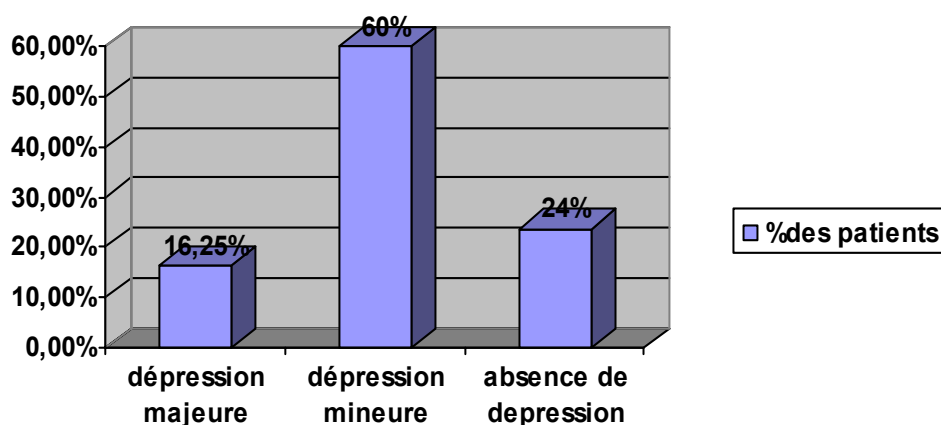


Fig.10 : Evaluation de la dépression par l'échelle de dépression Hamilton

IV. L'évaluation de la qualité de vie des patients :

Nous avons étudié la qualité de vie des patients à l'aide du questionnaire EMIR court. Les résultats étaient comme suit :

Tableau XV : Scores moyens de l'EMIR court.

Item	Moyenne +/- écart type [valeur minimale- valeur maximale]
Physique	4,553 +/- 2,082 [0,206-10]
Symptômes	4,446 +/- 2,661 [0-9,996]
Psychique	4,219 +/- 2,076 [0-8,5]
Social	5,106 +/- 1,623 [1,25-8,75]
Travail	5 +/- 2,712 [0-10]

De façon globale, la qualité de vie des patients recrutés s'insère dans des valeurs moyennes du score EMIR court.

V. L'étude du handicap fonctionnel

Nous avons étudié l'incapacité fonctionnelle chez nos malades à l'aide du questionnaire GARS. Le score moyen retrouvé était de 45,987 +/- 12,166 [18-70], ce qui correspond globalement à la moyenne du score GARS.

VI. Etude de l'insomnie chez les patients recrutés :

L'étude de l'insomnie chez les patients recrutés a mis en évidence les résultats suivants :

Tableau XVI : Evaluation de l'insomnie chez les patients recrutés

Niveau d'insomnie	Nb des patients	% des patients
Absente	14	17.5 %
Légère	17	21.3 %
Moyenne	22	27.5 %
Forte	26	32.5 %
Invalidante	1	1.3 %

VII. Etude des problèmes sexuels chez les patients :

L'étude des problèmes sexuels chez les patients recrutés s'est basée sur une évaluation globale et qualitative des problèmes rencontrés (atteinte de la libido, diminution du désir, atteinte de l'activité sexuelle). Les résultats sont rapportés dans le tableau XVII :

Tableau XVII : Evaluation des problèmes sexuels chez les patients

Problèmes sexuels	Nb de malades	% des patients
Absents	28	35 %
Légers	29	36.3 %
Graves	23	28.8 %

ANALYSE

I. Influence des déformations sur la qualité de vie des patients atteints de PR :

1- Activité de la maladie (évaluée par le DAS) :

		Activité de la PR				P *
		PR en rémission	PR faiblement active	PR modérément active	PR très active	
Déformations articulaires	Oui (35)	1 2.9 %	1 2.9 %	12 34.3 %	21 60 %	0.42
	Non (45)	4 8.9 %	3 6.7 %	18 40 %	20 44.4 %	

* p= Degré de signification.

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'existence ou non de déformations articulaires et l'activité de la maladie évaluée par le DAS.

2- L'EMIR court :

2-1. Item physique :

		EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (35)	4.800 +/-2.293	0.35
	Non (45)	4.361 +/- 1.906	

* p= Degré de signification.

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la qualité de vie dans sa composante physique (évaluée par l'échelle EMIR court) et l'existence ou non de déformations articulaires.

2-2. Item symptôme :

		EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (35)	4.760 +/-2.267	0.35
	Non (45)	4.202 +/- 2.579	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre l'existence ou non de déformations articulaires et la qualité de vie dans sa composante symptôme évaluée par l'EMIR court.

2-3. Item psychique :

		EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (35)	3.800 +/-2.044	0.11
	Non (45)	4.544 +/- 2.064	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre l'existence ou non de déformations articulaires et la qualité de vie dans sa composante symptôme évaluée par l'EMIR court.

2-4. Item social :

		EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (35)	5.225 +/- 1.602	0.56
	Non (45)	5.014 +/- 1.651	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre l'existence ou non de déformations articulaires et la qualité de vie dans sa composante sociale évaluée par l'EMIR court.

2-5. Item travail :

		EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (4)	4.375 +/- 3.608	0.6
	Non (14)	5.172 +/- 2.541	1

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre l'existence ou non de déformations articulaires et la qualité de vie dans sa composante travail évaluée par l'EMIR court.

3- GARS :

		GARS moyen Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (35)	47.143 +/- 11.775	0.45
	Non (45)	45.089 +/- 12.519	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'existence ou non de déformations articulaires et l'incapacité fonctionnelle (évaluée par l'échelle GARS).

II. Influence de la douleur (évaluée par l'EVA) sur la qualité de vie des patients atteints de PR :

1. Score d'anxiété :

		Score d'anxiété		P *
		Anxiété	Pas d'anxiété	
EVA	[0-30] (41)	13 31.7 %	28 68.3 %	0.41
	] 30-60] (30)	14 46.7 %	16 53.3 %	
	] 60-100] (9)	4 44.4 %	5 55.6 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la perception de la douleur et l'existence ou non d'anxiété chez les malades recrutés.

2. Score de dépression :

		Score de dépression			P *
		Dépression majeure	Dépression mineure	Pas de dépression	
EVA	[0-30] (41)	7 17.1%	22 53.7 %	12 29.3 %	-
	] 30-60] (30)	5 16.7 %	20 66.7 %	5 16.7 %
	] 60-100] (9)	1 11.1 %	6 66.7 %	2 22.2 %

* p= Degré de signification

L'étude de la relation entre la perception de la douleur et la dépression n'a pas été possible du fait des faibles effectifs.

3. EMIR :

3-1. Item physique :

		EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
		EVA		[0-30] (41)	3.996 +/- 1.897	0.04
] 30-60] (30)	5.065 +/- 1.919		
] 60-100] (9)	5.384 +/- 2.845		

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante physique est statistiquement liée à la perception de douleur

3-2. Item symptôme :

		EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
EVA	[0-30] (41)	3.291 +/- 2.250	0.0001
	] 30-60] (30)	5.637 +/- 2.529	
	] 60-100] (9)	5.738 +/- 2.713	

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante symptôme est statistiquement liée à la perception de douleur.

3-3. Item psychique :

		EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
EVA	[0-30] (41)	3.817 +/- 2.199	0.208
	] 30-60] (30)	4.633 +/- 1.761	
	] 60-100] (9)	4.667 +/- 2.332	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la qualité de vie dans sa composante psychique et la perception de la douleur.

3-4. Item social :

		EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
EVA	[0-30] (41)	5.192 +/- 1.718	0.89
	] 30-60] (30)	5.021 +/- 1.612	
	] 60-100] (9)	5.000 +/- 1.326	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la qualité de vie dans sa composante sociale et la perception de la douleur.

3-5. Item travail :

		EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
EVA	[0-30] (41)	2.969 +/- 1.485	0.006
	] 30-60] (30)	7.000 +/- 1.677	
	] 60-100] (9)	6.250 +/- 3.062	

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante travail est statistiquement liée à la perception de la douleur.

4. GARS :

		GARS Moyenne +/- écart type	P *
EVA	[0-30] (41)	41.976 +/- 11.755	0.004
	] 30-60] (30)	49.033 +/- 11.106	
	] 60-100] (9)	54.111 +/- 11.494	

* p= Degré de signification

L'incapacité fonctionnelle de nos malades est statistiquement liée à la perception de la douleur.

III. Influence de l'entourage sur la qualité de vie des patients atteints de PR :

1. Score d'anxiété :

		Score d'anxiété		P *
		anxiété	Pas d'anxiété	
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	24 38.1 %	39 61.9 %	0.81
	Non (17)	7 41.2 %	10 58.8 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la dépendance de l'entourage et l'existence ou non d'anxiété chez les patients recrutés.

2. Score de dépression :

		Score de dépression			P *
		Dépression majeure	Dépression mineure	Pas de dépression	
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	11 17.5 %	38 60.3 %	14 22.2 %	-
	Non (17)	2 11.8 %	10 58.8 %	5 29.4 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas pu étudié de façon statistique la relation entre la dépression et la dépendance de l'entourage du fait des faibles effectifs.

3. EMIR :

3-1. Item physique :

		EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	4.483 +/- 2.114	0.01
	Non (17)	3.479 +/- 1.590	

* p= Degré de signification

Il existe un lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et la qualité de vie dans sa composante physique.

3-2. Item symptôme :

		EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	4.548 +/- 2.676	0.51
	Non (17)	4.067 +/- 2.649	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et la composante symptôme de l'EMIR.

3-3. Item psychique :

		EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	4.317 +/- 2.126	0.41
	Non (17)	3.853 +/- 1.894	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et la composante psychique de l'EMIR.

3-4. Item social :

		EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	5.304 +/- 1.609	0.03
	Non (17)	4.375 +/- 1.499	

* p= Degré de signification

Il existe un lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et l'item social de l'EMIR.

3-5. Item travail :

		EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui 9	5.139 +/- 3.449	0.83
	Non 9	4.861 +/- 1.921	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et la composante travail de l'EMIR.

4. GARS

		GARS moyen Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	47.667 +/- 12.036	0.01
	Non (17)	39.765 +/- 10.825	

* p= Degré de signification

Il existe un lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et l'incapacité fonctionnelle des malades.

IV. L'influence de l'activité de la maladie sur la qualité de vie des patients atteints de PR :

1. EMIR :

1-1. Item physique :

		EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission (5)	2.842 +/- 1.727	0.0009
	PR faiblement active (4)	2.612 +/- 1.381	
	PR modérément active (30)	3.992 +/- 1.704	
	PR très active (41)	5.362 +/- 2.089	

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante physique est statistiquement liée à l'activité de la maladie évaluée par le DAS.

1-2. Item symptôme :

		EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission (5)	1.000 +/- 1.086	0.00002
	PR faiblement active (4)	3.124 +/- 2.191	
	PR modérément active (30)	3.554 +/- 2.230	
	PR très active (41)	5.648 +/- 2.482	

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante symptôme est statistiquement liée à l'activité de la maladie évaluée par le DAS.

1-3. Item psychique :

		EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission (5)	2.800 +/- 1.255	0.27
	PR faiblement active (4)	3.750 +/- 2.630	
	PR modérément active (30)	4.033 +/- 2.068	
	PR très active (41)	4.573 +/- 2.075	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la qualité de vie dans sa composante psychique et l'activité de la maladie.

1-4. **Item social :**

		EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission (5)	3.625 +/- 1.996	0.19
	PR faiblement active (4)	5.625 +/- 0.510	
	PR modérément active (30)	5.138 +/- 1.627	
	PR très active (41)	5.213 +/- 1.597	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la qualité de vie dans sa composante sociale et l'activité de la maladie.

1-5. **Item travail :**

		EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission(3)	2.917 +/- 0.722	0.019
	PR faiblement active (1)	0	
	PR modérément active (5)	4.000 +/- 1.046	
	PR très active (9)	6.806 +/- 2.430	

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante relative au travail est statistiquement liée à l'activité de la maladie. Cette comparaison nous semble biaisée par le fait que le nombre de patients dans chaque groupe est faible.

2. GARS :

		GARS moyen Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission (5)	29.400 +/- 11.261	0.00004
	PR faiblement active (4)	43.250 +/- 10.844	
	PR modérément active (30)	41.967 +/- 9.750	
	PR très active (41)	51.220 +/- 11.251	

* p= Degré de signification

L'incapacité fonctionnelle des malades, évaluée par l'échelle GARS est statistiquement liée à l'activité de la maladie.

3. Le traitement de fond

		Activité de la maladie				P *
		PR en rémission	PR faiblement active	PR modérément active	PR très active	
Traitement de fond	Oui (61)	5 8.2 %	3 4.9 %	24 39.3 %	29 47.5 %	0.47
	Non (19)	0 0.0 %	1 5.3 %	6 31.6 %	12 63.2 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'activité de la maladie et la mise ou non sous traitement de fond.

4. La sérologie rhumatismale :

		Activité de la maladie				P *
		PR en rémission	PR faiblement active	PR modérément active	PR très active	
Sérologie rhumatoïde	Positive	3 6.3 %	1 2.1 %	17 35.4%	27 56.3 %	0.38
	Négative	2 8 %	2 8 %	11 44 %	10 4 %	
	Dissociée	0 0 %	1 14.3 %	2 28.6 %	4 57.1%	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'activité de la maladie et la positivité de la sérologie rhumatoïde.

5. La comorbidité :

		Activité de la maladie				P *
		PR en rémission	PR faiblement active	PR modérément active	PR très active	
Comorbidité	Oui (50)	2 4 %	4 8 %	16 32 %	28 56 %	0.16
	Non (30)	3 10 %	0 0 %	14 46.7 %	13 43.3 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'existence ou non d'une pathologie associée et l'activité de la maladie.

V. Les facteurs en relation avec l'observance thérapeutique :

1- L'EMIR court:

1-1. Item physique :

		N	EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
Observance thérapeutique	Oui	36	4.000 +/- 1.764	0.12
	Non	25	4.784 +/- 1.985	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'observance thérapeutique et la qualité de vie dans sa composante physique, évaluée par l'échelle EMIR court.

1-2. Item symptôme :

		N	EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
Observance thérapeutique	Oui	36	4.049 +/- 2.710	0.98
	Non	25	4.065 +/- 2.456	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'observance thérapeutique et la qualité de vie dans sa composante symptôme, évaluée par l'échelle EMIR court.

1-3. Item psychique

		N	EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
Observance thérapeutique	Oui	36	4.264 +/- 1.822	0.93
	Non	25	4.220 +/- 2.194	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'observance thérapeutique et la qualité de vie dans sa composante psychique, évaluée par l'échelle EMIR court.

1-4. Item social :

		N	EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
Observance thérapeutique	Oui	36	4.566 +/- 1.767	0.001
	Non	25	5.850 +/- 1.195	

* p= Degré de signification

L'observance thérapeutique est statistiquement liée à la qualité de vie dans sa composante sociale, évaluée par l'échelle EMIR court.

2. Le GARS :

		N	Score GARS moyen Moyenne +/- écart type	P *
Observance thérapeutique	Oui	36	42.444 +/- 12.274	0.19
	Non	25	46.360 +/- 9.974	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'observance thérapeutique et l'incapacité fonctionnelle évaluée par l'échelle GARS.

3. Le score d'anxiété :

		Observance thérapeutique		P *
		oui	non	
Score d'anxiété	anxiété (22)	11 50 %	11 50 %	0.28
	Pas d'anxiété (39)	25 64.1%	14 35.9 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'observance thérapeutique et l'existence ou non d'anxiété.

4. Le score de dépression :

		Observance thérapeutique		P *
		Oui (36)	Non (25)	
Score de dépression	Dépression majeure	6 66.7 %	3 33.3 %	-
	Dépression mineure	22 55 %	18 45 %	
	Pas de dépression	8 66.7 %	4 33.3 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas pu étudier de façon statistique la relation entre l'observance thérapeutique et la dépression à cause des faibles effectifs.

5. La situation financière :

		Observance thérapeutique		P *
		oui	non	
Situation financière	Autonome	10	3	0.13
	Dépendante	26	22	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'observance thérapeutique et la situation financière.

6. L'adhérence à un système d'assurance.

		Observance thérapeutique		P *
		Oui 36	Non 25	
Adhérence à un système d'assurance	Oui	18 75 %	6 25 %	0.04
	Non	18 48.6 %	19 51.4 %	

* p= Degré de signification

L'observance thérapeutique est statistiquement liée à l'adhérence à un système d'assurance.

7. La comorbidité

		Observance thérapeutique		P *
		Oui (36)	Non (25)	
Pathologie associée	Oui	22 61.1 %	14 38.9 %	0.68
	Non	14 56 %	11 44 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la comorbidité et l'observance thérapeutique.

VI. Influence de l'insomnie sur la qualité de vie des patients atteints

de PR :

1. L'EMIR court :

1-1. Item physique :

		N	EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	14	3.672 +/- 1.120	0.11
	Légère	17	4.032 +/- 1.1748	
	Moyenne	22	4.816 +/- 2.238	
	Forte	26	5.232 +/- 2.348	
	<i>Invalidante</i>	<i>1</i>	<i>2.299 +/- 0.000</i>	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'insomnie et la qualité de vie dans sa composante physique, évaluée par l'échelle EMIR court. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante

1-2. **Item symptôme**

		N	EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	14	3.154 +/- 2.045	0.16
	Légère	17	4.704 +/- 2.463	
	Moyenne	22	4.544 +/- 2.380	
	Forte	26	5.030 +/- 3.112	
	<i>Invalidante</i>	<i>1</i>	<i>0.833 +/- 0.000</i>	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'insomnie et la qualité de vie dans sa composante symptôme, évaluée par l'échelle EMIR court. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante.

1-3. **Item psychique :**

		N	EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	14	3.286 +/- 1.909	0.06
	Légère	17	4.118 +/- 1.746	
	Moyenne	22	3.795 +/- 1.804	
	Forte	26	5.192 +/- 2.311	
	<i>Invalidante</i>	<i>1</i>	<i>3.000 +/- 0.000</i>	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'insomnie et la qualité de vie dans sa composante psychique, évaluée par l'échelle EMIR court. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante.

1-4. **Item social :**

		N	EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	14	4.643 +/- 1.846	0.17
	Légère	17	4.654 +/- 1.659	
	Moyenne	22	5.426 +/- 1.536	
	Forte	26	5.481 +/- 1.429	
	<i>Invalidante</i>	<i>1</i>	<i>2.500</i>	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'insomnie et la qualité de vie dans sa composante sociale, évaluée par l'échelle EMIR court. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante.

1-5. **Item travail :**

		N	EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	4	4.063 +/- 1.197	0.09
	Légère	4	2.500 +/- 2.041	
	Moyenne	3	5.833 +/- 2.602	
	Forte	7	6.607 +/- 2.768	
	<i>Invalidante</i>	<i>0</i>	<i>-</i>	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'insomnie et la qualité de vie dans sa composante travail, évaluée par l'échelle EMIR court. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante.

2. Le GARS :

		N	Score GARS moyen Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	14	38.071 +/- 10.359	0.02
	Légère	17	43.706 +/- 10.246	
	Moyenne	22	49.045 +/- 11.749	
	Forte	26	49.654 +/- 12.696	
	<i>Invalidante</i>	<i>1</i>	<i>33.000</i>	

* p= Degré de signification

L'insomnie est statistiquement liée à l'incapacité fonctionnelle, évaluée par l'échelle GARS. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante.

VII. Influence des problèmes sexuels sur la qualité de vie des patients atteints de PR :

1. L'EMIR court :

1-1. Item physique :

		N	EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
Problèmes sexuels	Absents	28	3.545 +/- 1.883	0.08
	Légers	29	3.770 +/- 1.942	
	graves	23	5.438 +/- 2.332	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et la qualité de vie dans sa composante physique évaluée par l'échelle EMIR court.

1-2. Item symptôme :

		N	EMIR moyen (item symptômes) Moyenne +/- écart type	P *
Problèmes sexuels	Absents	28	3.481 +/- 2.442	0.04
	Légers	29	5.406 +/- 2.325	
	Graves	23	9.300 +/- 3.050	

* p= Degré de signification

Les problèmes sexuels sont statistiquement corrélés à la qualité de vie dans sa composante symptôme.

1-3. Item psychique :

		N	EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
Problèmes sexuels	Absents	28	3.786 +/- 1.960	0.26
	Légers	29	4.224 +/- 1.835	
	Graves	23	4.739 +/- 2.440	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et la qualité de vie dans sa composante psychique évaluée par l'échelle EMIR court.

1-4. Item social :

		N	EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
Problèmes sexuels	Absents	28	4.799 +/- 1.531	0.32
	Légers	29	5.099 +/- 1.725	
	Graves	23	5.489 +/- 1.587	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et la qualité de vie dans sa composante sociale évaluée par l'échelle EMIR court.

1-5. Item travail :

		N	EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
Problèmes sexuels	Absents	11	4.545 +/- 2.638	0.84
	Légers	4	5.938 +/- 3.287	
	Graves	3	5.417 +/- 2.887	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et la qualité de vie dans sa composante travail évaluée par l'échelle EMIR court.

2. Déformations articulaires :

		Problèmes sexuels			P *
		Absents	légers	Graves	
Déformations articulaires	Oui	11 31.4 %	13 37.1%	11 31.4 %	0.82
	non	17 37.8 %	16 35.6 %	12 26.7 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et l'existence ou non de déformations articulaires.

3. L'activité de la maladie :

		Problèmes sexuels			P *
		Absents	légers	Graves	
Activité de la maladie	PR en rémission	2 40 %	1 20 %	2 40 %	0.55
	PR faiblement active	3 75 %	0 0 %	1 25 %	
	PR modérément active	10 33.3 %	13 43.3%	7 23.3 %	
	PR très active	13 31.7 %	15 36.6 %	13 31.7 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et l'activité de la maladie évaluée par le DAS.

DISCUSSION

I. La polyarthrite rhumatoïde :

La polyarthrite rhumatoïde est le chef de fil des rhumatismes inflammatoires chroniques. C'est une maladie du tissu conjonctif à prédominance synoviale et à expression clinique polymorphe. Elle est classée de ce fait parmi les maladies systémiques

◆ Epidémiologie :

La prévalence de la PR est classiquement estimée à 1 % de la population adulte (12). Elle peut survenir à n'importe quel âge, mais s'observe surtout entre 40 et 60 ans. La prédominance féminine est nette : 4 femmes pour 1 homme. Cette différence de sexe s'atténue progressivement avec l'âge au-delà de 70ans. Au Maroc, la PR survient à un âge plus précoce: l'âge moyen des malades est de 34,4 ans (13). Son allure clinique se rapproche des formes observées en Europe. Cependant elle semble s'en distinguer par une moindre fréquence des formes extra articulaires (14) et par une moindre sévérité des manifestations articulaires.

◆ Etude clinique et para clinique :

1. Phase de début :

Le diagnostic de PR au stade de début est basé sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, biologiques, et de façon moindre génétiques.

1-1 Présentation clinique :

La PR débutante est une maladie inflammatoire poly synoviale intéressant au moins trois articulations et évoluant depuis plus de 6 semaines et moins de 6 mois.

Les dernières recommandations du « clinical guide » notent que toute raideur matinale supérieure à 30 min associée ou non à une douleur des MCP et/ou MTP objectivée par un squeeze test positif et un gonflement de plus de 3 articulations est très évocatrice de PR et nécessite une prise en charge spécialisée d'un rhumatologue qui doit évaluer les facteurs d'évolution vers la chronicité (15).

1-2 Examens complémentaires :

a. Examens biologiques :

Peu contributifs au diagnostic à ce stade. Leur intérêt est surtout d'éliminer d'autres rhumatismes inflammatoires d'expression voisine. Il s'agit surtout de syndrome inflammatoire non spécifique au sang et au liquide articulaire, mais aussi d'un bilan immunologique fait devant tout rhumatisme inflammatoire chronique débutant

La sérologie rhumatoïde est le plus souvent négative au début de la maladie. Elle ne se positiviera qu'au bout d'une année d'évolution en moyenne et de manière inconstante.

Un grand intérêt est porté actuellement aux anticorps anti fillagrines. Ce sont des anticorps antipériducléaires (APN), des anticorps anti kératine (AK) et des anticorps anti SA. Ces anticorps sont dirigés contre des peptides cycliques citrullinés et sont de ce fait des anti CCP. Ils sont positifs dans 52 % à 57 % des PR récentes (16). Ils ont une sensibilité de 68 % et une spécificité de 98 % pour les PR. Leur spécificité serait de 96% dans les PR récentes avec une légère supériorité des anti CCP de deuxième génération (17).

La positivité conjointe des FR et des anti CCP donne les meilleures performances en terme de spécificité et de valeur prédictive positive (98-100 %), rendant quasi certain le diagnostic de PR, avec toutefois une sensibilité n'excédant pas 40-50 % (18).

La recherche des anticorps anti nucléaires est systématique lors d'une PR débutante pour éliminer une autre connectivite en l'occurrence une maladie lupique

La PR est associée aux molécules HLA DRB1 04 et DRB1 01. Le gène DR4 est présent chez 60 % des patients et 20 % des témoins (1). Le typage génétique n'a qu'un intérêt diagnostique très limité en pratique.

b. Radiologie :

i. Radiographies standards :

Les signes de la radiographie standard ne sont pas spécifiques au début de la maladie.

On peut voir des signes à type de :

- ✓ gonflement des parties molles
- ✓ déminéralisation en bandes des épiphyses métacarpo- phalangiennes
- ✓ érosion de la 5^{ème} tête métatarsienne (atteinte précoce et de grande valeur diagnostique).

ii. Echographie articulaire :

L'échographie articulaire permet d'apporter deux informations importantes en cas d'arthrite : elle permet d'une part de détecter plus de synovites qu'à l'examen clinique et d'autre part de déceler plus d'érosions qu'à la radiographie standard.

iii. L'imagerie par résonance magnétique nucléaire :

Elle permet d'évaluer les lésions osseuses précoces (œdème, géodes et érosions) avec une description de la synoviale inflammatoire, des articulations et des gaines tendineuses.

1-3 Evaluation du pronostic :

C'est-à-dire identifier les facteurs prédictifs d'évolution vers la chronicité et la destruction articulaire. Ainsi on distingue :

a. Des critères cliniques :

- ✓ Le début à un âge jeune
 - ✓ L'atteinte d'emblée polyarticulaire
 - ✓ La durée d'évolution au delà de 3 mois
 - ✓ Des ATCD familiaux de PR
 - ✓ Un handicap fonctionnel initial reflété par le HAQ
 - ✓ La présence dès le départ des critères ACR de la PR.
-

b. Des critères biologiques :

- ✓ Importance du syndrome inflammatoire
- ✓ La forte positivité du FR
- ✓ La présence des AC anti CCP et anti péri nucléaires
- ✓ La présence de CTX urinaires (C - Terminal cross- Linking- Teloptide).

c. Des critères génétiques :

- ✓ La présence des gènes HLADRB1.

d. Des critères radiologiques :

- ✓ La présence de lésions radiologiques précoces.

Ces éléments sont réunis en un score composite Il s'agit du score de LEIDEN. Ce score comporte 2 items. L'un permettant de prédire l'évolution vers la chronicité, l'autre vers les lésions articulaires (19).

2. La période d'état :

Elle correspond à l'apparition de déformations caractéristiques de la PR. C'est généralement à cette phase que l'on peut observer des manifestations extra articulaires.





2-1. Etude clinique :




a. Signes articulaires :

ii. L'atteinte des mains et des pieds

L'atteinte des mains se voit dans 90 % des cas. Elle réalise des déformations caractéristiques (voir tableau I). L'atteinte des pieds est particulière par la gêne et le handicap qu'elle entraîne.

Tableau I : principales atteinte des articulations des mains et des pieds au cours de le PR

L'atteinte des mains	
Aspect en dos de chameau	
Coup de vent cubital avec un aspect de pouce en Z	
Déformation des doigts en col de cygne boutonnière maillet	
Touche de piano	

L'atteinte des pieds	
<p>Affaissement de la voûte plantaire avec valgus de l'arrière pied</p>	
<p>Subluxation des MTP avec orteils en marteau</p>	
<p>Hallux valgus et quintus varus avec durillons d'appui.</p>	

✓ Les grosses articulations :

. Deux articulations sont particulières car l'une met en jeu le pronostic fonctionnel (hanche) l'autre engage le pronostic vital (rachis cervical).

b. Signes péri articulaires :

Il s'agit essentiellement de ténosynovites et de kystes articulaires

c. Signes extra articulaires :

✓ Signes généraux :

Une asthénie, un amaigrissement et, de façon plus rare, un fébricule sont décrits au cours de la PR.

✓ Nodule rhumatoïde :

✓ Manifestations hématologiques

- Elles peuvent être à type de :
- Hyperplasie lymphoïde : adénopathies superficielles.
- Anémie inflammatoire.
- Modification des globules blancs (leucopénie, hyperleucocytose).
- Syndrome de FELTY, définit par la triade : PR, splénomégalie, leuco neutropénie.

✓ Autres manifestations systémiques possibles

Vascularite, syndromes canaux, compression médullaire, péricardite, endocardite, myocardite, pleurésie, fibrose pulmonaire, dilatation de bronches (DDB), amylose, dysphonie, épisclérite, ostéoporose ...

2-2. Evaluation de la polyarthrite rhumatoïde :

Afin de juger l'évolution de la maladie et d'adapter la prise en charge thérapeutique, trois domaines doivent être évalués :

a. Evaluation de l'activité de la PR :

Il existe plusieurs outils dont : les critères ACR 20, 50 et 70, les critères FDA, le DAS (Disease Activity Score) [annexe 8] (20) et le SDAI (Simple Disease Activity Index). Ces deux derniers outils sont les plus adaptés à la pratique courante.

b. Evaluation de la capacité fonctionnelle :

Plusieurs indices sont disponibles pour l'évaluation de la capacité fonctionnelle dont l'indice fonctionnel de LEE, le HAQ et le GARS. Il ne s'agit pas de questionnaires de la qualité de vie. Cependant ils ont un grand intérêt au cours des pathologies rhumatismales chroniques, où le patient se trouve face à une altération de ses capacités physiques qui l'accompagne toute la vie.

c. Evaluation des dégâts structuraux :

Par des clichés de radiographies standards, réalisées tous les 6 mois pendant la première année, puis tous les ans jusqu'à 3 ans, ensuite tous les 2 à 4 ans, afin d'évaluer la progression de la maladie et d'apprécier l'efficacité des traitements de fond.

Plusieurs scores radiologiques s'offrent au rhumatologue, les plus utilisés en pratique sont : le score de Larsen, le score de Sharp, le Sharp modifié par Van Der Heijde et le SENS (Simple Erosion Narrowing Score).

◆ Traitement :

1. Buts :

Le traitement vise actuellement la rémission complète et la prévention des lésions articulaire (et donc du handicap) ou au moins, l'obtention d'une activité minimale associée à un ralentissement voire une inhibition de la progression radiographique (21).

2. Moyens

<u>Traitement symptomatique</u>	
<u>Traitement général</u>	<u>Traitement local</u>
<ul style="list-style-type: none">• <i><u>Les antalgiques</u></i> : paracétamol ou associations de paracétamol et de codéine ou de dextropropoxyphène.• <i><u>Les anti-inflammatoires non stéroïdiens</u></i>.• <i><u>Les glucocorticoïdes</u></i> : dans les formes très inflammatoires par voie orale ou en bolus de méthylprédnisolone.	<ul style="list-style-type: none">• Evacuation des épanchements.• Infiltrations intra articulaires de corticoïdes ou synoviorthèses.• Synovectomie par voie arthroscopique.
<u>Le traitement de fond</u>	
<p><i>La D pénicillamine (DP).</i> <i>Les sels d'or injectables.</i> <i>Les antipaludéens de synthèse (APS).</i> <i>La sulfasalazine.</i> <i>Le méthotrexate (MTX).</i> <i>Le léflunomide.</i> <i>La biothérapie.</i></p>	
<u>La réadaptation fonctionnelle</u>	
Appareillages de repos ou de fonction pour la prévention des déformations	
<u>Les méthodes chirurgicales</u>	
Synovectomies, arthroplastie partielle radio ulnaire ou radio carpienne, chirurgie prothétique pour l'épaule ou le coude, réalignement métatarsophalangien, laçage occipito atloïdien...	

II. Le concept de la qualité de vie :

1. Définition :

Il existe un nombre sans cesse grandissant de travaux dédiés à la qualité de vie. Le concept de QDV est désormais considéré parmi les indicateurs d'appréciation de la santé et de ses conséquences. Parallèlement à cette croissance exponentielle de recherches, une multitude de définitions a été donnée. Nous avons choisi celles-ci :

a) Définition de l'OMS :

En 1994, l'OMS a défini la qualité de vie comme étant : "la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses impulsions. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement "(22).

b) Qualité de vie liée à la santé (Walker et Ross) :

La qualité de vie liée à la santé est un « concept concernant les caractéristiques et incapacités physiques qui influent sur la capacité d'un individu à fonctionner et à en retirer satisfaction » Walker et Ross. Quality of life assessment and application. MTP. Press Ltd.

Deux dimensions peuvent être individualisées dans toute étude de la qualité de vie :

- 1 une dimension objective : elle comprend le fonctionnement ainsi que les caractéristiques socioéconomiques.

- 2 une dimension subjective : elle comprend le bien être. Cette dernière constitue en fait un principal pilier dans l'étude de ce concept.

Ainsi, une bonne étude de la qualité de vie liée à la santé doit être capable d'englober le bien être physique, l'inconfort somatique, l'état psychologique et les problèmes sociaux et relationnels (23).

Le bien être physique, comprend l'autonomie et les capacités physiques. C'est parmi les facteurs de QDV les plus étudiés. C'est en fait une mesure du handicap et de la gêne. De nombreux outils sont validés à cet égard. Ils présentent l'avantage d'une bonne corrélation avec les estimations médicales.

L'inconfort somatique est le résultat de la souffrance qu'entraînent la maladie et les traitements (effets secondaires). La douleur est de loin le paramètre le plus étudié. L'inconfort somatique est en plus intimement lié à l'état psychologique. En effet, les facteurs psychosociaux interfèrent de façon considérable avec le vécu du malade. Ceci est particulièrement vrai pour les patients atteints de pathologies chroniques. L'état psychologique influence la perception de la douleur et la présence de douleur influence le bien être psychologique et l'insertion sociale du malade (24). Il est connu, par exemple, que la fatigue au cours de la PR est très fortement liée aux facteurs psychosociaux (25) et que la plupart des maladies rhumatologiques provoquent des réactions psychiatriques à tous les stades de leurs évolutions. Ces réactions sont le plus souvent transitoires, directement liées à l'annonce d'un diagnostic, à l'impotence fonctionnelle ou à la douleur. Les patients présentent des réactions de colère, d'angoisse et de découragement. Celles ci peuvent favoriser les refus de traitements, chez des patients fixés dans des attitudes de méfiance vis à vis des soignants et de déni de leur maladie (26).

Il est clair que la qualité de vie est un concept très large dans lequel plusieurs facteurs interviennent de manière complexe. L'ensemble de ces facteurs doit donc être étudié de la manière la plus complète possible lors de toute évaluation de la qualité de vie liée à la santé. Ceci explique la multitude d'instruments de mesure disponibles. Ces mesures doivent aussi tenir compte de la variabilité avec le temps de ces paramètres et d'être sensibles au changement.

2. Instruments de mesure :

Les instruments de mesure de la QDV sont des questionnaires, le plus souvent auto administrés. Ce type d'évaluation a l'avantage de sa simplicité et d'un faible coût. En revanche, il expose à des taux de réponses incomplètes plus importants que les questionnaires administrés par enquêteur. Dans cette situation, on ne peut être certain de la parfaite compréhension des questions.

On distingue les instruments psychométriques et les instruments économétriques (27):

2-1. Les instruments psychométriques:

Ce sont des questionnaires standard à réponse fermée, portant sur l'état du moment ou d'une période définie dans le passé récent. Ils se répartissent en :

a. Instruments génériques:

Ils permettent d'évaluer l'état de santé du patient quelque soit sa maladie. Ils peuvent également être utilisé en population générale. Ces instruments ont également l'avantage de pouvoir comparer l'impact sur la qualité de vie de pathologies différentes et peuvent être utilisés pour guider la mise en place de politique de santé.

b. Instruments spécifiques :

Ils sont particulièrement adaptés à l'étude d'une pathologie précise, ou d'un type de population (enfants, personnes âgées). Ils peuvent être spécifiques d'une maladie et ont l'avantage d'en détecter les changements faibles et spécifiques.

c. Instruments de qualité de vie personnalisés :

Dans ces instruments, c'est le patient qui choisi les domaines de qualité de vie pour lesquels il souhaiterait avoir une amélioration et qui font alors l'objet de l'évaluation. Ces instruments permettent au mieux de prendre en compte le caractère subjectif et individuel de la

qualité de vie. Cependant, leur utilisation se heurte à des contraintes (enquêteur expérimenté, difficulté de comparaison entre des patients ayant choisi des domaines de qualité de vie différents...). Ils restent actuellement du domaine de la recherche.

2-2. Les instruments économétriques

Dans ces instruments, on demande au patient de faire un choix en fonction du niveau de qualité de vie désiré, compte tenu du risque encouru. Les scénarios proposés au choix du sujet représentent les situations dans lesquelles il est susceptible de se trouver selon l'alternative thérapeutique qu'il choisira (exemple abstention thérapeutique versus traitement chirurgical d'une coxarthrose). Selon le risque (probabilité) associé à chaque alternative, le sujet oriente son choix. Ce qui définit une « utilité », c'est-à-dire une probabilité située entre 0 (mort) et 1 (préférence maximale ou santé optimale). Ces probabilités peuvent ensuite servir de pondération pour calculer des années de vie pondérées en qualité (QALYs) selon la formule « utilité X durée de vie restante », extrapolée à partir de l'espérance de vie moyenne de la population de même âge (27).

3. Choix de l'instrument de mesure

Le choix de l'instrument de mesure va dépendre essentiellement des objectifs d'utilisation et de la population à laquelle il s'adresse. L'analyse soignée du contenu de l'instrument sélectionné à travers un examen attentif des items et des concepts censés être explorés et des données concernant sa validité psychométrique est :

3-1. Validité de contenu:

C'est la capacité de l'instrument à mesurer effectivement ce qu'il est censé mesurer. Elle suppose que les items rassemblés explorent de façon complète l'ensemble des aspects d'une dimension donnée, sans redondance entre eux. Elle suppose une description explicite du concept avant la sélection des items (27).

3-2. Validité de construit:

C'est la capacité de l'instrument à mesurer de façon séparée les différentes dimensions constituées (27).

3-3. Validité convergente:

Bien qu'il n'existe pas de mesure de référence de la qualité de vie, il existe des critères dont on attend qu'ils se comportent dans le même sens ou dans la même direction en cas de détérioration ou d'amélioration de la qualité de vie (ex : signes cliniques, mesures psychiques...) (27).

3-4. Validité discriminante:

On parle de validité discriminative ou divergente lorsque la mesure de la QDV est faiblement corrélée avec une autre mesure reconnue pour être conceptuellement peu liée à la QDV (ex : taille) (27).

3-5. Reproductibilité:

La reproductibilité d'un instrument est vérifiée lorsqu'un même patient répond à deux reprises au cours du temps (reproductibilité intra sujet) ou deux patients en état identiques (reproductibilité inter sujets) fournissent les mêmes valeurs de QDV. La reproductibilité inters observateurs est vérifiée lorsque plusieurs observateurs administrant le même questionnaire chez un même patient obtiennent le même résultat. Cette dernière ne s'applique pas aux auto-questionnaires (27).

3-6. Sensibilité au changement

C'est la capacité d'un instrument à détecter une modification de QDV au cours du temps chez un même sujet. Cette propriété est cruciale pour l'évaluation des activités thérapeutiques. Elle suppose que l'instrument ait une bonne reproductibilité et donc une faible erreur de mesure (27).

De façon générale il est recommandé d'associer un instrument générique et un instrument spécifique (27).

III. Polyarthrite rhumatoïde et qualité de vie :

La rhumatologie est parmi les domaines qui ont manifesté très tôt un intérêt croissant pour l'évaluation de la qualité de vie. Ceci est nettement mis en évidence par la liste non exhaustive de travaux publiés dans ce domaine où les pathologies sont d'importantes causes de morbidité chronique. Les applications des études de la qualité de vie ont concerné plusieurs pathologies de l'appareil locomoteur. La PR est parmi les pathologies qui ont suscité le plus d'intérêt dans le domaine de l'évaluation de la qualité de vie en rhumatologie, du fait de sa fréquence et de son important impact sur le vécu quotidien des patients. Il est devenu indispensable de mettre en place des instruments et des indices permettant l'évaluation de la qualité de vie au cours de cette pathologie. Ceci a fait l'objet de plusieurs études. Nous disposant actuellement de plusieurs échelles validées à cet égard. Nous avons choisi de développer les plus fréquemment utilisées.

1. L'échelle AIMS2 (Arthritis Impact Measurement Scale) :

L'échelle AIMS est proposée en 1980. Elle a fait l'objet d'une révision vers l'AIMS2, dont la pertinence et la validité sont bien établies (28). Il s'agit d'un questionnaire de mesure de l'état de santé et de la qualité de vie de 57 items en 12 dimensions, composées de cinq composantes : physique (mobilité, marche, fonction de la main et des doigts, bras, soins personnels, tâches ménagères), symptôme (douleur), rôles (travail), interaction sociale (activité sociale, soutien de la famille et des amis) et psychologique (tension et humeur). Ainsi, ce questionnaire présente l'avantage d'une approche multidimensionnelle de la qualité de vie, il est en plus spécifique pour la polyarthrite rhumatoïde. Il s'est avéré pertinent et cliniquement sensible au changement dans les situations d'études longitudinales ou d'essais thérapeutiques (29). De même que sa supériorité à d'autres échelles comme l'indique une étude norvégienne réalisée sur 238

polyarthritiques suggérant une meilleure sensibilité de la composante physique du AIMS par rapport au HAQ (30).

L'AIMS-2 a été adapté en langue française vers L'EMIR (échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde). Cette version a été validée et sa sensibilité au changement a été démontrée (27). Une des limites à son utilisation est sa relative longueur. Le groupe Qualité de Vie en Rhumatologie a mis en œuvre une procédure de réduction du questionnaire visant à préserver la validité du contenu et les propriétés de mesure de l'instrument original tout en réduisant de façon importante le nombre d'items (< à 50%) et en modifiant le format de présentation pour raccourcir son délai de passation (2). L'EMIR court comportera ainsi 26 questions [annexe 3]. Il est d'usage facile pour des mesures répétées dans les études longitudinales et moins coûteux pour les essais contrôlés ou les études de cohorte (4). Sa sensibilité au changement lui vaut sa supériorité à d'autres échelles de mesure comme le MHAQ (modified HAQ) et l'échelle visuelle analogique pour l'évaluation de la douleur et du statut fonctionnel (5).

2. Le HAQ (Health Assessment Questionnaire) :

Le HAQ est de loin l'indice de qualité de vie le plus fréquemment utilisé. Il s'agit d'un auto questionnaire qui explore la capacité à effectuer les gestes de la vie courante dans 8 domaines d'activité et ceci dans les 8 derniers jours. Il présente l'avantage d'une facilité d'usage et d'une bonne fiabilité et validité. De nombreuses versions en langues non anglaises ont été créées pour tenir compte des variations culturelles.

Le HAQ a été largement utilisé dans l'évaluation de l'état fonctionnel et l'invalidité au cours de la PR, mais aussi au cours d'autres maladies tels la sclérodermie (31), le lupus, l'arthrose (27) et en rhumatologie pédiatrique par sa version Child HAQ dont la validité semble établie dans plusieurs populations (27).

Certes, le HAQ est parmi les premiers instruments de mesure de la qualité de vie établis, néanmoins, il ne comporte pas de paramètres explorant le retentissement social et psychologique de la maladie.

3. Le GARS (Groningen activity restriction scale) :

Le GARS est un instrument générique pour la mesure de l'incapacité fonctionnelle. Il a été mis au point à partir des travaux de Suurmeijer et Kempen. Il a été d'abord conçu pour mesurer l'incapacité fonctionnelle de façon générique chez les sujets âgés, il fut ensuite utilisé avec succès pour les patients atteints de PR. Il présente l'avantage de sa simplicité et de la commodité de son utilisation. Il peut être administré à la fois lors d'entretien que par mail (6). Il comporte 18 questions se rapportant aux différents domaines de l'incapacité fonctionnelle.

La principale caractéristique du GARS provient de la distinction faite entre 2 groupes d'activités :

- Le domaine des activités de la vie quotidienne (activity of daily living ADL), qui étudie les activités relatives aux soins et fonctions qui ont trait aux patient lui-même, par exemple : s'habiller, manger, marcher, laver et sécher son corps ...)
- Le domaine des activités instrumentales de la vie quotidienne (instrumental activity of daily living IADL), qui concerne le fonctionnement de l'individu au sein de son environnement, par exemple : faire des courses, préparer le repas ...)

Cette distinction entre les 2 groupes d'activités est essentiellement en rapport avec des considérations sociales (6). La mesure de l'incapacité fonctionnelle tient aussi compte de l'aide potentiellement fournie par une tierce personne (personnel, institution ...).

Ainsi, ce questionnaire présente l'intérêt d'une meilleure description de la sévérité du handicap, d'une bonne distinction des différents types d'incapacités et donc d'une meilleure évaluation de la sévérité de la maladie (27). Il se caractérise en outre par sa bonne sensibilité au changement. Cette propriété a fait l'objet d'une étude longitudinale et transculturelle portant sur 634 patients atteints de PR et qui a mis en évidence une meilleure sensibilité au changement du

GARS par rapport au HAQ, instrument pourtant très répandu dans les études de la polyarthrite rhumatoïde (7).

IV. Limites de l'étude :

Nous avons essayé, à travers cette étude, d'évaluer la qualité de vie liée à la santé de 80 malades atteints de PR à Marrakech. Etant donné que la qualité de vie est un large concept, nous nous sommes limités à l'étude de quelques paramètres qui nous ont semblé les plus importants.

Le questionnaire utilisé n'était pas adapté au contexte socioculturel marocain ce qui a rendu difficile son application ainsi que sa comparaison avec les données de la littérature.

La plupart des malades provenaient du milieu hospitalier, ce qui pourrait influencer l'état de la maladie des patients recrutés. Nous avons trouvé des difficultés concernant la comparaison avec d'autres études, surtout en ce qui concerne l'impotence fonctionnelle du fait de la rareté des études utilisant l'échelle GARS. Les outils d'étude de la qualité de vie sont très nombreux et variés, ainsi il était difficile de procéder à la comparaison de notre travail avec d'autres études utilisant les mêmes indices de qualité de vie.

Un autre problème rencontré est celui de la taille de l'échantillon, surtout après la catégorisation de l'échelle de dépression de Hamilton ce qui a rendu impossible d'étudier les facteurs en relation avec cet item.

La longueur de la fiche d'exploitation utilisée a été parmi les causes de la difficulté de réalisation ainsi que de l'impossibilité de traiter l'ensemble des facettes de la qualité de vie tels que l'impact de la maladie sur les activités religieuses, les coûts directs et indirects de la maladie et l'étude exhaustive de certains items tels que l'insomnie et les problèmes sexuels...

V. Caractéristiques des malades :

Nous avons constaté une prédominance féminine avec 87.5 % de femmes contre 12.5 % d'hommes. Ceci n'est pas surprenant dans une pathologie qui touche plus fréquemment les sujets de sexe féminin. Nos patients provenaient du milieu urbain pour 58.8 % d'entre eux et 41.3 % provenaient du milieu rural. Ces pourcentages reflètent de loin la situation au Maroc puisque 42 % de la population marocaine est d'origine rurale (32). Le rapprochement entre ces deux pourcentages pourrait être expliqué par l'accessibilité aux soins à Marrakech qui constitue en fait une attraction pour les régions limitrophes.

Nous nous sommes intéressés à l'étude du niveau socioéconomique des malades. Plus de la moitié de nos patients (60 %) n'avaient aucun niveau d'instruction ce qui dépasse faiblement les taux retrouvés lors du recensement de 2004 puisqu'il a été noté que le taux d'alphabétisation des adultes était de 52.3 % de la population générale (32). Ceci pourrait être expliqué par la tranche d'âge des patients recrutés puisque l'âge moyen de nos patients était de 47.6 ans mais aussi par la prédominance féminine surtout si on prend en considération que le taux d'alphabétisation dans le rang des femmes au Maroc ne dépasse pas 39.6 % (32). L'étude de l'activité professionnelle a révélé un taux de chômage élevé avec 78.8 % de patients sans activité professionnelle rémunérée ce qui dépasse de très loin le taux de chômage dans la population générale et qui est de 10.8 % (32). Ceci pourrait être dû à la fréquence plus élevée de femmes au foyer dans notre population à l'étude, et pourrait expliquer la plus grande part de dépendance sur le plan financier de nos patients. En effet, 81.3 % des malades sont dépendants financièrement contre seulement 18.8 % des patients jouissant d'une indépendance sur le plan financier. Ceci en plus de la faible couverture sanitaire qui ne concerne que 31.3 % de nos patients. Ce constat pourrait être expliqué, en plus du taux élevé de chômage, par la non généralisation de l'assurance médicale obligatoire qui connaît ses débuts actuellement. Ceci tout en sachant que l'assurance maladie ne couvre que la polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (33).

Une autre constatation soulevée par cette étude serait le groupement familial des patients recrutés. En effet, les sujets vivant seuls ne constituaient que 2.5 % de la population à l'étude, contre 38.8 % vivant au sein d'une famille englobant en plus le conjoint et les enfants. Un point important, les familles comprenant plus d'un noyau familial représentent 20 % des cas. C'est le cas de patients vivant avec leurs conjoints et leurs enfants mariés. Ceci pourrait être expliqué par la persistance du regroupement familial et par la place importante qu'occupe encore la famille dans la société marocaine malgré les tendances à la modernisation et à la nucléarisation des familles. Nous n'avons pas pu faire de comparaison sur ce point vu l'absence d'étude explicitant ce point à la limite de notre recherche.

VI. Caractéristiques de la PR :

Les patients recrutés avaient une durée d'évolution de la maladie allant de quelques mois à plusieurs années. Le délai d'évolution moyen est de 76.5 mois +/- 70.295[4-348]. Tous les patients répondaient aux critères de l'ACR.

L'évaluation de l'activité de la maladie a révélé une grande part des PR active dans notre population. En effet, plus de la moitié des malades avaient une PR très active et plus du tiers avaient une PR modérément active. Ceci pourrait être dû au fait que la plupart des malades provenaient du milieu hospitalier et déterminaient donc une gravité potentielle de la maladie. L'activité de la maladie était statistiquement liée au statut fonctionnel des malades. Ce constat est en accord avec les données de la littérature. En effet, plusieurs études utilisant le HAQ ont souligné le lien entre l'activité de la maladie et le statut fonctionnel (34,35). Les patients qui avaient une PR active étaient le plus souvent mis sous traitement de fond. Ce constat s'expliquerait par la tendance à sélectionner les patients candidats à une thérapeutique de fond. Cependant nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'activité de la maladie et la mise sous traitement de fond. Ce qui pourrait être dû au grand nombre de patients mis sous Salazopyrine (42.6 % des malades recrutés).

La polyarthrite rhumatoïde est pourvoyeuse de déformations articulaires. Dans notre série, nous avons noté l'existence de déformations chez 44 % des patients. Nous avons étudié la relation entre ces déformations et le statut fonctionnel de ces malades, cependant il n'y avait pas de relation statistiquement significative. Ceci pourrait être expliqué par la nature même de ces déformations, puisque la plupart de nos malades avaient des petites déformations qui n'altéraient pas (ou de façon moindre) la fonction des mains, surtout en cas de la non atteinte de la pince pouce index. En plus, l'installation progressive de ces déformations est un facteur d'adaptation du malade à la restriction engendrée.

Nous nous sommes intéressés également à l'étude de la perception de la douleur chez les malades. La moitié des malades avaient une EVA \leq 30 %. Nous avons noté un lien statistiquement significatif entre la perception de la douleur et le statut fonctionnel évalué par l'échelle GARS ($p = 0.004$). Ceci est expliqué par la restriction fonctionnelle engendrée par la douleur et pourrait expliquer la corrélation trouvée entre la douleur et l'EMIR travail.

A travers l'étude des différents traitements instaurés, nous avons constaté une grande part de la médecine traditionnelle pratiquée chez 46.3 % de nos malades. Ceci pourrait être expliqué par le bas niveau d'instruction de ces patients mais aussi par la faible couverture sanitaire dans une pathologie où des thérapeutiques de fond, devant être pris à vie, coûtent cher. Sans omettre le fait que les croyances en la « médecine traditionnelle » sont profondément ancrées dans une ville où l'offre de « soins » par des « guérisseurs » dépasse de loin l'offre par les établissements de soin de santé en particulier du secteur publique, en plus du coût élevé des prestations au niveau du secteur privé contrastant avec les honoraires des « guérisseurs » traditionnels qui sont laissés à l'estimation du patient lui-même (36). Il reste à préciser que le pourcentage de patients recrutés et adhérents à ces pratiques reste inférieur aux pourcentages attendus surtout si en prend en considération le nombre de « consultations » relatives aux pathologies de l'appareil locomoteur relevé chez les guérisseurs traditionnels et qui pouvait atteindre 200 « consultants » par jour (36). Ceci pourrait être dû au fait que nos malades avaient peur ou se sentaient gênés à déclarer leurs adhésions à ces pratiques, d'autant plus que dans le cadre d'une pathologie chronique comme la polyarthrite rhumatoïde, le recours à de tels

pratiques aggrave la symptomatologie (aggravation des synovites par les massages et les produits appliqués) ce qui incite le patient à ne plus y adhérer après sa première poussée...

Dans le même sens, nous avons constaté que 41 % des patients avaient rapporté des arrêts de traitement de fond et ceci de façon épisodique dans 84 % des cas. Le coût élevé des thérapeutiques de fond a constitué la cause avancée par 42.3 % des malades. Ceci renforce la réflexion déjà avancée concernant la couverture sanitaire, qui continue à poser un grand problème dans la prise en charge des malades au Maroc surtout en ce qui concerne les pathologies chroniques et invalidantes, puisqu'une corrélation statistiquement significative est mise en évidence entre l'observance thérapeutique et l'adhérence à un système d'assurance ($p = 0.04$). Aucune relation n'a été mise en évidence entre l'autonomie financière et l'observance thérapeutique, probablement du fait de la grande part des patients dépendants financièrement dans la population de l'étude.

L'observance thérapeutique semble également être liée à l'insertion sociale du patient, comme le montre la relation statistiquement significative retrouvée avec l'EMIR social : un patient serait plus adhérent au traitement lorsqu'il est entouré et soutenu de ses proches. Ceci souligne le rôle joué par l'entourage dans l'adaptation du patient à sa maladie.

VII. Retentissement de la PR sur le travail des malades :

Dans notre étude, nous avons trouvé une difficulté pour évaluer de façon analytique l'impact de la PR sur le travail des patients du fait du nombre restreint des sujets exerçant une activité rémunérée (17 patients seulement). Chez 88.2 % de ces patients, le travail a été affecté par la maladie. Ces résultats rejoignent les données de la littérature mais à degrés variables. En effet, Il a été rapporté qu'environ 50 % des patients atteints de PR cessent toute activité professionnelle après 10 ans d'évolution de la maladie (37). Une étude néerlandaise (38) portant sur 119 patients atteints de PR a mis en évidence que 40 % des patients avaient complètement arrêté leur travail à cause de la maladie. Vingt pour cent des patients avaient soit diminué la durée de leur travail soit pris des congés de maladie. Quarante pour cent des patients

indiquaient qu'ils pouvaient poursuivre leurs activités professionnelles, cependant, chez 75% de ce groupe de patients une diminution du rendement a été mise en évidence. Ces résultats diffèrent dans notre contexte où les problèmes de travail sont dominés par les absentéismes (76.5 %) alors que l'arrêt de travail ne concernait que 17.6 % de notre population. On pourrait comprendre de façon plus claire cette divergence par rapport aux données de la littérature, en se penchant sur le contexte socioéconomique au Maroc où la couverture sanitaire n'est pas encore complètement généralisée, en plus de l'insuffisance de mesure de rémunération, surtout si on rappelle qu'aucun patient de notre série n'a bénéficié d'une pension d'invalidité.

L'arrêt de travail au cours de la PR semble être lié à plusieurs facteurs. Dans une revue de littérature, De Croon et al (39) ont relevé plusieurs facteurs parmi lesquels on cite : le degré de lésions structurales, l'activité de la maladie, la douleur mais aussi des facteurs liés au patient lui-même comme l'âge élevé, l'incapacité fonctionnelle, le bas niveau d'instruction ainsi que le profil psychologique...

Dans notre série, la maladie était très active chez plus de la moitié des sujets ayant un problème de travail et modérément active chez le tiers d'entre eux. Une relation statistiquement significative entre l'activité de la maladie et l'EMIR travail a été mise en évidence ($p= 0.019$) ce qui concorde avec les données de la littérature.

VIII. Impact de la PR sur les activités quotidiennes :

La PR entraîne à des degrés divers, une douleur et une perte progressive de la mobilité des patients et de leur habilité à s'occuper d'eux même. Cette incapacité fonctionnelle interfère avec les différentes sphères de la vie de ces patients. Elle intervient dans leur perception de la maladie (40) et entraîne chez certains, une inaptitude à réaliser les activités de tous les jours. Nous avons étudié l'impact de la PR sur les activités quotidiennes de nos malades. Il ressort des résultats une détérioration sur l'ensemble des domaines et ce de façon variable suivant les patients mais surtout en fonction du type d'activités. Ceci est concordant avec les données de la littérature, comme le montre une étude longitudinale évaluant l'évolution sur 5 ans des patients

atteints de PR et qui a mis en évidence la perte de 10% des activités quotidiennes et ce sur l'ensemble des domaines (41). Cet handicap varie d'un patient à l'autre et, chez le même patient, en fonction du stade d'évolution de la maladie. En effet, les patients perdent d'abord la capacité à exercer les activités complexes et laborieuses, telles que faire des courses, nettoyer ou utiliser des transports en commun (42). Nous avons constaté des résultats similaires dans notre série, où la détérioration des activités laborieuses, telles que le ménage, la lessive et les courses, est notée chez plus de la moitié des malades (respectivement 66.5 %, 70 % et 50 %).

Le domaine des activités journalières est divisé en 3 catégories selon le modèle proposé par Verbrugge (43) :

Les activités obligatoires : requises pour la survie et l'auto approvisionnement, elles comprennent les activités quotidiennes d'hygiène personnel, les soins, la mobilité, le transport...

Les activités productives : telles que le travail rémunéré, les activités domestiques et de ménage...

Les activités discrétionnaires : il s'agit des activités de loisirs et de passe-temps, activités religieuses et spirituelles, travail volontaire et toute autre activité entreprise en quête de relaxation et de plaisir.

Dans une étude portant sur 548 patients, Katz et al (44) se sont intéressés à la prévalence de l'incapacité fonctionnelle et à ses facteurs prédictifs chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Quatre-vingt-quinze pour cent des malades avaient rapporté qu'au moins une activité journalière était affectée par la PR. Il a été observé que respectivement 2 %, 31.3 % et 40.2 % des patients étaient incapables d'exécuter des activités obligatoires, productives et discrétionnaires. Cette constatation pourrait être expliquée par une renonciation volontaire par les patients de ces activités au profit des activités obligatoires. Un résultat pareil a été mis en évidence par une étude suédoise réalisée sur 144 patients récemment atteints de PR. Les auteurs ont montré une baisse de la performance dans l'exécution des activités de loisir. Ceci était associé à l'incapacité fonctionnelle au début de la maladie (45).

Ces données sont bien notées dans notre série. En effet, en comparant les activités présentant des difficultés pour les patients, nous avons constaté un degré moindre d'incapacité

concernant les activités d'hygiène et de toilette personnelle (22.5 % des patients) par rapport aux autres activités. Cependant, un pourcentage plus élevé de patients a rapporté une incapacité à effectuer des activités productives par rapport aux activités discrétionnaires étudiées (66.3 % concernant le ménage contre 42.5 % concernant l'assistance aux réceptions). Ceci pourrait être expliqué, en plus de la nature laborieuse des activités productives, par la faible part des activités discrétionnaire dans la vie quotidienne de nos malades. En effet, à part l'assistance aux réceptions et le voyage, qui pourraient être considéré dans notre contexte socioculturel comme des obligations sociales plus qu'activités discrétionnaires, les autres activités tels que le jardinage, le bricolage et le sport ne faisait pas partie des habitudes de plus de 70 % de notre population.

Quelque soit le type d'activité concernée, le patient atteint de PR se trouve dans une situation où il est obligé de modifier ses activités ou la façon avec laquelle il l'exécutait. Certains malades ont rapporté que, quand il n'était plus possible d'accomplir leurs activités habituelles, leur rôle et leur position dans la famille avait changé (46). Lorsque des activités auparavant simples, devenaient difficiles ou impossible à exécuter, les patients se trouvaient dans l'obligation de dépendre de leur entourage. Dans notre série, la majorité de nos malades (78.8 %) ont rapporté une dépendance totale de leur entourage. Ce constat est bien souligné dans la littérature mais à degrés moindres. Selon Westhoff et al (42), 44 % des patients dépendent de l'aide de leur entourage de façon quotidienne ou pendant plusieurs jours par semaine. Vingt sept pour cent des patients pouvaient vivre de façon indépendante mais avec des difficultés.

Cette dépendance de l'entourage est liée à un ensemble de facteurs dont le statut physique des patients. En effet, nous avons trouvé une relation significative entre la dépendance de l'entourage et l'incapacité fonctionnelle (évaluée par l'échelle GARS) ainsi qu'avec le score physique de l'échelle EMIR court. Ceci est bien souligné dans les travaux de Westhoff et al (42) qui a montré dans sa série que plus de 50 % des patients ayant un niveau inférieur ou égal à 58 % de pleine capacité fonctionnelle dépendaient de l'aide de leur entourage. A moins de 30% de pleine capacité fonctionnelle, la probabilité de dépendance de l'entourage passait à plus de 95 %.

En plus du statut physique des patients, nous avons trouvé que la dépendance de l'entourage était également liée au cadre social dans lequel vit le malade, comme le montre la relation statistiquement significative entre l'item social de l'échelle EMIR court et la dépendance de l'entourage, mise en évidence dans notre série. Le patient serait plus dépendant d'un entourage qui l'entretient et qui est synonyme de refuge. Ceci pourrait être expliqué par des données socioculturelles : dans notre contexte, le sujet souffrant d'une pathologie chronique et invalidante bénéficie de plus d'attention de la part de sa famille et de ses proches, comme le souligne d'ailleurs le pourcentage élevé de dépendance retrouvé dans notre série par rapport à la série occidentale de Westhoff et al (78.8 % contre 44 % dans la série de Westhoff).

IX. L'entourage du patient atteint de PR :

Le soutien de l'entourage joue un rôle primordial dans l'amélioration de la QDV des patients atteints de PR. L'impotence fonctionnelle induite par la maladie détermine une dépendance à leur familles et proches. Le support social aide le patient à surmonter sa maladie. Plusieurs études ont affirmé que la présence d'un soutien social et familial réduit les complications psychiatriques de la PR (47). Les patients qui vivent dans un environnement sécurisant sont moins vulnérables quant au stress et aux effets négatifs de la maladie. Ils s'adaptent plus facilement à leur maladie et s'intègrent plus aisément dans la vie sociale. Une relation significative entre le support social et l'amélioration du handicap a été mise en évidence. Weinberger et al (47) ont rapporté que le support social avait un effet direct sur le statut fonctionnel des malades. Dans notre série, pratiquement tous les malades bénéficient du soutien de leurs entourages, et ce sur le plan physique, psychique et financier. Cette constatation est expliquée par l'importance de la conception de la famille et de la solidarité qui font partie intégrante de la société marocaine.

D'un autre côté, la PR a des répercussions non négligeables sur l'entourage du patient. Il a été rapporté que la PR était un facteur de risque de divorce dont la fréquence a augmenté de

70 % (26). U Lütz (46) a mis en évidence que c'était l'entourage qui subissait l'impact des symptômes anxiodépressifs, des changements d'humeur et de certaines réactions agressives des patients. La PR affecte négativement la relation du patient avec l'entourage. Une diminution des visites et la rareté d'assistance aux fêtes familiales ou de sorties en familles ont été rapportées chez respectivement 47 %, 48 % et 46 % des patients (48). Un pourcentage pareil a été retrouvé dans notre étude avec une diminution d'assistance aux réceptions chez 42.5 % des patients.

Il paraît ainsi nécessaire, dans le cadre de la prise en charge des polyarthritiques, de prendre en considération les facteurs liés à l'entourage. Un accompagnement du patient, de sa famille et de son entourage proche serait souhaitable, afin d'évaluer l'impact de la maladie de façon globale et d'offrir un environnement stable au sein duquel le patient puisse mieux interagir avec sa maladie.

Le rôle des associations paraît ici d'une grande importance. Dans la série de U Lütz (46), tous les patients avaient formulé le désir de rencontrer d'autres personnes atteintes de PR afin d'échanger leurs expériences et de mieux s'intégrer dans la société. Au Maroc, la première association de lutte contre la polyarthrite rhumatoïde a vu le jour. Elle est présidée par Dr Mohamed Saleh Bennouna avec la participation d'autres médecins de différents secteurs, des biologistes mais aussi l'implication des patients souffrant de cette maladie pour œuvrer au sein de cette association. Un site Internet avec forum de discussion sera ouvert à toutes les personnes désirant avoir des informations spécifiques à propos de la polyarthrite rhumatoïde. L'association prévoit aussi dans l'avenir un service d'écoute et de soutien psychologique qui sera proposé aux adhérents afin de les orienter et les aider à supporter l'isolement et la douleur (49). Ceci constitue un premier pas vers une prise en charge globale de cette pathologie où le patient a besoin d'être épaulé à vie.

X. Le profil psychologique des patients atteints de PR :

La polyarthrite rhumatoïde est le modèle classique de la maladie psychosomatique, dont la survenue peut être provoquée par des facteurs psychologiques ou des événements de l'existence. De nombreux patients évoquent spontanément un événement stressant ayant précédé leur premier accès rhumatologique (26). L'importance des facteurs psychologiques au cours de la PR a fait l'objet de nombreuses études. Les auteurs plaident en faveur de la responsabilité de la PR dans la genèse des troubles de personnalité et des difficultés relationnelles. En effet, la PR a des répercussions négatives sur le bien être psychologique des patients. À l'annonce du diagnostic, les patients présentent souvent des réactions anxiodépressives et de culpabilité. Devins et al ont cherché chez 110 patients atteints de PR la présence de troubles de sommeil. Environ 70 % des patients avaient présenté des réveils nocturnes (50).

Parmi toutes les pathologies psychiatriques, la dépression et l'anxiété ont suscité la plupart des investigations. Une étude turque réalisée sur 82 patients atteints de PR a mis en évidence une prévalence de la pathologie anxiodépressive de 70.8 % (51). Cela suggère une étroite relation entre la PR et ces deux pathologies.

La prévalence de la dépression au cours de la PR a été estimée entre 22 et 80 % (52). La PR serait la pathologie rhumatologique la plus pourvoyeuse de dépression. Abdel-Nasser et al (53) ont comparé les caractéristiques de la dépression chez 40 patients atteints de PR et 40 patients atteints d'ostéoarthrite. Les patients atteints de PR avaient significativement plus de symptômes dépressifs que ceux ayant une ostéoarthrite.

Dans notre série, la majorité des patients souffraient de dépression (60 % présentaient une dépression mineure et 16.30 % une dépression majeure). Ceci est en concordance avec les données précédemment avancées.

L'anxiété est également très fréquente au cours de la PR. Dans une étude portant sur 80 patients atteints de PR, El-Miedany et al (52) notent une prévalence de 66.2 % chez les femmes et de 100 % chez les hommes. Cette prévalence a été expliquée par les facteurs de stress socioéconomiques liés à l'inquiétude quant à la dépendance et au handicap futur, ainsi qu'aux problèmes de travail et de finances chez l'homme. L'anxiété survenait à un stade précoce de la maladie et à une période où la PR est très active. Dans notre série un tiers des patients souffrait d'anxiété et aucun lien statistiquement significatif n'a été mis en évidence avec l'activité de la maladie ($p > 0.05$).

La pathologie anxiodépressive intervient fortement dans l'expression clinique de la PR. Un accompagnement psychologique des patients s'avère ainsi nécessaire, afin d'améliorer la symptomatologie psychique et plus encore la symptomatologie fonctionnelle, comme le rapporte Wright et al et Fowler et al qui avaient remarqué que le traitement de la dépression pouvait améliorer la force de préhension, probablement par le biais d'une augmentation de la motivation et d'une augmentation du seuil de perception de la douleur (52).

XI. L'étude de l'insomnie chez les malades atteints de PR :

Les troubles du sommeil sont fréquemment rencontrés au cours de la PR. La plupart des études ont rapporté que plus de la moitié des patients atteints de cette maladie avaient des problèmes de sommeil (54, 55). Nous avons essayé d'étudier l'insomnie chez nos patients. Il a été mis en évidence que 82.5 % des malades souffraient d'insomnie, et ce de façon variable en fonction de son intensité. Ces chiffres dépassent de loin ceux retrouvés dans la littérature. Ceci pourrait être dû à la différence d'instruments utilisés pour l'évaluation de l'insomnie.

Nous avons noté une relation statistiquement significative entre l'impotence fonctionnelle et l'insomnie ($p=0.02$). Ceci pourrait être expliqué par l'impact connu du sommeil sur le bien être et les capacités physiques notamment par l'aggravation du sentiment d'asthénie du patient polyarthritique.

XII. Problèmes sexuels des patients atteints de PR :

Les patients atteints de PR souffrent de douleur et de restriction de leurs mouvements et activités ainsi que d'une modification de leur image corporelle. Plusieurs études se sont intéressées à l'impact de la PR sur l'activité sexuelle des malades. Il a été rapporté que le pourcentage des polyarthritiques ayant des problèmes sexuels allait de 31 % à 76 % (56). Nous avons essayé d'évaluer de façon globale l'activité sexuelle de nos patients (libido, difficulté lors des rapports). Nous avons noté que les 2/3 des malades avaient rapporté des problèmes sexuels (allant des problèmes légers aux problèmes graves). Ces problèmes étaient statistiquement corrélés à l'EMIR symptomatique. Ceci est logique puisque la raideur et la douleur altèrent significativement la fonction sexuelle. Cependant et de façon surprenante il n'y avait pas de rapport avec l'activité de la maladie ni avec les déformations.

CONCLUSION

La polyarthrite rhumatoïde est une pathologie chronique aux multiples facettes qui altère de façon considérable la qualité de vie du patient qui en est atteint.

Au cours de notre étude, nous avons essayé de traiter certains aspects de la qualité de vie liée à la santé des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Nous avons pu mettre le point sur certains éléments notamment :

L'important impact de cette maladie sur le travail et les activités quotidiennes qui de son tour affecte l'insertion sociale du patient et touche son propre estime.

L'important retentissement psychologique reflété par les taux d'anxiété et de dépression retrouvés chez nos patients.

L'insuffisance de prise en charge, aggravée par une méconnaissance de la maladie et entretenu par les problèmes financiers du malade et par le recours à des pratiques traditionnelles qui restent ancrés dans notre société et qui constituent une barrière pour une prise en charge correcte et précoce.

La problématique de la couverture sanitaire qui reste défailante dans notre contexte.

De façon globale, il est nécessaire, dans la prise en charge du patient polyarthritique, d'impliquer tous les professionnels de santé. En effet, la polyarthrite rhumatoïde n'est pas seulement l'affaire du rhumatologue, mais aussi de l'interniste, du psychiatre/psychologue, de l'orthopédiste, du médecin généraliste/médecin de famille ... Sans omettre l'importance de l'information du patient et de son entourage d'une façon claire et simplifiée. Une meilleure compréhension de la maladie est garant d'une meilleure adhésion aux soins. Il est clair que le rôle des associations est ici d'une grande importance, offrant, outre une meilleure compréhension de la maladie, une occasion pour le malade de côtoyer d'autres personnes atteintes de polyarthrite et de pouvoir échanger ses propres expériences.

ANNEXES

Annexe 1

Critères de la polyarthrite rhumatoïde proposés par l'ACR (1987)

1. Raideur matinale (articulaire ou périarticulaire) d'au moins une heure.
 2. Arthrite d'au moins trois articulations (atteinte simultanée constatée par un médecin et due à une tuméfaction des tissus mous ou à un épanchement articulaire. Les 14 régions concernées sont les IPP, MCP, poignets, coudes, genoux et chevilles).
 3. Arthrite des articulations de la main (au moins une région tuméfiée au niveau des IPP, MCP ou poignets).
 4. Arthrite symétrique (atteinte simultanée et bilatérale des articulations ou groupes d'articulations définis en 2. L'atteinte simultanée des IPP, MCP, et MTP est acceptable même en l'absence de symétrie parfaite).
 5. Nodules rhumatoïdes (nodosités sous-cutanées constatées par un médecin sur des crêtes osseuses ou des surfaces d'extension ou en situation périarticulaire).
 6. présence du facteur rhumatoïde
 7. Lésions radiologiques typiques sur les clichés des mains et des poignets (déminalisation en bande évidente ou érosions osseuses).
-

Annexe 2

FICHE D'EXPLOITATION

A/ CARACTERISTIQUES DES PATIENTS :

a- Sexe : Femme Homme

b- Origine : Urbaine Rurale

c- Age (en année) :

d- Situation familiale: Célibataire Marié(e)

Veuf (ve) Divorcé(e)

e- Groupe familial :

Vit seul :

Militaires : si éloignement de la famille : rythme des visites :

Vit avec son conjoint :

Vit avec son conjoint et ses enfants célibataires :

Vit avec son conjoint et ses enfants célibataires et/ou mariés :

Vit avec son conjoint et/ou ses enfants chez ses beaux parents
ou chez ses parents :

Vit chez un membre de la famille :

Vit chez ses parents :

Vit chez ses enfants :

Vit avec ses enfants :

Vit avec sa famille et une autre famille :

e- Nombre d'enfants :

f- Durée de mariage :

g- Niveau social :

1/ Niveau d'instruction :

	Malade	Conjoint	Responsable famille
Aucun			
Ecole coranique			
Primaire			
Secondaire1c			
Secondaire2c			
Technique			
Supérieur			

2/ Profession :

- Cadre supérieur
- Commerçant
- Fonctionnaire
- Militaire
- Ouvrier
- Occasionnel (saisonnier)
- Fellah si oui : gros moyens petit moyens

- Divers
- Sans

h/ Situation financière :

- Autonome

- Dépendante

- A charge familiale : nombre de personne vivant au sein d'un ménage :

j/ Adhérence à un système d'assurance :

-Sécurité sociale : oui non

-Assurance privée : oui non

-Depuis quand ? :

B/Caractéristiques de la PR :

a- Date de début :

b- Mode de début :

c- Grade fonctionnel de STEINBROKER :

d- Activité de la PR :

- DAS :

⇒ Indice articulaire (EULAR):

⇒ Indice synovial (EULAR):

⇒ VS

- Déformations :

- Erosions articulaires :

e- facteur rhumatoïde :

f- Manifestations extra articulaires :

1/ Signes généraux :

⇒ Asthénie : oui non

⇒ Amaigrissement : oui non

⇒ Fébricule : oui non

2/ Nodule rhumatoïde : oui non

3/ Manifestations systémiques :

⇒ Vascularite : oui non

⇒ Atteinte neurologique : oui non

⇒ Manifestations hématologiques : oui non

Si oui lesquels

⇒ Atteinte cardiaque : oui non

⇒ Atteinte pp : oui non

⇒ Atteinte rénale : oui non

⇒ Atteinte ORL : oui non

⇒ Atteinte oculaire : oui non

⇒ Manifestations dermatologiques: oui non

⇒ Ostéoporose : oui non

g- Traitement institué :

1/ Pratiques traditionnelles : oui non

Si oui lesquelles ?

2/ Traitement médical :

⇒ Traitement symptomatique : oui non
Lequel ?

⇒ Traitement de fond : oui non
Si oui lequel ?

⇒ Observance thérapeutique oui non

- Si arrêt du traitement :
 - Épisodique
 - Total
- Raisons de l'arrêt :

3/ Traitement chirurgical : oui non

4/ Aide technique : oui non

- Si oui : Béquilles
 Canne anglaise
 Attelle de posture
 Chaise roulante

h- Inconfort somatique :

1/ Douleur : EVA à :

2/ Effets secondaires des médicaments : oui non

i- Pathologie associée :

- Gougerot-sjörgen :
- Autres connectivites
- HTA
- Angor / IDM
- Autres pathologies CVX
- Pathologie PP
- Pathologie digestive
- Diabète
- Pathologie thyroïdienne
- Pathologie tumorale
- Pathologie neuropsychiatrique
- Autres :.....

C/ Retentissement de la PR sur la vie du malade :

a- Travail :

1/ Existe-il des problèmes de travail depuis la maladie :

- Oui non
-

2/ Si oui : Temps après le début de la maladie (durée d'évolution de la PR lors du début des problèmes)

3/ Si oui (pour a):

Types de problèmes : Retard

Absentéisme

- Nb d'hospitalisations :
- Durée moyenne :
- Nb de PTC (pour les militaires) :

↓ Salaire

Arrêt de travail
Si oui :

Exclusion

Volontaire

Retraite anticipée

4/ Si arrêt de travail :

Pension d'invalidité : oui non

5/ Reclassement professionnel : oui non

b- Activité journalière et dépendance :

1/ Activité journalière :

	oui	non	Ne fait pas
Toilette personnelle			
Préparation des repas			
Ménage			
Lessive			
Courses			
Jardinage			
Bricolage			
Sport			
Assistance réception			
Voyage			

2/ Dépendance de l'entourage :

⇒ Soutien familial :

- Physique
 - Financier
 - Psychologique
-

⇒ Si aide physique :

- Enfant
- Conjoint
- Personnel
- Membre de la famille
- Ami(e) s
- Voisins

⇒ Etes vous totalement dépendant de l'aide assurée par

l'entourage : oui non

c- retentissement psychologique :

- Echelle de dépression de HAMILTON :
- Echelle d'appréciation de l'anxiété de HAMILTON :

d- Retentissement sur la vie des enfants :

1/ Vos enfants sont-ils affectés par votre maladie :

Oui non pas d'enfants

2/ Si oui dans quel domaine ?

⇒ Affectif

⇒ Financier

⇒ Organisation quotidienne

⇒ Scolarité

3/ Si scolarité affectée :

⇒ Arrêtée

⇒ Absentéisme

⇒ Echec

⇒ Retard

ANNEXE 3

EMIR court ECHELLE DE MESURE DE L'IMPACT DE LA POLYARTHRITE RHUMATOLOGIE version courte

INSTRUCTIONS : Voici un questionnaire sur votre état de santé au cours des **quatre dernières semaines**. Répondez en mettant une simple croix (X) dans la case qui correspond le mieux à votre état. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à **toutes** les questions.

AU COURS DES 4 DERNIERES SEMAINES ...	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
1. Avez-vous été physiquement capable de conduire une voiture ou d'utiliser les transports en commun ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Etes-vous resté(e) assis(e) ou couché(e) presque toute la journée ou toute la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu des difficultés à faire certaines activités physiques intenses telles que : courir, soulever des objets lourds ou faire du sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous eu des difficultés à marcher plusieurs centaines de mètres ou monter plusieurs étages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pour marcher, avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un ou d'une canne, de béquilles ou d'un appareillage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous été capable d'écrire facilement avec un stylo ou un crayon ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous été capable de boutonner facilement des vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous été capable de tourner facilement une clé dans une serrure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous été capable de vous peigner facilement ou brosser vos cheveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous été capable d'atteindre facilement des étagères situées au dessus de votre tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous habiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous mettre au lit ou en sortir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 4 DERNIERES SEMAINES ...	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
13. Avez-vous eu de fortes douleurs articulaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Votre raideur matinale a-t-elle duré plus d'une heure après votre réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vos douleurs vous ont-elles gêné(e) pour dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toujours	Très souvent	Quelque fois	Presque jamais	Jamais
16. Vous êtes vous senti tendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous été gêné(e) par votre nervosité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous eu mauvais moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous pris plaisir à vos occupations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous eu le sentiment que vous étiez une charge, un fardeau pour les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
21. Vous êtes-vous réuni avec des amis ou des proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avez-vous passé un moment au téléphone avec des amis ou des proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Avez-vous assisté à une réunion organisée par une association sportive, politique, religieuse, etc ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Avez-vous pensé que votre famille ou vos amis étaient attentifs à vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répondez aux questions suivantes si vous avez exercé un travail rémunéré, un travail ménager ou un travail scolaire, au cours des 4 dernières semaines	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
25. Avez-vous été dans l'incapacité de faire un travail rémunéré, un travail ménager ou un travail scolaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Les jours où vous avez travaillé, avez-vous été obligé(e) de changer de façon de travailler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 4

The Groningen Activity Restriction Scale (GARS)

Overview: The Groningen Activity Restriction Scale (GARS) is general disease independent instrument for measuring disability. It can be used to monitor a patient over time and to identify potential interventions. The authors are from the University of Groningen in The Netherlands.

Statements about Activities of Daily Living (ADL) - Can you fully independently:

- (1) Dress yourself?
- (2) Get in and out of bed?
- (3) Stand up from sitting in a chair?
- (4) Wash your face and hands?
- (5) Wash and dry your whole body?
- (6) Get on and off the toilet?
- (7) Feed yourself?
- (8) Get around in the house (if necessary with a cane)?
- (9) Go up and down the stairs?
- (10) walk outdoors (if necessary with a cane)?
- (11) take care of your feet and toenails?

Statements about Instrumental Activities of Daily Living (IADL) - Can you fully independently:

- (12) Prepare breakfast or lunch?
- (13) Prepare dinner?
- (14) Do "light" household activities (for example dusting and tidying up)?
- (15) Do "heavy" household activities (for example mopping cleaning the windows and vacuuming)?
- (16) Wash and iron your clothes?
- (17) Make the beds?
- (18) Do the shopping?

Response (based on what the patient is able to do)	Points
Yes I can do it fully independently without any difficulty	1
Yes I can do it fully independently but with some difficulty	2
Yes I can do it fully independently but with great difficulty	3
No I cannot do it fully independently. I can only do it with someone's help.	4
No I cannot do it at all. I need complete help.	4

Where:

- The point assignment for needing complete help was originally 5 points but was switched to 4 because only a few patients selected this response. There may be an argument to keep it at 5 points.
- The response is based on what the patient is able to do rather than what s/he usually does Total score = SUM (points for all 18 items)

Interpretation:

- Minimum score: 18
- Maximum score: 72
- The higher the score the greater the disability.

References:

Suurmeijer TBPM Doeglas DM et al. The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: Its utility in international comparisons. Am J Public Health. 1994; 84: 1270-1273 (Table 1 page 1271).

ANNEXE 5

ANNEXE 6

ANNEXE 7

Classification fonctionnelle de Steinbrocker

Classes	Capacité fonctionnelle
I	Capacité fonctionnelle complète avec possibilité d'exercer normalement la profession naturelle
II	Capacité fonctionnelle normale malgré le handicap de la douleur et de la raideur d'une ou plusieurs articulations
III	Capacité fonctionnelle autorisant le sujet à effectuer seulement une petite partie de ses occupations usuelles et de ses propres soins
IV	Infirmité importante : malade confiné au lit ou au fauteuil et ne pouvant s'occuper de lui-même ou ne le faisant qu'avec peine

ANNEXE 8

DISEASE ACTIVITY SCORE 28

Formule du DAS 28 :

$DAS = 0,55 \times \sqrt{(\text{Indice articulaire : 28})} + 0,284 \times \sqrt{(\text{synovites : 28})} + 0,33 \times \log VS + 0,0142 \times$
appréciation globale du patient

Le DAS 28 tient compte de l'évaluation de la douleur et du nombre de synovites sur les 28 sites articulaires proposés par l'EULAR. 28 sites articulaires sont évalués par mobilisation (M) ou par pression (P). L'indice articulaire est égal à la somme de l'ensemble des scores obtenus pour les 28 sites articulaires. Pour chacun des sites articulaires, l'intensité de la douleur est évaluée sur une échelle allant de 0 à 3:

0=absence de douleur

1=douleur à la pression

2= douleur et grimace

3= douleur, grimace et retrait du membre

<input type="checkbox"/>	Épaule (M)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Coude (M+P)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Poignet (M)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Métacarpo-phalangiennes (P)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Interphalangiennes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Genou (M)	<input type="checkbox"/>

V I II II I I II I V

Référence:

Van der Heijde DMFM, van't Hof MA, van Riel PLCM *et al.* Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis: first step in the development of a disease activity score. Ann Rheum Dis 1990;49:916-20

RESUMES

RESUME

La polyarthrite rhumatoïde, chef de fil des rhumatismes inflammatoires chroniques, est parmi les maladies ayant un lourd tribut fonctionnel, psychologique et socioéconomique. Elle est aussi responsable de manifestations extra articulaires pouvant compromettre le pronostic vital.

Notre étude a pour objet l'évaluation de la qualité de vie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde à Marrakech. Pour cela, une fiche d'exploitation et les questionnaires : «Echelle de Mesure de L'impact de la Polyarthrite Rhumatoïde» court, « Groningen Activity Restriction Scale », « Hamilton dépression » et l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Max Hamilton ont été utilisés.

Nous avons recruté 80 malades répondant aux critères de l'American college of rheumatology 1987. Les valeurs de qualité de vie des patients ainsi que la mesure de leur impotence fonctionnelle s'intégraient dans les valeurs moyennes des échelles de mesures correspondantes. Un tiers des malades présentait une anxiété et 76.3 % d'entre eux présentaient une dépression. La maladie affectait de façon considérable le travail des patients et leurs activités quotidiennes. Nous avons noté que 78.8 % des patients dépendaient totalement de leurs entourages. Cette dépendance était statistiquement liée au statut fonctionnel des malades. Aucune relation n'a été noté entre l'existence ou non de déformations articulaires et le statut fonctionnel. L'évaluation de la douleur par l'échelle visuelle analogique a révélé que 51.3 % des malades avaient des valeurs inférieures à 30 %. Un traitement de fond a été administré chez 76% des patients et 59 % des patients avaient une bonne observance thérapeutique. Cette observance était statistiquement liée à l'adhérence à un système d'assurance. La part des pratiques traditionnelles peut être due au bas niveau d'instruction et à la faible couverture sanitaire des malades mais surtout l'importante offre de « soin » par les charlatans dans notre société. L'insomnie est fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde et elle est liée au statut fonctionnel des malades. La raideur et la douleur engendrée par la maladie expliquent le lien significatif entre les problèmes sexuels et la qualité de vie dans sa composante symptôme.

La polyarthrite rhumatoïde altère de façon considérable la qualité de vie du patient qui en est atteint. Une prise en charge multidisciplinaire, incluant tous les professionnels de santé s'avère ainsi nécessaire, sans omettre l'implication du patient lui-même et de son entourage, pour une meilleure compréhension de cette pathologie aux multiples facettes.

SUMMARY

Rheumatoid arthritis, leader of chronic inflammatory rheumatism, is one of the diseases that costs dear at the functional, psychological and socioeconomic levels. It is also responsible for extra articular manifestations that may compromise vital prognosis.

Our study aims at evaluating the quality of life of patients with rheumatoid arthritis in Marrakech. For this purpose, we have resorted to an exploitation sheet along with the following questionnaires: "Arthritis Impact Measurement Scale, Short Form", "Groningen Activity Restriction Scale", "Hamilton depression" and Max Hamilton anxiety scale.

We have gathered 80 patients that meet the criteria of the American College of Rheumatology 1987. Quality of Life values of patients as well as the measurement of their functional disability fell into the average values of the corresponding measurement scales. One third of patients showed anxiety and 76.3% of them showed depression. The disease affected significantly the work and the daily activities of patients. We have noticed that 78.8% of patients were completely dependent on their family circle. This dependency was statistically related to the functional status of patients. No relation has been noted between the existence or absence of articular deformation and the functional status. The evaluation of pain using analogic visual scale showed that 51.3% of patients had values below 30%. 76% of patients underwent disease modifying antirheumatic drugs and 59% of patients had good therapeutic observance. This observance was statistically related to the membership to a given insurance system. Resort to traditional practices may be due to low educational level and to weak sanitary cover of patients, but particularly to the significant offer of "medical care" by quacks in our society. Insomnia is frequent in rheumatoid arthritis and it is related to the functional status of patients. The stiffness and pain caused by the disease explain the important relation between sexual problems and the quality of life in its symptomatic component.

Rheumatoid arthritis alters considerably the quality of life of patients suffering from it. A multidisciplinary health undertaking that includes all medical professionals is thus necessary without neglecting the patient himself and his family circle for a better understanding of this many-faceted pathology.

ملخص

يعتبر التهاب المفاصل الرثياني والذي يتصدر قائمة الروماتيزمات الالتهابية المزمنة من بين الأمراض المكلفة على المستوى الوظيفي والنفسي والسوسيواقتصادي. وهو مسؤول كذلك عن تجليات خارج مفصلية بإمكانها أن تعرض توقع سير المرض الحيوي للخطر. تهدف دراستنا هذه إلى تقييم جودة حياة المرضى المصابين بالتهاب المفاصل الرثياني بمدينة مراكش. ولهذا الغرض قمنا باستعمال استمارة وكذا استطلاعات الرأي التالية: الاستمارة القصيرة لمقياس اثر الروماتيزم: "EMIR court" و سلم غرونينجن لتقييد النشاط: "GARS" و "سلم هاملتون للاكتئاب" وسلم ماكس هاملتون للقلق.

شملت الدراسة ثمانين مريضا كلهم يستجيبون لمعايير المعهد الأمريكي لطب الروماتيزم 1987. لقد اندرجت قيم جودة حياة المرضى وقياس عجزهم الوظيفي داخل القيم المتوسطة لسلالم القياس الموافقة لها. أظهر ثلث المرضى قلقا في حين أن 76.3% منهم أظهروا اكتئابا. لوحظ أيضا أن المرض يؤثر بشكل كبير على عمل المرضى وكذا أنشطتهم اليومية. و أن 78.8% من المرضى يعتمدون بشكل كلي على محيطهم. هذه الاعتمادية ترتبط تبعا للإحصائيات بالوضع الوظيفي للمرضى. لم يلاحظ وجود أية علاقة بين وجود تشوهات مفصلية أو عدمها والوضع الوظيفي. لقد أبان تقييم السلم البصري التناظري للألم أن قيم 51.3% من المرضى كانت أقل من 30%. لقد حظي 76% من المرضى بعلاج معدل للمرض و أظهر 59% من المرضى امتثالا جيدا للعلاج. هذه المراقبة ارتبطت حسب الإحصائيات بالانخراط في نظام تأمين صحي. أما بخصوص اللجوء للممارسات التقليدية فيمكن إرجاعه للمستوى التعليمي المتدني و كذا ضعف التغطية الصحية للمرضى، ولكنه يرجع على وجه الخصوص إلى عروض العلاج المغرية التي يقدمها الدجالون في مجتمعنا. يعد الأرق مألوفا في حالة الإصابة بالتهاب المفاصل الرثياني وهو مرتبط بالوضع الوظيفي للمريض. وتفسر صلابة المفاصل والألم الناتجين عن المرض الرابط المهم بين المشاكل الجنسية وجودة الحياة في إطارها المرتبط بالأعراض.

نخلص في النهاية الى ان التهاب المفاصل الرثياني يغير جودة حياة المصاب به، ومن هذا المنطلق تظهر ضرورة وأهمية اعتناء صحي متعدد الاختصاصات يساهم فيه جميع الفاعلين في المجال الصحي، دون اغفال إشراك المريض ومحيطه بهدف استيعاب أفضل لهذا المرض المتعدد الجوانب.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sany J, Combe B et Joren C.

Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte (I). Aspects cliniques.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Appareil locomoteur, 14-220-A-10, 1997,19p.

2. Guillemin F, Coste J, Pouchot J, Ghézail M, Brégeon C, Sany J and the French « quality of life in rheumatology » group.

The AIMS2-SF: a short form of arthritis impact measurement scale 2 (AIMS2)

Arthritis Rheum. 1997 ; 40 : 1267-74.

3. Pouchot J, Guillemin F, Coste J, Brégeon C, Sany J, and the French Quality Of Life Group.

Validity, reliability and sensitivity to change of a French version of the arthritis impact measurement scales 2 (AIMS2) in patients with rheumatoid arthritis treated with méthotrexate.

J of Rheumatol 1996; 23: 52-60.

4. Guillemin F, Brégeon C, Coste J, Pouchot J, Dropsy R, Sany J et le groupe Qualité de vie en rhumatologie.

Le questionnaire EMIR court pour les études longitudinales de la qualité de vie dans la polyarthrite rhumatoïde.

Ann Readapt Med Phys 2000 ; 43 :229-35.

5. Taal E, Rasker J J and Riemsma R P.

Sensitivity to change of AIMS2 and AIMS2-SF components in comparison to M-HAQ and VAS-pain.

Ann Rheum Dis 2004; 63; 1655-1658.

6. Suurmeijer T, Doeglas I, Torbjorn, Briançon S, Krol B, Sanderman R et al.

The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: it's utility in international comparisons.

Am J Public Health.1994; 84:1270-1273

7. Doeglas D, Krol B, Guillemin F, Suurmeijer T, Sanderman R, Smedstad LM et al.

The assessment of functional study in rheumatoid arthritis: a cross cultural, longitudinal comparison of the Health Assessment Questionnaire and the Groningen Activity Restriction Scale.

J of Rheumatol 1995; 22: 1834–1843.

8. Hamilton M

Development of a rating scale for primary depressive illness

Br J soci clin psy 1967; 2: 278–296.

9. Olié JP, Poirier MF, Léo H

Les maladies dépressives.

Collection psychiatrie. Éd paris : Flammarion 2003. 336–338.

10. Hamilton M.

Diagnosis and rating of anxiety, in studies of anxiety.

Journal of psychiatry, 1969, spec. Pub. 3 : 76–79.

11. Radat F

Les états anxieux: collection psychiatrie. Initiative santé 1998 : 48–50

12. Sany J.

La polyarthrite rhumatoïde de l'adulte.

Collection pathologie science formation. John Libbey Eurotext, Paris, 1999, 4–6.

13. BENAMOUR S, ZEROUAL B , FARES L, EL KABLI H, BETTAL S

Polyarthrite rhumatoïde au Maroc : à propos de 404 observations

Rev rhum 1992 ; 59(12) : 801–807.

14. HAJAJ_HASSOUNI N, HASSOUNI F, GUEDIRA N, LAZRAK N

La polyarthrite rhumatoïde au Maroc : à propos de 444 cas.

La semaine des hôpitaux de paris .1994 ; 70(1–2) : 12–20.

15. Weisman. MH.

Newly diagnosed rheumatoid arthritis.
Ann Rheum Dis 2002; 61:287-9.

16. Le Goff P, Saraux A, Baron D, Youinou P.

Intérêt des anticorps anti-citrullinés dans la polyarthrite rhumatoïde.
Rhumatologie 2004 ; 56(1) : 4-8.

17. Van Gaalen F A, Visser H, Huizinga T W J

A comparison of the diagnostic accuracy and prognostic value of the first and second anti-cyclic citrullinated peptides (CCP1 and CCP2) autoantibody tests for rheumatoid arthritis.
Ann Rheum Dis 2005; 64: 1510-1512.

18. Vittecq O, Goeb V, Le loet X, Tron F.

La phase pré clinique de la polyarthrite rhumatoïde et du lupus.
Rev rhum 2005; 72(12) : 1241-1245.

19. Raissouni N, Gossec L, Ayrat X, Dougados M

Quelles nouveautés dans le diagnostic et le traitement d'une polyarthrite rhumatoïde récente.
Rev rhum 2005 ; 72 : 195-200.

20. Van Der Heijde DMFM, Van't Hof MA, Van RIEL PLCM et al.

Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis. First step in development of a disease activity score.
Ann Rheum Dis. 1990; 49: 916-20.

21. El Maghraoui A

La polyarthrite rhumatoïde : stratégie de prise en charge.
Rhumato.info. cours et revues. Janvier 2006
Disponible sur [http:// www.rhumato.info/PRstrategie.htm](http://www.rhumato.info/PRstrategie.htm).

22. WORLD HEALTH ORGANIZATION.

WHOQOL study protocol. Geneva: WHO (MNH/PSF/93.9), 1993

23. Serrier.

Le concept de la qualité de vie.

Qualité de vie en rhumatologie. Journées d'internat et de résidanat. Décembre 2004.
Faculté de médecine et de pharmacie de marrakech.

24. Barkman C I

Arthritis and pain psychological aspects in the management of arthritis pain.

Arthritis Res Ther. 2006; 8: 201.

25. Mayoux-Benhamou.

Fatigue et polyarthrite rhumatoïde.

Ann Readapt Med Phys 2006 ; 49(6) :301– 304.

26. Lejoyeux M, Mourad I et Pouchot J.

Troubles psychiatriques et maladies ostéoarticulaires.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, paris. Psychiatrie, 37-670-A-30, 1997,8p

27. Guillemin F.

Qualité de vie en rhumatologie.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris, Appareil locomoteur, 15-907-A-10, 1997,4p

28. Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ, Guccione AA, Kazis LE.

AIMS2: the content and properties of a revised and expanded arthritis impact measurement scale health status questionnaire.

Arthritis rheum 1992; 35 : 1-10.

29. Meenan RF, Anderson JJ, Kazis LE, Egger MJ, Altz-Smith M, Samuelson CO, et al.

Outcome assessment in clinical trial : evidence for the sensitivity of a health status measure.

Arthritis rheum 1984; 27 : 1344–52.

30. Ulig T, Smedstad LM, Vaglum P, Moum T, Gerard N, Kvien TK.

The course of rheumatoid arthritis and predictors of psychological, physical and radiographic outcome after 5 years of follow-up.

Rheumatology 2000; 39 :732–41.

31. N Sultan, JE Pope and PJ Clements.

The HAQ is strongly predictive of good outcome in early diffuse scleroderma : results from an analysis of two randomised controlled trials in early diffuse scleroderma

Rheumatology (oxford) 2004; 43(4) :472–8.

32. Maroc en chiffres, haut commissariat au plan, direction des statistiques 2004. disponible sur www.hcp.ma

33. Sécurité sociale, assurance maladie obligatoire, caisse nationale de sécurité sociale.

1ère éd 2007: 162.

34. Prajs K, Flincinski J, Bzosko I, Przepiera–Bedzak H, Ostanek I, Bzosko M.

Quality of life and activity of disease in patients with rheumatoid arthritis.

Annals acaemiae medicae stetinensis. 2006; 52 (supp2): 39–43.

35. Kvien. T. K

Epidemiology of disability in rheumatoid arthritis.

Rheumatology 2002; 41: 121–123.

36. Essadki B, Tarbi M

Traitement traditionnel en traumatologie orthopédie: aspects socio-économique

Thèse de doctorat en médecine. Marrakech 2006. N°2.

37. Makisara GL, Makisara P.

Prognosis of functional and work capacity in rheumatoid arthritis.

Clin Rheumatol 1982; 1: 117–25.

38. Doeglas D, Suurmeijer T, Krol B, Sanderman R, van Leeuwen M, van Rijswijk M

Work disability in early rheumatoid arthritis.

Ann Rheum Dis 1995; 54: 455–460.

39. De Croon E M, Sluiter J K, Nijssen T F, Dijkmans B A C, Lankhorst G J and Ftings–Dresen M H W

Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review.

Ann Rheum Dis 2004; 63:1362–1367.

40. Guillemin F.

Functional disability and quality of life assessment in clinical practice.

Rheumatology 2000; 39(suppl):17–23.

41. Katz PP.

The impact of rheumatoid arthritis on life activities.

Arthritis Care Res 1995; 8(4): 272–278.

42. Westhoff G, Listing J and Zink A

Loss of physical independence in rheumatoid arthritis: interview data from a representative sample of patients in rheumatologic care.

Arthritis Care Res 2000; 13:11–21.

43. Verburgge L

Disability

Rheum. Dis. Clin. North Am. 1990; 16: 741–61.

44. Katz PP, Morris A, Yelin E H.

Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis.

Ann Rheum Dis 2006; 65:763–769.

45. Wikström I, Book C and Jacobson L. T. H

Difficulty in performing leisure activities among persons with newly diagnosed rheumatoid arthritis: a prospective, controlled study.

Rheumatology 2006; 45(9): 1162–1166.

46. Lütze U and Archenholtz B

The impact of arthritis on daily life with the patient perspective in focus.

Scand J Caring Sci; 2007; 21:61–70.

47. Doeglas D, Suurmeijer T, Krol B, Sanderman R, van Rijswijk M and van Leeuwen M.

Social support, social disability and psychological well-being in rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res. 1994; 7(1): 10–15.

48. Rkain H, Allali F, Jroundi I, Hajjaj-Hassouni N.

Retentissement socioéconomique de la polyarthrite rhumatoïde au maroc.

Rev rhum 2006 ; 73 (5) : 462–468.

49. El Khadir B

Sondage : comment vivre avec la polyarthrite rhumatoïde

Le reporter : juin 2007. Disponible sur [http:// www. Lereporter.ma](http://www.Lereporter.ma).

50. Devins GM, Edwarthy SM, Paul LC, Mandin H, Seland P, Klein G et al.

Restless sleep, illness intrusiveness and depressive symptoms in three chronic illness conditions: rheumatoid arthritis, end stage renal disease, and multiple sclerosis.

J Psychosom Res 1993;37: 163–170.

51. Isik A, Koca SS, Ozturk A, Mermi O.

Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis.

Clin Rheumatol 2007; 26(6): 872–878.

52. El-Miendany Y, Haroun El Rasheed A, Ostuni O.

L'anxiété est-elle plus fréquente que la dépression au cours de la polyarthrite rhumatoïde?

Rev Rhum 2002; 69 :526-34.

53. Abdel Nasser A M, Abd El- Azim S, Taal E, El- Badawy S A, Rasker J J and Valkenburg H A.

Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analyse of their occurrence and determinants.

BJ Rheumatol 1998; 37:391-397.

54. Hart FD, Taylor RT, Huskisson EC

Pain at night

Lancet 1970; 1:881-4.

55. Mldofsky H, Lue Fa, Smythe HA.

Alpha EEG sleep and morning symptoms in rheumatoid arthritis.

J rheumatol 1983; 373-9.

56. Wily T M, Van Berlo, Harry B M, Van De Wiel, Erik Taal, Johannes J, Rasker, Wilibrord C M, Weijmar Schultz, Martin H, Van Rijswijk.

Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study.

Clin rheumatology. 2007; 26: 30-38.

PLAN

<u>Introduction</u>	1
<u>Matériel et méthodes</u>	4
<u>Résultats</u>	11

VII. Caractéristiques des malades	12
1. Sexe	12
2. Origine	12
3. Age	13
4. Situation familiale.....	13
5. Niveau social	15
5-5. Le niveau d'instruction	15
5-6. L'activité professionnelle	17
5-7. L'autonomie financière	18
5-8. L'adhérence à un système d'assurance	18
VIII. Caractéristiques de la PR	19
1. Le mode de début	19
2. Le grade fonctionnel de STEINBROKER	20
3. L'activité de la PR	20
4. Les déformations articulaires	21
5. Les érosions articulaires	21
6. La sérologie rhumatoïde et anti CCP	21
7. Les manifestations extra articulaires	21

8. Les thérapeutiques instituées	22
9. L'observance thérapeutique	24
10. Le traitement chirurgical	25
11. L'aide technique	25
12. L'hospitalisation	25
13. Les effets secondaires	26
14. L'évaluation de la douleur par l'EVA	27
15. L'étude de la comorbidité	28
IX. Retentissement de la PR sur la vie des malades	29
1. Retentissement de la PR sur le travail des patients	29
1.5 Caractéristiques des patients ayant des problèmes de travail	29
1.6 Etude de l'handicap fonctionnel des patients ayant des problèmes de travail	30
1.7 Qualité de vie des patients ayant des problèmes de travail	30
1.8 Evaluation psychologique des patients ayant des problèmes de travail.....	30
2. Retentissement de la PR sur les activités quotidiennes du malade	31
3. Soutien de l'entourage au patient atteint de PR	32
4. Retentissement de la PR sur les enfants	32
5. Retentissement psychologique de la PR	33

X. Evaluation du handicap fonctionnel des patients par l'échelle GARS	34
XI. Etude de l'insomnie chez les patients atteints de PR	34
XII. Etude des problèmes sexuels chez les patients atteints de PR	35
<u>Analyse</u>	36
VI. Influence des déformations sur la qualité de vie des patients atteints de PR	37
Influence de la perception de la douleur sur la qualité de vie des patients atteints de PR	40
VII. Influence de l'entourage sur la qualité de vie des patients atteints de PR	44
Influence de l'activité de la maladie sur la qualité de vie des patients atteints de PR	48
VIII. Les facteurs en relation avec l'observance thérapeutique	53
IX. Influence de l'insomnie sur la qualité de vie des patients atteints de PR	58
X. Influence des problèmes sexuels sur la qualité de vie des patients atteints de PR	62
<u>Discussion</u>	66

XIII. La polyarthrite rhumatoïde	67
1. Epidémiologie	67
2. Etude clinique et para clinique	67
3. Traitement	74
XIV. Le concept de la qualité de vie	76
4. Définitions	76
5. Instruments de mesure	78
6. Choix de l'instrument de mesure	79
XV. PR et qualité de vie	81
XVI. Limites de l'étude	84
XVII. Caractéristiques des malades	85
XVIII. Caractéristiques de la PR	86
XIX. Retentissement de la PR sur le travail des patients	88
XX. Impact de la PR sur les activités quotidiennes	89
XXI. L'entourage du patient atteint de PR	92
XXII. Le profil psychologique du patient atteint de PR	94
XXIII. L'étude de l'insomnie chez les malades atteints de PR	95
XXIV. Problèmes sexuels des patients atteints de PR	96

Conclusion : 97

Annexes : 99

Résumés :

Bibliographie :

ABREVIATIONS

QDV	:	Qualité de vie
PR	:	Polyarthrite rhumatoïde
ACR	:	American college of rheumatology
EMIR	:	Echelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde

MHAQ	: Modified Health Assessment Questionnaire
HAQ	: Health Assessment Questionnaire
EVA	: Echelle visuelle analogique
GARS	: Groningen Activity Restriction Scale
ADL	: Activity of daily living
IADL	: Instrumental activity of daily living
SECONDAIRE 1C	: Secondaire 1 ^{er} cycle
SECONDAIRE 2C	: Secondaire 2 ^{ème} cycle
CNOPS	: Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale
CNSS	: Caisse nationale de sécurité sociale
DAS	: Disease activity score
ANTI CCP	: Anticorps anti peptides citrullinés
ORL	: Oto rhino laryngologie
AINS	: Anti-inflammatoires non stéroïdiens
HTA	: Hypertension artérielle
IDM	: Infarctus du myocarde
RAA	: Rhumatisme articulaire aigu
MCP	: Articulations métacarpophalangiennes
MTP	: Articulations métatarsophalangiennes
APN	: Anticorps antipérimucléaires
AK	: Anticorps anti kératine
FR	: Facteur rhumatoïde

ATCD	: Antécédents
CTX urinaires	: C - Terminal cross- Linking- Teloptide)
DDB	: Dilatation de bronches
SDAI	: Simple Disease Activity Index
SENS	: Simple Erosion Narrowing Score
DP	: D pénicillamine
APS	: Antipalludéens de synthèse
MTX	: Méthotrexate
OMS	: Organisation mondiale de la santé
QALYS	: Années de vie pondérées en qualité
AIMS	: Arthritis impact measurment scale
AIMS-2	: Arthritis impact measurment scale-2.

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, la charge des maladies chroniques a considérablement augmenté. Ces maladies, pour lesquelles la guérison définitive ne peut pas toujours être obtenue, retiennent fortement sur le vécu du malade qui en est atteint. Il importe donc de soulager ces patients, de réduire leurs souffrances et donc d'améliorer leur qualité de vie (QDV).

Parmi les maladies chroniques ayant un lourd tribut fonctionnel, psychologique et socio économique on cite la polyarthrite rhumatoïde (PR).

C'est le chef de fil des rhumatismes inflammatoires chroniques, c'est une cause de douleur prolongée, de gêne et de déformations sources d'incapacité physique. C'est aussi une connectivite avec des manifestations extra articulaires susceptibles de compromettre le pronostic vital.

Il est donc clair que cette maladie altère de façon considérable la qualité de vie du patient qui en est atteint. En effet, plus de la moitié des malades sont obligés d'arrêter leur activité professionnelle moins de 5 ans après le début de la maladie et, dans 10% des cas, la PR engendre une invalidité grave en moins de 2 ans (1), sans omettre l'important retentissement psychologique qui alourdit encore la charge de la maladie.

De ce fait, la prise en charge des patients arthritiques nécessite l'identification des conséquences de la maladie qui entraînent plus de gêne pour les patients. Ces conséquences peuvent être différentes des manifestations cliniques habituelles évaluées par le clinicien. Ils ont trait aux différentes perceptions qu'a le patient de sa vie en fonction de son appréciation personnelle, de ses valeurs, de son environnement et de ses normes.

A la lumière de ces données, nous nous proposons, à travers cette étude transversale d'étudier la qualité de vie liée à la santé des patients atteints de PR à Marrakech.

Notre étude va s'axer sur :

- ⇒ L'évaluation de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde
 - ⇒ L'appréciation du retentissement de la PR sur les activités journalières et le travail du malade.
 - ⇒ L'évaluation du retentissement de la PR sur l'entourage du malade
 - ⇒ L'évaluation du retentissement psychologique de la PR
-

Etude de la qualité de vie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

- ⇒ L'évaluation de la qualité de vie des patients à travers des échelles spécifiques à cet égard.

PATIENTS ET METHODES

VIII- Type de l'étude :

Il s'agit d'une série de cas de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde de la région de Marrakech.

IX- Population cible :

Patients atteints de polyarthrite rhumatoïde répondant aux critères de l'ACR 1987 [voir annexe 1].

X- Echantillon :

Un échantillon accidentel de 80 malades atteints de polyarthrite rhumatoïde a été colligé au niveau des centres de recrutements suivants :

- ⇒ Service de rhumatologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech.
- ⇒ Service de médecine interne, consultation de rhumatologie, du centre hospitalier régional Avenzoar à Marrakech.
- ⇒ Service de médecine interne, consultation de rhumatologie. Hôpital Militaire Avicenne à Marrakech.
- ⇒ Consultation de rhumatologie des médecins privés de Marrakech.

XI- Variables étudiées :

A travers cette étude nous avons traité un ensemble de paramètres relatifs aux différents aspects de la qualité de vie liée à la santé des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

Une première étape du questionnaire a consisté en une collecte des différentes données relatives à :

- ⇒ L'étude des caractéristiques socioéconomiques des patients.
- ⇒ L'étude des caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde.
- ⇒ L'étude du retentissement de la maladie sur la vie des patients à travers l'étude de son impact sur le travail et les activités quotidiennes ainsi que son retentissement sur l'entourage du patient.

Au cours de la deuxième étape de l'étude, nous avons fait appel à des échelles spécifiques pour l'évaluation :

- ⇒ De la qualité de vie des patients
- ⇒ Du handicap fonctionnel
- ⇒ Du retentissement psychologique, notamment l'étude de l'anxiété et de la dépression.

XII- Collecte des données :

Notre étude s'est déroulée sous forme d'entretiens. Le recueil des informations a été réalisé à l'issue de l'interrogatoire des malades et à partir des données du dossier médical. Du fait de la grande fréquence des patients analphabètes, la collecte des données a été effectuée par l'étudiant ou le médecin.

Le questionnaire utilisé au cours de l'étude comporte :

2- La fiche d'exploitation : [voir annexe2]

Elle comporte 3 rubriques :

- ⇒ Caractéristiques socioéconomiques des malades.
- ⇒ Caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde
- ⇒ Retentissement de la polyarthrite sur la vie du malade

Ces rubriques sont formulées en questions fermées ou ouvertes

A la fiche sont annexés un ensemble de questionnaires d'évaluation de la qualité e vie.

- **Le questionnaire EMIR court (échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde) [annexe 3] (2) :**

L'échelle EMIR court est la version réduite de l'échelle EMIR, élaboré par le groupe Qualité de Vie en Rhumatologie, dans un souci de réduire son délai de passation tout en préservant la validité de contenu et les propriétés de mesure de l'échelle originale (2). Cette échelle présente

l'avantage de sa simplicité d'utilisation, de sa sensibilité au changement (3) et de son exploration globale des différentes composantes de la qualité de vie liée à la santé, tout en étant conçue pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Elle est d'usage facile pour des mesures répétées dans les études longitudinales et moins coûteuse pour les essais contrôlés ou les études de cohorte (4). Sa sensibilité au changement lui vaut sa supériorité à d'autres échelles de mesure comme le MHAQ (modified HAQ) et l'EVA (échelle visuelle analogique) notamment pour l'évaluation de la douleur et du statut fonctionnel (5).

L'échelle EMIR court comporte 26 questions groupées sous formes d'échelles, évaluant de façon globale la qualité de vie du patient (voir annexe 3). L'échelle physique correspond aux questions 1 à 12, l'échelle symptôme aux questions 13 à 15, l'échelle psychique aux questions 16 à 20 et l'échelle travail aux questions 25 et 26. Nous avons suivi les recommandations du Pr. Francis Guillemin pour le codage et le calcul des scores (2). Les réponses obéissent à un format de 5 catégories (type likert), se rapportant à la fréquence avec laquelle le patient exprime chacun des items contenus dans le questionnaire et ce durant les 4 semaines précédant l'entretien. Pour les questions se rapportant à l'item travail, les réponses sont recueillies uniquement pour les patients ayant exercé un travail rémunéré, ménager ou scolaire au cours de cette période. Les scores de chaque item sont ensuite recodés. Le score brut de chaque échelle est obtenu par la somme des scores des items correspondants après recodage. Il est ensuite normalisé pour donner un score final allant de 0 (meilleur état de santé) à 10 (plus mauvais états de santé).

- **Le (GARS) Groningen Activity Restriction Scale: [annexe 4] (6) :**

Le GARS est un instrument générique, servant à évaluer l'incapacité fonctionnelle. Il est établi en 1990 des travaux de Suurmeijer et Kempen. Il présente l'intérêt de pouvoir étudier à la fois la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne (ADL activity of daily living) ex : se

laver, s'habiller ... et les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL instrumental activity of daily living) ex : faire des courses, préparer le repas...

L'échelle de mesure GARS est constituée de 18 items avec un format de réponse de 4 catégories basées sur la capacité du patient à effectuer la tâche se rapportant à l'item (6). Bien qu'il soit un instrument conçu pour mesurer l'incapacité fonctionnelle de façon générique, il s'avère plus sensible au changement que le HAQ (2,7)

▪ **Echelle de dépression de HAMILTON : [annexe 5] (8) :**

L'échelle de dépression HAMILTON a été initialement conçue afin de mesurer les changements de la symptomatologie dépressive des patients sous antidépresseurs. Elle est devenue le test le plus utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. C'est un bon indicateur de l'intensité de la dépression. L'échelle originale comportait initialement 21 items. Elle a été ensuite réduite à 17 items se rapportant aux différentes composantes de la symptomatologie dépressive. Pour chacun des items on choisi la définition qui caractérise le mieux le malade et qui sera notée de 0 à 2 ou de 0 à 4. Des notes seuils à visée diagnostique ont été proposées par Bech et al (9) :

- Note totale de 0 à 7 : absence de dépression.
- Note totale de 8 à 15 : dépression mineure.
- Note totale de 16 ou plus : dépression majeure.

▪ **Echelle d'appréciation de l'anxiété de MAX HAMILTON [annexe 6] (10):**

L'échelle d'appréciation de l'anxiété de MAX HAMILTON est la plus classique et l'une des échelles les plus fréquemment utilisées pour l'appréciation de l'anxiété. Elle est très sensible au changement (11). Il s'agit d'une échelle d'hétéro évaluation qui comprend 14 items couvrant la

totalité des secteurs de l'anxiété psychique, somatique musculaire et viscérale, les troubles cognitifs et du sommeil et l'humeur dépressive. Ces items sont évalués à l'aide d'une échelle de cinq degrés de gravité, de l'absence jusqu'à l'intensité invalidante. Ces notes sont attribuées durant l'entretien en fonction de l'expérience de l'examineur. La note globale va de 0 à 60. Il existe une note d'anxiété psychique (items 1 à 6 et 14) et une note d'anxiété somatique (items 7 à 13). Le seuil admis pour une anxiété significative est de 20 (10).

Le choix de ces différents instruments de mesure a été guidé par l'analyse bibliographique des questionnaires d'évaluation de qualité de vie les plus utilisés dans la polyarthrite rhumatoïde.

Les questionnaires d'évaluation du retentissement psychologique (respectivement échelle MAX HAMILTON d'appréciation de l'anxiété et l'échelle de dépression de HAMILTON) ont été suggérés par Pr. I Tazi : chef de service de psychiatrie de L'hôpital Ibn Nafis CHU Mohammed VI Marrakech.

XIII– Analyse statistique :

L'analyse statistique a été réalisée au laboratoire d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech sous la direction du Pr. M Amine. Elle a fait appel à deux méthodes d'analyse statistique :

- Une analyse descriptive : pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages ; pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts- types.
- Une analyse bivariée : au cours de cette analyse, nous avons utilisé des tests statistiques notamment le test de Student pour comparer deux moyennes, l'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes, le test de khi2 pour la comparaison de pourcentages. Quand les conditions d'application du test de khi2 étaient absentes, nous avons utilisé le test exact de Fisher.

Lorsque les conditions de validité des tests décrits ci-dessus étaient absentes, nous avons fait appel à des tests non paramétriques.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l' EPI info6.04d fr. le seuil de signification a été fixé à 5%.

XIV- Considérations éthiques :

Les patients recrutés ont été informés du but de l'étude. Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés. Le recueil des données a été effectué avec respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.

ETUDE DESCRIPTIVE

III- Caractéristiques des patients :

3. Sexe :

Parmi les 80 patients, 70 étaient des femmes soit 87,5 % de la population étudiée et 10 étaient des hommes soit 12,5 %.

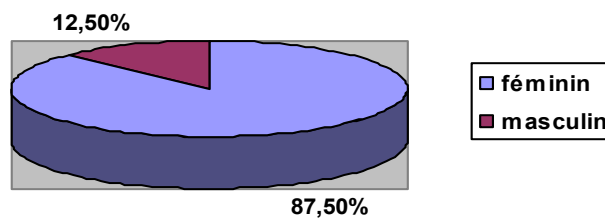


Fig.1 : La répartition des patients selon le sexe.

4. L'origine :

Les patients d'origine urbaine représentaient 58.75 % de la population de l'étude contre 41.25 % d'origine rurale.

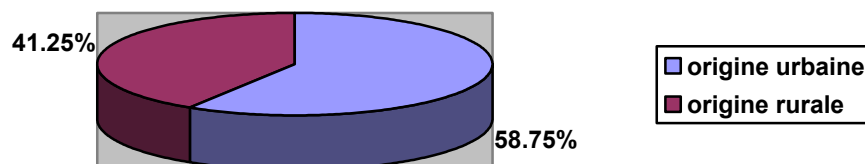


Fig.2 : La répartition des patients selon l'origine

5. L'âge :

L'âge moyen des patients recrutés est de 47,6 ans +/- 13,5 avec des âges extrêmes allant de 22 ans à 73 ans.

6. La situation familiale :

L'étude du statut matrimonial a révélé que 66,25 % des patients sont mariés, 15 % sont célibataires, 11,25 % sont veufs et 7,5 % sont divorcés.

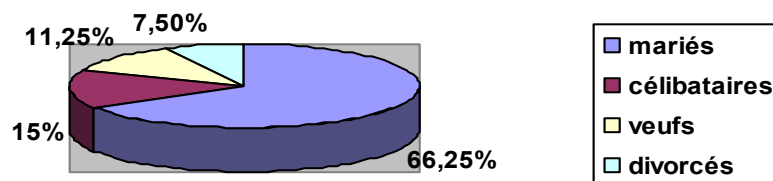


Fig.3 : Le statut matrimonial des patients

Le nombre moyen d'enfants est de 4,2 +/- 2,8 avec un minimum de 0 enfant et un maximum de 12 enfants. La durée moyenne de mariage est de 29 ans +/- 15 ans avec des durées extrêmes allant de 2 ans à 60 ans.

Les malades vivaient dans des structures familiales variables, comme le montrent les résultats du tableau I :

Tableau I : Le groupe familial des patients recrutés

Groupe familial	Nb de patients	% des patients
Patient vit avec son conjoint et ses enfants célibataires	31	38,8 %
Patient vit avec son conjoint et ses enfants célibataires et / ou mariés	16	20 %
Patient vit chez ses parents	13	16,3 %
Patient vit avec ses enfants	7	8,8 %
Patient vit avec son conjoint et/ou ses enfants chez ses beaux parents ou chez ses parents	4	5 %
Vit seul	2	2,5 %
Patient vit chez un membre de la famille	2	2,5 %
Patient vit avec son conjoint	2	2,5 %
Patient vit avec sa famille et une autre famille	2	2,5 %
Patient vit chez ses enfants	1	1,3 %

7. Le niveau social :

5-5. Le niveau d'instruction :

Le niveau d'instruction des malades et celui du responsable de famille étaient comme suit :

Tableau II : Le niveau d'instruction des patients

Niveau d'instruction du malade	Nb de patients	% des patients
Aucun	48	60 %
Ecole coranique	7	8,8 %
Primaire	9	11,3 %
Secondaire 1 c	3	3,8 %
Secondaire 2 c	8	10 %
Technique	2	2,5 %
Supérieur	3	3,8 %

Comme le montrent les résultats du tableau II, la majorité des patients, soit 60 % de la population de l'étude n'ont aucun niveau d'instruction.

L'étude du niveau d'instruction des responsables de familles a mis en évidence les résultats suivants :

Tableau III : Le niveau d'instruction du responsable de famille

Niveau d'instruction du responsable de famille	Nb d'observations	% des observations
Aucun	26	32,5 %
Ecole coranique	11	13,8 %
Primaire	16	20 %
Secondaire 1c	6	7,5 %
Secondaire 2c	12	15 %
Technique	1	1,3 %
Supérieur	8	10 %

Nous avons noté qu'un responsable de famille sur trois n'avait aucun niveau d'instruction. Dans 20 % des cas l'instruction s'était limitée au niveau primaire et dans 15 % des cas au niveau secondaire 2^{ème} cycle.

5-6. L'activité professionnelle des patients:

L'étude de l'activité professionnelle a révélé la prédominance de patients sans activité professionnelle rémunérée. Les résultats sont rapportés dans le tableau IV.

Tableau IV : L'activité professionnelle des patients :

Type de profession	Nb de patients	% des patients
Sans	63	78,8 %
Divers	5	6,3 %
Fonctionnaire	4	5 %
Militaire	3	3,8 %
Commerçant	3	3,8 %
Cadre supérieur	1	1,3 %
Occasionnel	1	1.3 %
Ouvrier	0	0 %
Fellah (gros moyens)	0	0 %
Fellah (petits moyens)	0	0 %

5-7. L'autonomie financière :

Il a été noté que 81.25% des patients étaient dépendants sur le plan financier et que seulement 18.75 % étaient autonomes.

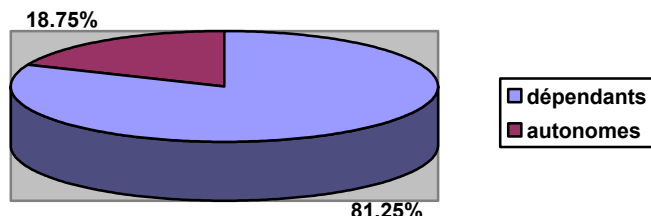


Fig.4 : L'autonomie financière des patients recrutés

5-8. L'adhérence à un système d'assurance :

L'adhérence à un système d'assurance était notée chez seulement 31,25 % des patients. Parmi ces derniers, 96 % bénéficiaient d'une sécurité sociale (CNOPS, CNSS) et 4 % d'une assurance privée. La durée moyenne d'adhérence au système d'assurance est de 26 ans +/- 12,854 [2-52]. Nous avons noté que 68,8 % des patients étaient sans couverture sanitaire.

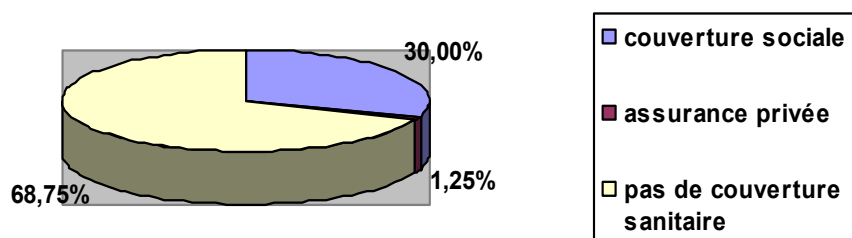


Fig.5 : La part de la couverture sanitaire des patients recrutés

IV- Les caractéristiques de la PR :

Le délai moyen d'évolution est de 76,5 mois +/- 70,3 avec des durées extrêmes allant de 4 mois à 348 mois.

9. Le mode de début :

Le mode de début de la maladie était différent d'un patient à l'autre. De façon globale, nous avons noté que chez 42.5 % des patients, le début était caractérisé par une polyarthrite bilatérale et symétrique et par des arthralgies chez 38.8 % des cas. (Voir tableau V).

Tableau V : Le mode de début de la PR

Mode de début	Nb de malades	% des malades
Début par une polyarthrite bilatérale et symétrique	34	42,5 %
Début par des arthralgies	31	38,8 %
Début mono articulaire	8	10 %
Début par une oligoarthrite distale	7	8,8 %

10. Le grade fonctionnel de STEINBROKER [annexe 7] :

L'étude du grade fonctionnel, par le biais de l'échelle de STEINBROKER a mis en évidence les résultats rapportés dans le tableau VI :

Tableau VI : Le grade fonctionnel de STEINBROKER

Grade fonctionnel	Nb de patients	% des patients
I	4	5 %
II	23	28,75 %
III	48	60 %
IV	5	6,25 %

11. L'activité de la PR évaluée par le Disease Activity Scale (DAS) :

Nous avons noté que 51.25 % des patients avaient une PR très active et que 37.5 % d'entre eux avaient une PR modérément active. Chez 5 % des patients la PR était faiblement active, alors que la PR était en rémission chez 6.25 % des malades (voir fig.6)

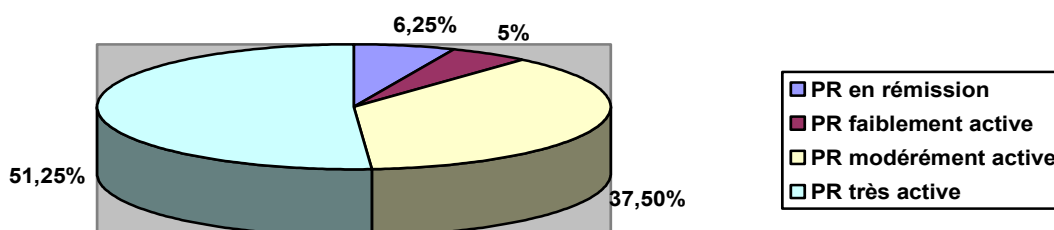


Fig.6 : L'activité de la PR évaluée par le DAS

12. Les déformations :

Des déformations articulaires ont été retrouvées chez 44 % des patients.

13. Les érosions articulaires :

Les radiographies des mains, réalisées de façon systématique ont mis en évidence des érosions articulaires chez 87.5 % des patients.

14. Sérologie rhumatoïde et anticorps anti CCP :

L'étude de la sérologie rhumatoïde a mis en évidence que 31,25 % des patients étaient séronégatifs, 60 % des patients étaient séropositifs et 8,75 % avaient une sérologie dissociée.

Les anti CCP recherchés chez 1 patient sont positifs.

15. Les manifestations extra articulaires :

- L'asthénie était présente chez 69 % des malades. 51,3 % ont présenté un amaigrissement et une fébricule
- Des nodules rhumatoïdes ont été retrouvés chez 8,8 % des patients

- Les autres manifestations extra articulaires étaient différentes d'un patient à l'autre. A la limite des investigations réalisées Ils sont rapportés dans le tableau VII :

Tableau VII : La part des manifestations extra articulaires.

L'atteinte	Nb de patients	% des patients atteints
Atteinte oculaire	22	27,5 %
Ostéoporose	14	17,5 %
Manifestations hématologiques	7	8,8 % (faites d'anémie inflammatoire)
Vascularite	3	3,8 %
Atteinte pleuro pulmonaire	3	3,8 %
Manifestations dermatologiques	1	1,3 %
Atteinte ORL	1	1,3 %
Atteinte cardiaque	1	1,3 %
Atteinte neurologique	0	0 %
Atteinte rénale	0	0 %

16. Les thérapeutiques instituées :

8-4. Les pratiques traditionnelles :

Les pratiques traditionnelles sont utilisées chez 46,3 % des patients. Ces pratiques étaient variables d'un patient à l'autre. En effet, 73 % de ces patients utilisaient des plantes médicinales, 16,2 % avaient recours au jebbar, 27 % utilisaient des points de feu, 5,4 % utilisaient le sable chaud, 2,7 % avaient recours aux saignées (hijama) et 5,4 % pratiquaient des piqûres d'abeilles. Des associations entre ces pratiques ont été notées.

8-5. Le traitement symptomatique :

Un traitement symptomatique a été administré chez 95 % des patients. Parmi ces malades, 76,3 % étaient sous corticothérapie par voie orale, 2,6 % avaient bénéficié d'une corticothérapie injectable en bolus. Le paracétamol était administré chez 18,4 % des malades et 13% étaient sous paracétamol associé. 35,5 % des malades étaient sous AINS par voie orale. Le traitement anti-inflammatoire par voie locale était administré chez 11,6 % des malades. Des associations entre ces thérapeutiques ont été relevées.

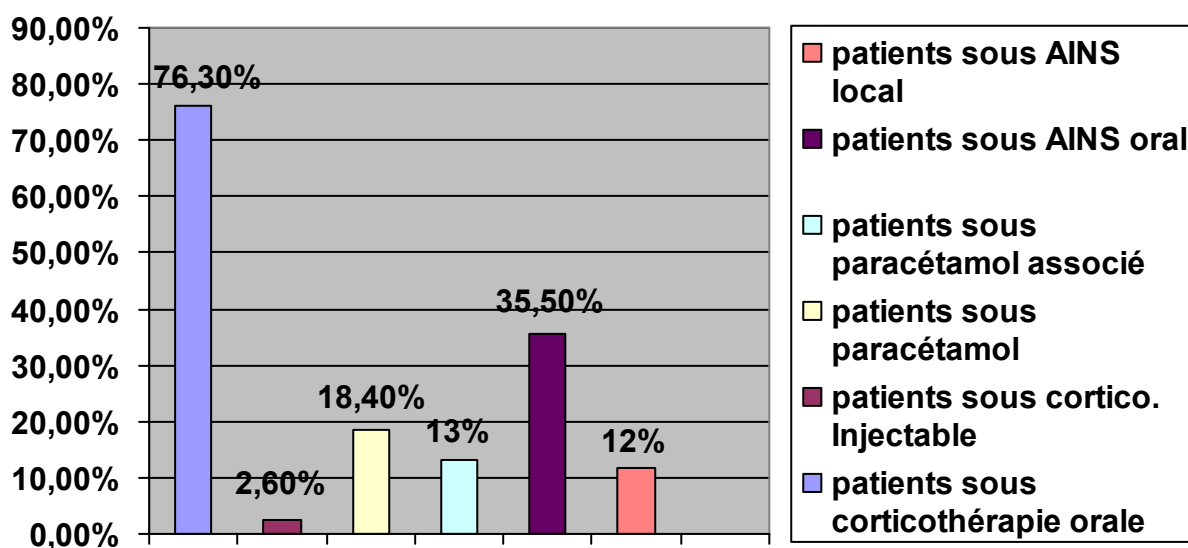


Fig. 7 : La part du traitement symptomatique chez nos patients

8-6. Le traitement de fond :

Un traitement de fond a été administré chez 76 % des patients (61 patients). L'étude a révélé les résultats suivants :

Tableau IIX : Type des traitements de fond administrés

Type du traitement de fond	Nb de patients	% des patients
Salazopyrine	26	42.6 %
Méthotrexate	16	26.2 %
Antipaludéens de synthèse	12	19.7 %
Sels d'or	3	4.9 %
Rituximab	2	3.3 %
Association de 2 traitements de fond	2	3.3 %

Comme le montrent les résultats du tableau, 42.6 % des patients étaient mis sous Salazopyrine. L'association de deux traitements de fond était proposée chez 3.3 % des patients (soit 2 patients). Il s'agissait de l'association Méthotrexate et Salazopyrine.

9. L'observance thérapeutique :

L'étude a mis en évidence que 59 % des patients avaient une bonne observance thérapeutique contre 41 % ayant rapporté des arrêts de traitement de fond. Ces arrêts étaient épisodiques chez 84 % des patients. Dans 16 % des cas le traitement était arrêté de façon totale.

Plusieurs raisons ont été avancées par les patients pour justifier cette mauvaise observance thérapeutique. Les résultats étaient comme suit :

Tableau IX : Les raisons de l'arrêt du traitement

Raisons de l'arrêt	Nb de patients	% des patients
Coût élevé du traitement	11	42,3 %
Effets secondaires	6	23,1 %
Non disponibilité du traitement, rupture	5	19,2 %
Lassitude	2	7,7 %
Inefficacité	1	3,8 %
Arrêt par le patient après amélioration	1	3,8 %

10. Traitement chirurgical :

Le traitement chirurgical a été réalisé chez 2 patients. Il s'agissait d'une réaxation du poignet et de la réalisation d'une prothèse totale de hanche.

11. Aide technique :

Une aide technique a été réalisée chez 68,4 % des patients. Parmi ces malades, 58,3 % ont bénéficié d'une canne anglaise, 25 % de béquilles et 16,7 % de chaise roulante.

12. L'hospitalisation :

La moyenne d'hospitalisation est de 1,3 par patient +/- 1.2 avec des valeurs extrêmes allant de 0 à 6 hospitalisations. La durée moyenne de séjour était de 19j +/-13,8 avec des durées extrêmes allant de 3j à 90j.

13. Les effets secondaires :

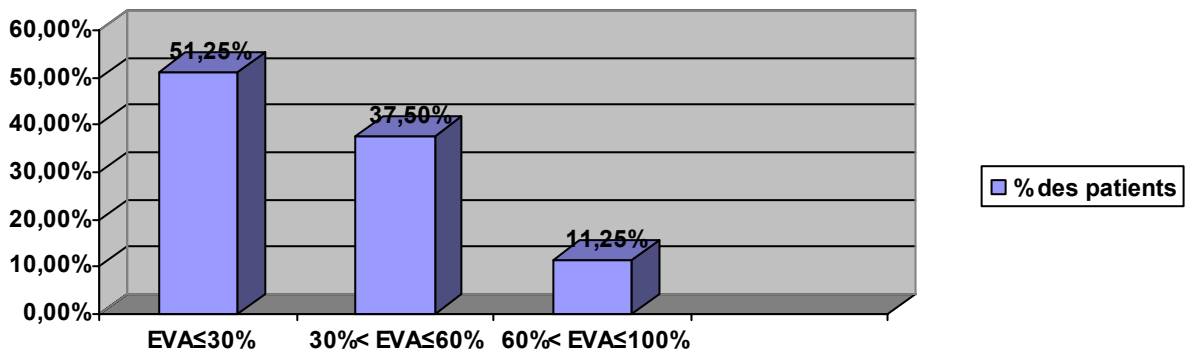
Des effets secondaires ont été rapportés chez 50 patients soit 62.5 % de la population de l'étude. Les effets secondaires relevés étaient comme suit :

Tableau X : Les effets secondaires rapportés par les malades

Effets secondaires	Nb de patients	% des patients
Gastralgies	43	82.7 %
Eruption cutanée	3	5.8 %
Cataracte cortisonique	2	3.8 %
Cytolyse hépatique	1	1.9 %
Hypercorticisme	1	1.9 %

14. L'évaluation de la douleur :

L'évaluation de la douleur par le biais de l'échelle visuelle analogique a mis en évidence une valeur moyenne de 34.5 % +/- 23.946 [0-90]. Des variations ont été notées en fonction de la valeur de l'EVA. En effet, 51.25 % des malades avaient des chiffres d'EVA ≤ 30 %, 37.5 % des patients avaient des valeurs comprises entre 30 % et 60 % et 11.25% des patients avaient des valeurs >60 %.



**Fig. 8 : La perception de la douleur chez les patients
à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA).**

15. L'étude de la comorbidité :

Nous avons relevé une pathologie associée chez 62.5 % des malades recrutés (50 patients). L'étude de la comorbidité de ces malades a mis en évidence les résultats suivants

Tableau XI : Comorbidité des malades recrutés

Pathologie associée	Nb de patients	% des malades
Gougerot Sjôgren	27	54 %
Pathologie digestive	18	18 %
Diabète	14	14 %
Pathologie thyroïdienne	14	14 %
HTA	10	20 %
Pathologie pleuro pulmonaire	5	10 %
Autre pathologie cardiovasculaire	5	10 %
Autre connectivite	3	6 %
Cataracte	2	2.5 %
Pathologie ORL	2	2.5 %
Hypoparathyroïdie	1	1.3 %
Tuberculose ganglionnaire	1	1.3 %
RAA	1	1.3 %
Pathologie neuropsychiatrique	0	0 %
Pathologie tumorale	0	0 %
Angor, IDM	0	0 %

III. Retentissement de la PR sur la vie des malades:

6. Retentissement de la PR sur le travail des patients :

Parmi les 80 malades recrutés, 17 exerçaient une activité rémunérée soit 21.2 %. Chez 15 de ces patients, soit 88.2 %, le travail était affecté par la maladie, et ce après une durée moyenne de 17 mois après le début de la PR. Les différents problèmes rapportés par les malades sont :

Tableau XII : Problèmes de travail rencontrés chez les malades :

Nature du problème	Nb de patients	% des patients
Absentéisme	13	76.5 %
Arrêt de travail	3	17.6 %
Diminution du salaire	2	11.8 %
Retard	2	11.8 %

Il a été noté que les arrêts de travail rapportés par les malades étaient de façon volontaire : il n'y avait aucun cas d'exclusion ni de retraite anticipée. Aucun malade n'a bénéficié d'une pension d'invalidité. Le reclassement professionnel a été accordé à un seul patient.

1-5. Les caractéristiques des patients ayant des problèmes de travail.

L'étude des sujets ayant un problème de travail a mis en évidence un âge moyen de 48 ans +/- [32-65], une prédominance masculine avec 60 % de patients de sexe masculin. L'étude de la situation matrimoniale de ces personnes a mis en évidence que 73.3 % d'entre eux étaient mariés. L'étude de l'activité de la PR, par le DAS, a révélé un DAS moyen de 5.613 +/- 1.882 [1.760-8.570]. La maladie était très active chez 53.3 % des sujets ayant un problème de travail et modérément active chez 33.3 % d'entre eux, tandis que 6.7 % de ces patients avaient une PR faiblement active. Un pourcentage pareil a été noté chez le groupe avec une PR en rémission.

1-6. L'étude du handicap fonctionnel des sujets ayant un problème de travail :

L'étude de l'incapacité fonctionnelle chez ces patients a mis en évidence que le score moyen du GARS était de 47.200 +/- [18-70].

1-7. La qualité de vie de patients ayant un problème de travail :

L'évaluation de la qualité de vie, par l'échelle EMIR court, a mis en évidence les résultats suivants :

**Tableau XII : Scores moyens de l'EMIR court
chez les patients ayant des problèmes de travail**

Item	Moyenne +/- écart type [valeur minimale- valeur maximale]
Physique	3.985 +/- 1.994 [0.209-7.106]
Symptômes	4.443 +/- 2.702 [0-8.330]
Psychique	3.500 +/- 2.096 [1-7.500]
Social	4.833 +/- 1.282 [1.875-7.500]
Travail	5.227 +/- 3.001 [0-10]

Les scores de qualité de vie chez les patients ayant des problèmes de travail sont variables. De façon globale, les scores de qualité de vie se rapportant aux composantes symptômes, social et travail s'intègrent dans les valeurs moyennes du score EMIR court.

1-8. L'évaluation psychologique des patients ayant des problèmes de travail :

Nous nous sommes intéressés à l'étude de l'anxiété et de la dépression des patients ayant des problèmes de travail. Chez 80 % de ces malades, nous avons noté une dépression mineure, alors que 20 % d'entre eux n'avaient pas de dépression. Le pourcentage de patients, souffrant d'anxiété a été de 13.3 %.

7. Le retentissement de la PR sur les activités quotidiennes :

Nous avons évalué l'habilité des patients à effectuer les activités journalières. Les résultats sont rapportés dans le tableau ci-dessus :

Tableau XIII : Le retentissement de la PR sur les activités journalières

Activités présentant des difficultés	Nb de patients	% des patients
Toilette personnelle	18	22.5 %
Préparation des repas	29	36.6 %
Ménage	53	66.3 %
Lessive	56	70 %
Courses	39	48.8 %
Assistance aux réceptions	34	42.5 %
Voyage	42	52.5 %

L'étude des activités de jardinage, de bricolage et de sport n'était possible que chez certains patients du fait qu'elles ne faisait pas partie des activités habituelles chez respectivement 76.3 %, 84 % et 86.3 % des malades.

L'étude des patients effectuant habituellement ces activités a mis en évidence les résultats suivants :

Activités présentant des difficultés	Nb de patients	% des patients
Jardinage	10	12.5 %
Bricolage	10	12.5 %
Sport	7	8.8 %

8. Soutien de l'entourage du malade.

Nous avons étudié le soutien apporté par l'entourage du patient. Il a été mis en évidence que 93.8 % des patients bénéficiaient d'un soutien physique et que 85 % bénéficiaient d'un soutien financier. L'entourage apportait un soutien psychologique à 97.5 % de nos malades.

L'aide physique apportée à nos malades provenait des enfants dans 78.8 % des cas, du conjoint dans 52 % des cas, par un personnel dans 6.7 % des cas et par les membres de la familles dans 48 % des cas. Les amis et les voisins intervenaient chez respectivement 14.5 % et 12 % de notre population de l'étude.

9. Retentissement de la PR sur les enfants :

Parmi les 80 malades recrutés, 82.5 % avaient des enfants. Nous avons essayé d'étudier les différents aspects de retentissement de la PR sur le vécu de ces derniers.

Les enfants étaient affectés par la maladie dans 98.5 % des cas. Le domaine affectif était affecté dans 98.5 % des cas. Dans 44.6 % des cas, les enfants étaient affecté sur le plan financier et dans 83.5 % des cas dans le domaine de l'organisation quotidienne. La scolarité était affectée chez 15.4 % des enfants.

Les différents aspects de retentissement sur la scolarité sont :

Tableau XIV : Retentissement de la PR sur la scolarité des enfants :

Retentissement sur la scolarité	Nb de foyers	% des foyers
Scolarité arrêtée	2	14.3 %
Absentéisme	4	33.3 %
Echec	3	25 %
Retard	5	41.7 %

10. Retentissement psychologique de la PR :

L'étude de l'anxiété et de la dépression chez nos malades par le biais de l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Max Hamilton et l'échelle de dépression de Hamilton a mis en évidence que 38.75 % des patients avaient une anxiété (voir figure 9).

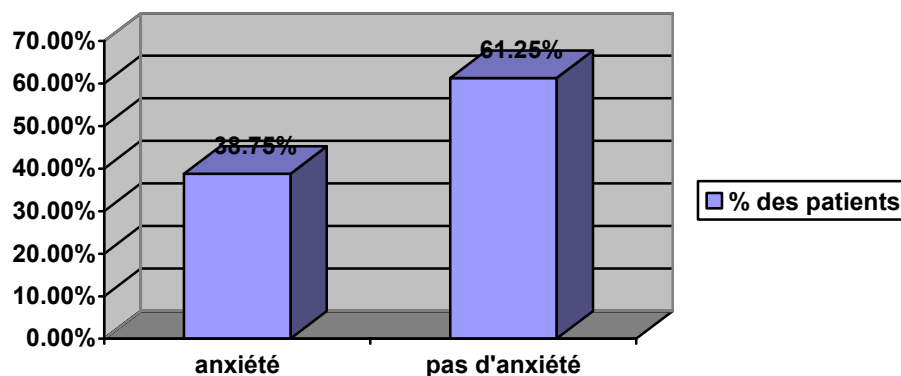


Fig.9 : Evaluation de l'anxiété par l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Max Hamilton.

Nous avons noté l'absence de symptômes dépressifs chez 23.75 % des malades alors que 60 % d'entre eux souffraient d'une dépression mineure et 16.25 % d'une dépression majeure. (Voir figure 10).

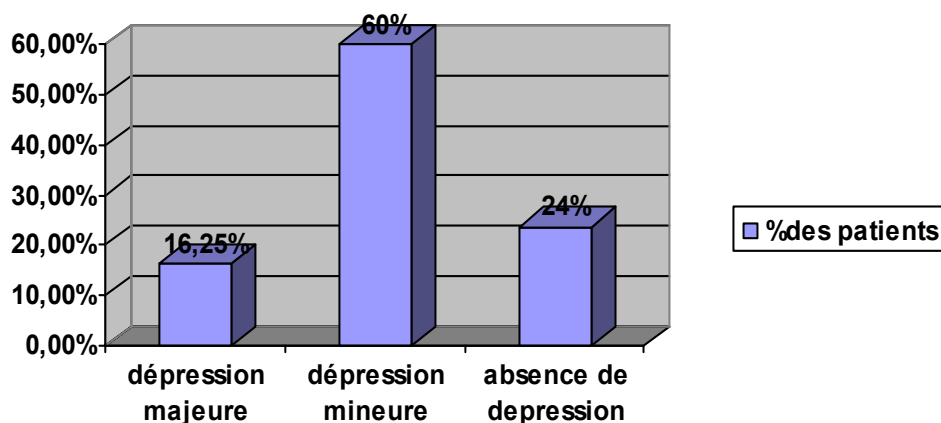


Fig.10 : Evaluation de la dépression par l'échelle de dépression Hamilton

IV. L'évaluation de la qualité de vie des patients :

Nous avons étudié la qualité de vie des patients à l'aide du questionnaire EMIR court. Les résultats étaient comme suit :

Tableau XV : Scores moyens de l'EMIR court.

Item	Moyenne +/- écart type [valeur minimale- valeur maximale]
Physique	4,553 +/- 2,082 [0,206-10]
Symptômes	4,446 +/- 2,661 [0-9,996]
Psychique	4,219 +/- 2,076 [0-8,5]
Social	5,106 +/- 1,623 [1,25-8,75]
Travail	5 +/- 2,712 [0-10]

De façon globale, la qualité de vie des patients recrutés s'insère dans des valeurs moyennes du score EMIR court.

V. L'étude du handicap fonctionnel

Nous avons étudié l'incapacité fonctionnelle chez nos malades à l'aide du questionnaire GARS. Le score moyen retrouvé était de 45,987 +/- 12,166 [18-70], ce qui correspond globalement à la moyenne du score GARS.

VI. Etude de l'insomnie chez les patients recrutés :

L'étude de l'insomnie chez les patients recrutés a mis en évidence les résultats suivants :

Tableau XVI : Evaluation de l'insomnie chez les patients recrutés

Niveau d'insomnie	Nb des patients	% des patients
Absente	14	17.5 %
Légère	17	21.3 %
Moyenne	22	27.5 %
Forte	26	32.5 %
Invalidante	1	1.3 %

VII. Etude des problèmes sexuels chez les patients :

L'étude des problèmes sexuels chez les patients recrutés s'est basée sur une évaluation globale et qualitative des problèmes rencontrés (atteinte de la libido, diminution du désir, atteinte de l'activité sexuelle). Les résultats sont rapportés dans le tableau XVII :

Tableau XVII : Evaluation des problèmes sexuels chez les patients

Problèmes sexuels	Nb de malades	% des patients
Absents	28	35 %
Légers	29	36.3 %
Graves	23	28.8 %

ANALYSE

I. Influence des déformations sur la qualité de vie des patients atteints de PR :

1- Activité de la maladie (évaluée par le DAS) :

		Activité de la PR				P *
		PR en rémission	PR faiblement active	PR modérément active	PR très active	
Déformations articulaires	Oui (35)	1 2.9 %	1 2.9 %	12 34.3 %	21 60 %	0.42
	Non (45)	4 8.9 %	3 6.7 %	18 40 %	20 44.4 %	

* p= Degré de signification.

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'existence ou non de déformations articulaires et l'activité de la maladie évaluée par le DAS.

2- L'EMIR court :

2-6. Item physique :

		EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (35)	4.800 +/-2.293	0.35
	Non (45)	4.361 +/- 1.906	

* p= Degré de signification.

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la qualité de vie dans sa composante physique (évaluée par l'échelle EMIR court) et l'existence ou non de déformations articulaires.

2-7. Item symptôme :

		EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (35)	4.760 +/-2.267	0.35
	Non (45)	4.202 +/- 2.579	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre l'existence ou non de déformations articulaires et la qualité de vie dans sa composante symptôme évaluée par l'EMIR court.

2-8. Item psychique :

		EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (35)	3.800 +/-2.044	0.11
	Non (45)	4.544 +/- 2.064	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre l'existence ou non de déformations articulaires et la qualité de vie dans sa composante symptôme évaluée par l'EMIR court.

2-9. Item social :

		EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (35)	5.225 +/- 1.602	0.56
	Non (45)	5.014 +/- 1.651	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre l'existence ou non de déformations articulaires et la qualité de vie dans sa composante sociale évaluée par l'EMIR court.

2-10. Item travail :

		EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (4)	4.375 +/- 3.608	0.6
	Non (14)	5.172 +/- 2.541	1

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre l'existence ou non de déformations articulaires et la qualité de vie dans sa composante travail évaluée par l'EMIR court.

3- GARS :

		GARS moyen Moyenne +/- écart type	P *
Déformations articulaires	Oui (35)	47.143 +/- 11.775	0.45
	Non (45)	45.089 +/- 12.519	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'existence ou non de déformations articulaires et l'incapacité fonctionnelle (évaluée par l'échelle GARS).

II. Influence de la douleur (évaluée par l'EVA) sur la qualité de vie des patients atteints de PR :

1. Score d'anxiété :

		Score d'anxiété		P *
		Anxiété	Pas d'anxiété	
EVA	[0-30] (41)	13 31.7 %	28 68.3 %	0.41
	] 30-60] (30)	14 46.7 %	16 53.3 %	
	] 60-100] (9)	4 44.4 %	5 55.6 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la perception de la douleur et l'existence ou non d'anxiété chez les malades recrutés.

2. Score de dépression :

		Score de dépression			P *
		Dépression majeure	Dépression mineure	Pas de dépression	
EVA	[0-30] (41)	7 17.1%	22 53.7 %	12 29.3 %	-
	] 30-60] (30)	5 16.7 %	20 66.7 %	5 16.7 %
	] 60-100] (9)	1 11.1 %	6 66.7 %	2 22.2 %

* p= Degré de signification

L'étude de la relation entre la perception de la douleur et la dépression n'a pas été possible du fait des faibles effectifs.

3. EMIR :

3-6. Item physique :

		EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
EVA	[0-30] (41)	3.996 +/- 1.897	0.04
	] 30-60] (30)	5.065 +/- 1.919	
	] 60-100] (9)	5.384 +/- 2.845	

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante physique est statistiquement liée à la perception de douleur

3-7. Item symptôme :

		EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
EVA	[0-30] (41)	3.291 +/- 2.250	0.0001
	] 30-60] (30)	5.637 +/- 2.529	
	] 60-100] (9)	5.738 +/- 2.713	

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante symptôme est statistiquement liée à la perception de douleur.

3-8. Item psychique :

		EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
EVA	[0-30] (41)	3.817 +/- 2.199	0.208
	] 30-60] (30)	4.633 +/- 1.761	
	] 60-100] (9)	4.667 +/- 2.332	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la qualité de vie dans sa composante psychique et la perception de la douleur.

3-9. Item social :

		EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
EVA	[0-30] (41)	5.192 +/- 1.718	0.89
	] 30-60] (30)	5.021 +/- 1.612	
	] 60-100] (9)	5.000 +/- 1.326	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la qualité de vie dans sa composante sociale et la perception de la douleur.

3-10. Item travail :

		EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
EVA	[0-30] (41)	2.969 +/- 1.485	0.006
	] 30-60] (30)	7.000 +/- 1.677	
	] 60-100] (9)	6.250 +/- 3.062	

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante travail est statistiquement liée à la perception de la douleur.

4. GARS :

		GARS Moyenne +/- écart type	P *
EVA	[0-30] (41)	41.976 +/- 11.755	0.004
	] 30-60] (30)	49.033 +/- 11.106	
	] 60-100] (9)	54.111 +/- 11.494	

* p= Degré de signification

L'incapacité fonctionnelle de nos malades est statistiquement liée à la perception de la douleur.

III. Influence de l'entourage sur la qualité de vie des patients atteints de PR :

1. Score d'anxiété :

		Score d'anxiété		P *
		anxiété	Pas d'anxiété	
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	24 38.1 %	39 61.9 %	0.81
	Non (17)	7 41.2 %	10 58.8 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la dépendance de l'entourage et l'existence ou non d'anxiété chez les patients recrutés.

2. Score de dépression :

		Score de dépression			P *
		Dépression majeure	Dépression mineure	Pas de dépression	
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	11 17.5 %	38 60.3 %	14 22.2 %	-
	Non (17)	2 11.8 %	10 58.8 %	5 29.4 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas pu étudié de façon statistique la relation entre la dépression et la dépendance de l'entourage du fait des faibles effectifs.

3. EMIR :

3-6. Item physique :

		EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	4.483 +/- 2.114	0.01
	Non (17)	3.479 +/- 1.590	

* p= Degré de signification

Il existe un lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et la qualité de vie dans sa composante physique.

3-7. Item symptôme :

		EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	4.548 +/- 2.676	0.51
	Non (17)	4.067 +/- 2.649	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et la composante symptôme de l'EMIR.

3-8. Item psychique :

		EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	4.317 +/- 2.126	0.41
	Non (17)	3.853 +/- 1.894	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et la composante psychique de l'EMIR.

3-9. Item social :

		EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	5.304 +/- 1.609	0.03
	Non (17)	4.375 +/- 1.499	

* p= Degré de signification

Il existe un lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et l'item social de l'EMIR.

3-10. Item travail :

		EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui 9	5.139 +/- 3.449	0.83
	Non 9	4.861 +/- 1.921	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et la composante travail de l'EMIR.

4. GARS

		GARS moyen Moyenne +/- écart type	P *
Dépendance totale de l'entourage	Oui (63)	47.667 +/- 12.036	0.01
	Non (17)	39.765 +/- 10.825	

* p= Degré de signification

Il existe un lien statistiquement significatif entre la dépendance totale de l'entourage et l'incapacité fonctionnelle des malades.

IV. L'influence de l'activité de la maladie sur la qualité de vie des patients atteints de PR :

1. EMIR :

1-6. Item physique :

		EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission (5)	2.842 +/- 1.727	0.0009
	PR faiblement active (4)	2.612 +/- 1.381	
	PR modérément active (30)	3.992 +/- 1.704	
	PR très active (41)	5.362 +/- 2.089	

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante physique est statistiquement liée à l'activité de la maladie évaluée par le DAS.

1-7. Item symptôme :

		EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission (5)	1.000 +/- 1.086	0.00002
	PR faiblement active (4)	3.124 +/- 2.191	
	PR modérément active (30)	3.554 +/- 2.230	
	PR très active (41)	5.648 +/- 2.482	

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante symptôme est statistiquement liée à l'activité de la maladie évaluée par le DAS.

1-8. Item psychique :

		EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission (5)	2.800 +/- 1.255	0.27
	PR faiblement active (4)	3.750 +/- 2.630	
	PR modérément active (30)	4.033 +/- 2.068	
	PR très active (41)	4.573 +/- 2.075	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la qualité de vie dans sa composante psychique et l'activité de la maladie.

1-9. Item social :

		EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission (5)	3.625 +/- 1.996	0.19
	PR faiblement active (4)	5.625 +/- 0.510	
	PR modérément active (30)	5.138 +/- 1.627	
	PR très active (41)	5.213 +/- 1.597	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la qualité de vie dans sa composante sociale et l'activité de la maladie.

1-10. Item travail :

		EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission(3)	2.917 +/- 0.722	0.019
	PR faiblement active (1)	0	
	PR modérément active (5)	4.000 +/- 1.046	
	PR très active (9)	6.806 +/- 2.430	

* p= Degré de signification

La qualité de vie dans sa composante relative au travail est statistiquement liée à l'activité de la maladie. Cette comparaison nous semble biaisée par le fait que le nombre de patients dans chaque groupe est faible.

2. GARS :

		GARS moyen Moyenne +/- écart type	P *
Activité de la maladie	PR en rémission (5)	29.400 +/- 11.261	0.00004
	PR faiblement active (4)	43.250 +/- 10.844	
	PR modérément active (30)	41.967 +/- 9.750	
	PR très active (41)	51.220 +/- 11.251	

* p= Degré de signification

L'incapacité fonctionnelle des malades, évaluée par l'échelle GARS est statistiquement liée à l'activité de la maladie.

3. Le traitement de fond

		Activité de la maladie				P *
		PR en rémission	PR faiblement active	PR modérément active	PR très active	
Traitement de fond	Oui (61)	5 8.2 %	3 4.9 %	24 39.3 %	29 47.5 %	0.47
	Non (19)	0 0.0 %	1 5.3 %	6 31.6 %	12 63.2 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'activité de la maladie et la mise ou non sous traitement de fond.

4. La sérologie rhumatismale :

		Activité de la maladie				P *
		PR en rémission	PR faiblement active	PR modérément active	PR très active	
Sérologie rhumatoïde	Positive	3 6.3 %	1 2.1 %	17 35.4%	27 56.3 %	0.38
	Négative	2 8 %	2 8 %	11 44 %	10 4 %	
	Dissociée	0 0 %	1 14.3 %	2 28.6 %	4 57.1%	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'activité de la maladie et la positivité de la sérologie rhumatoïde.

5. La comorbidité :

		Activité de la maladie				P *
		PR en rémission	PR faiblement active	PR modérément active	PR très active	
Comorbidité	Oui (50)	2 4 %	4 8 %	16 32 %	28 56 %	0.16
	Non (30)	3 10 %	0 0 %	14 46.7 %	13 43.3 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'existence ou non d'une pathologie associée et l'activité de la maladie.

V. Les facteurs en relation avec l'observance thérapeutique :

1- L'EMIR court:

1-5. Item physique :

		N	EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
Observance thérapeutique	Oui	36	4.000 +/- 1.764	0.12
	Non	25	4.784 +/- 1.985	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'observance thérapeutique et la qualité de vie dans sa composante physique, évaluée par l'échelle EMIR court.

1-6. Item symptôme :

		N	EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
Observance thérapeutique	Oui	36	4.049 +/- 2.710	0.98
	Non	25	4.065 +/- 2.456	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'observance thérapeutique et la qualité de vie dans sa composante symptôme, évaluée par l'échelle EMIR court.

1-7. Item psychique

		N	EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
Observance thérapeutique	Oui	36	4.264 +/- 1.822	0.93
	Non	25	4.220 +/- 2.194	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'observance thérapeutique et la qualité de vie dans sa composante psychique, évaluée par l'échelle EMIR court.

1-8. Item social :

		N	EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
Observance thérapeutique	Oui	36	4.566 +/- 1.767	0.001
	Non	25	5.850 +/- 1.195	

* p= Degré de signification

L'observance thérapeutique est statistiquement liée à la qualité de vie dans sa composante sociale, évaluée par l'échelle EMIR court.

2. Le GARS :

		N	Score GARS moyen Moyenne +/- écart type	P *
Observance thérapeutique	Oui	36	42.444 +/- 12.274	0.19
	Non	25	46.360 +/- 9.974	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'observance thérapeutique et l'incapacité fonctionnelle évaluée par l'échelle GARS.

3. Le score d'anxiété :

		Observance thérapeutique		P *
		oui	non	
Score d'anxiété	anxiété (22)	11 50 %	11 50 %	0.28
	Pas d'anxiété (39)	25 64.1%	14 35.9 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'observance thérapeutique et l'existence ou non d'anxiété.

4. Le score de dépression :

		Observance thérapeutique		P *
		Oui (36)	Non (25)	
Score de dépression	Dépression majeure	6 66.7 %	3 33.3 %	-
	Dépression mineure	22 55 %	18 45 %	
	Pas de dépression	8 66.7 %	4 33.3 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas pu étudier de façon statistique la relation entre l'observance thérapeutique et la dépression à cause des faibles effectifs.

5. La situation financière :

		Observance thérapeutique		P *
		oui	non	
Situation financière	Autonome	10	3	0.13
	Dépendante	26	22	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'observance thérapeutique et la situation financière.

6. L'adhérence à un système d'assurance.

		Observance thérapeutique		P *
		Oui 36	Non 25	
Adhérence à un système d'assurance	Oui	18 75 %	6 25 %	0.04
	Non	18 48.6 %	19 51.4 %	

* p= Degré de signification

L'observance thérapeutique est statistiquement liée à l'adhérence à un système d'assurance.

7. La comorbidité

		Observance thérapeutique		P *
		Oui (36)	Non (25)	
Pathologie associée	Oui	22 61.1 %	14 38.9 %	0.68
	Non	14 56 %	11 44 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la comorbidité et l'observance thérapeutique.

VI. Influence de l'insomnie sur la qualité de vie des patients atteints de PR :

1. L'EMIR court :

1-6. Item physique :

		N	EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	14	3.672 +/- 1.120	0.11
	Légère	17	4.032 +/- 1.1748	
	Moyenne	22	4.816 +/- 2.238	
	Forte	26	5.232 +/- 2.348	
	<i>Invalidante</i>	<i>1</i>	<i>2.299 +/- 0.000</i>	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'insomnie et la qualité de vie dans sa composante physique, évaluée par l'échelle EMIR court. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante

1-7. Item symptôme

		N	EMIR moyen (item symptôme) Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	14	3.154 +/- 2.045	0.16
	Légère	17	4.704 +/- 2.463	
	Moyenne	22	4.544 +/- 2.380	
	Forte	26	5.030 +/- 3.112	
	<i>Invalidante</i>	<i>1</i>	<i>0.833 +/- 0.000</i>	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'insomnie et la qualité de vie dans sa composante symptôme, évaluée par l'échelle EMIR court. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante.

1-8. Item psychique :

		N	EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	14	3.286 +/- 1.909	0.06
	Légère	17	4.118 +/- 1.746	
	Moyenne	22	3.795 +/- 1.804	
	Forte	26	5.192 +/- 2.311	
	<i>Invalidante</i>	<i>1</i>	<i>3.000 +/- 0.000</i>	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'insomnie et la qualité de vie dans sa composante psychique, évaluée par l'échelle EMIR court. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante.

1-9. Item social :

		N	EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	14	4.643 +/- 1.846	0.17
	Légère	17	4.654 +/- 1.659	
	Moyenne	22	5.426 +/- 1.536	
	Forte	26	5.481 +/- 1.429	
	<i>Invalidante</i>	<i>1</i>	<i>2.500</i>	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'insomnie et la qualité de vie dans sa composante sociale, évaluée par l'échelle EMIR court. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante.

1-10. Item travail :

		N	EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	4	4.063 +/- 1.197	0.09
	Légère	4	2.500 +/- 2.041	
	Moyenne	3	5.833 +/- 2.602	
	Forte	7	6.607 +/- 2.768	
	<i>Invalidante</i>	<i>0</i>	<i>-</i>	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'insomnie et la qualité de vie dans sa composante travail, évaluée par l'échelle EMIR court. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante.

2. Le GARS :

		N	Score GARS moyen Moyenne +/- écart type	P *
L'insomnie	Absente	14	38.071 +/- 10.359	0.02
	Légère	17	43.706 +/- 10.246	
	Moyenne	22	49.045 +/- 11.749	
	Forte	26	49.654 +/- 12.696	
	<i>Invalidante</i>	<i>1</i>	<i>33.000</i>	

* p= Degré de signification

L'insomnie est statistiquement liée à l'incapacité fonctionnelle, évaluée par l'échelle GARS. Cette comparaison nous semble biaisée par le faible nombre de patients dans le groupe insomnie invalidante.

VII. Influence des problèmes sexuels sur la qualité de vie des patients atteints de PR :

1. L'EMIR court :

1-6. Item physique :

		N	EMIR moyen (item physique) Moyenne +/- écart type	P *
Problèmes sexuels	Absents	28	3.545 +/- 1.883	0.08
	Légers	29	3.770 +/- 1.942	
	graves	23	5.438 +/- 2.332	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et la qualité de vie dans sa composante physique évaluée par l'échelle EMIR court.

1-7. Item symptôme :

		N	EMIR moyen (item symptômes) Moyenne +/- écart type	P *
Problèmes sexuels	Absents	28	3.481 +/- 2.442	0.04
	Légers	29	5.406 +/- 2.325	
	Graves	23	9.300 +/- 3.050	

* p= Degré de signification

Les problèmes sexuels sont statistiquement corrélés à la qualité de vie dans sa composante symptôme.

1-8. Item psychique :

		N	EMIR moyen (item psychique) Moyenne +/- écart type	P *
Problèmes sexuels	Absents	28	3.786 +/- 1.960	0.26
	Légers	29	4.224 +/- 1.835	
	Graves	23	4.739 +/- 2.440	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et la qualité de vie dans sa composante psychique évaluée par l'échelle EMIR court.

1-9. Item social :

		N	EMIR moyen (item social) Moyenne +/- écart type	P *
Problèmes sexuels	Absents	28	4.799 +/- 1.531	0.32
	Légers	29	5.099 +/- 1.725	
	Graves	23	5.489 +/- 1.587	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et la qualité de vie dans sa composante sociale évaluée par l'échelle EMIR court.

1-10. Item travail :

		N	EMIR moyen (item travail) Moyenne +/- écart type	P *
Problèmes sexuels	Absents	11	4.545 +/- 2.638	0.84
	Légers	4	5.938 +/- 3.287	
	Graves	3	5.417 +/- 2.887	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et la qualité de vie dans sa composante travail évaluée par l'échelle EMIR court.

2. Déformations articulaires :

		Problèmes sexuels			P *
		Absents	légers	Graves	
Déformations articulaires	Oui	11 31.4 %	13 37.1%	11 31.4 %	0.82
	non	17 37.8 %	16 35.6 %	12 26.7 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et l'existence ou non de déformations articulaires.

3. L'activité de la maladie :

		Problèmes sexuels			P *
		Absents	légers	Graves	
Activité de la maladie	PR en rémission	2 40 %	1 20 %	2 40 %	0.55
	PR faiblement active	3 75 %	0 0 %	1 25 %	
	PR modérément active	10 33.3 %	13 43.3%	7 23.3 %	
	PR très active	13 31.7 %	15 36.6 %	13 31.7 %	

* p= Degré de signification

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre les problèmes sexuels et l'activité de la maladie évaluée par le DAS.

DISCUSSION

IV. La polyarthrite rhumatoïde :

La polyarthrite rhumatoïde est le chef de fil des rhumatismes inflammatoires chroniques. C'est une maladie du tissu conjonctif à prédominance synoviale et à expression clinique polymorphe. Elle est classée de ce fait parmi les maladies systémiques

◆ Epidémiologie :

La prévalence de la PR est classiquement estimée à 1 % de la population adulte (12). Elle peut survenir à n'importe quel âge, mais s'observe surtout entre 40 et 60 ans. La prédominance féminine est nette : 4 femmes pour 1 homme. Cette différence de sexe s'atténue progressivement avec l'âge au-delà de 70ans. Au Maroc, la PR survient à un âge plus précoce: l'âge moyen des malades est de 34,4 ans (13). Son allure clinique se rapproche des formes observées en Europe. Cependant elle semble s'en distinguer par une moindre fréquence des formes extra articulaires (14) et par une moindre sévérité des manifestations articulaires.

◆ Etude clinique et para clinique :

1. Phase de début :

Le diagnostic de PR au stade de début est basé sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques, biologiques, et de façon moindre génétiques.

1-4 Présentation clinique :

La PR débutante est une maladie inflammatoire poly synoviale intéressant au moins trois articulations et évoluant depuis plus de 6 semaines et moins de 6 mois.

Les dernières recommandations du « clinical guide » notent que toute raideur matinale supérieure à 30 min associée ou non à une douleur des MCP et/ou MTP objectivée par un squeeze test positif et un gonflement de plus de 3 articulations est très évocatrice de PR et nécessite une prise en charge spécialisée d'un rhumatologue qui doit évaluer les facteurs d'évolution vers la chronicité (15).

1-5 Examens complémentaires :

c. Examens biologiques :

Peu contributifs au diagnostic à ce stade. Leur intérêt est surtout d'éliminer d'autres rhumatismes inflammatoires d'expression voisine. Il s'agit surtout de syndrome inflammatoire non spécifique au sang et au liquide articulaire, mais aussi d'un bilan immunologique fait devant tout rhumatisme inflammatoire chronique débutant

La sérologie rhumatoïde est le plus souvent négative au début de la maladie. Elle ne se positiviera qu'au bout d'une année d'évolution en moyenne et de manière inconstante.

Un grand intérêt est porté actuellement aux anticorps anti fillagrines. Ce sont des anticorps antipériducléaires (APN), des anticorps anti kératine (AK) et des anticorps anti SA. Ces anticorps sont dirigés contre des peptides cycliques citrullinés et sont de ce fait des anti CCP. Ils sont positifs dans 52 % à 57 % des PR récentes (16). Ils ont une sensibilité de 68 % et une spécificité de 98 % pour les PR. Leur spécificité serait de 96% dans les PR récentes avec une légère supériorité des anti CCP de deuxième génération (17).

La positivité conjointe des FR et des anti CCP donne les meilleures performances en terme de spécificité et de valeur prédictive positive (98-100 %), rendant quasi certain le diagnostic de PR, avec toutefois une sensibilité n'excédant pas 40-50 % (18).

La recherche des anticorps anti nucléaires est systématique lors d'une PR débutante pour éliminer une autre connectivite en l'occurrence une maladie lupique

La PR est associée aux molécules HLA DRB1 04 et DRB1 01. Le gène DR4 est présent chez 60 % des patients et 20 % des témoins (1). Le typage génétique n'a qu'un intérêt diagnostique très limité en pratique.

d. Radiologie :

iv. Radiographies standards :

Les signes de la radiographie standard ne sont pas spécifiques au début de la maladie.

On peut voir des signes à type de :

- ✓ gonflement des parties molles
- ✓ déminéralisation en bandes des épiphyses métacarpo- phalangiennes
- ✓ érosion de la 5^{ème} tête métatarsienne (atteinte précoce et de grande valeur diagnostique).

v. Echographie articulaire :

L'échographie articulaire permet d'apporter deux informations importantes en cas d'arthrite : elle permet d'une part de détecter plus de synovites qu'à l'examen clinique et d'autre part de déceler plus d'érosions qu'à la radiographie standard.

vi. L'imagerie par résonance magnétique nucléaire :

Elle permet d'évaluer les lésions osseuses précoces (œdème, géodes et érosions) avec une description de la synoviale inflammatoire, des articulations et des gaines tendineuses.

1-6 Evaluation du pronostic :

C'est-à-dire identifier les facteurs prédictifs d'évolution vers la chronicité et la destruction articulaire. Ainsi on distingue :

e. Des critères cliniques :

- ✓ Le début à un âge jeune
 - ✓ L'atteinte d'emblée polyarticulaire
 - ✓ La durée d'évolution au delà de 3 mois
 - ✓ Des ATCD familiaux de PR
 - ✓ Un handicap fonctionnel initial reflété par le HAQ
 - ✓ La présence dès le départ des critères ACR de la PR.
-

f. Des critères biologiques :

- ✓ Importance du syndrome inflammatoire
- ✓ La forte positivité du FR
- ✓ La présence des AC anti CCP et anti péri nucléaires
- ✓ La présence de CTX urinaires (C - Terminal cross- Linking- Telopectide).

g. Des critères génétiques :

- ✓ La présence des gènes HLADRB1.

h. Des critères radiologiques :

- ✓ La présence de lésions radiologiques précoces.

Ces éléments sont réunis en un score composite Il s'agit du score de LEIDEN. Ce score comporte 2 items. L'un permettant de prédire l'évolution vers la chronicité, l'autre vers les lésions articulaires (19).

3. La période d'état :

Elle correspond à l'apparition de déformations caractéristiques de la PR. C'est généralement à cette phase que l'on peut observer des manifestations extra articulaires.





2-3. Etude clinique :




d. Signes articulaires :

iii. L'atteinte des mains et des pieds

L'atteinte des mains se voit dans 90 % des cas. Elle réalise des déformations caractéristiques (voir tableau I). L'atteinte des pieds est particulière par la gêne et le handicap qu'elle entraîne.

Tableau I : principales atteinte des articulations des mains et des pieds au cours de le PR

L'atteinte des mains	
Aspect en dos de chameau	
Coup de vent cubital avec un aspect de pouce en Z	
Déformation des doigts en col de cygne boutonnière maillet	
Touche de piano	

L'atteinte des pieds	
<p>Affaissement de la voûte plantaire avec valgus de l'arrière pied</p>	
<p>Subluxation des MTP avec orteils en marteau</p>	
<p>Hallux valgus et quintus varus avec durillons d'appui.</p>	

✓ Les grosses articulations :

. Deux articulations sont particulières car l'une met en jeu le pronostic fonctionnel (hanche) l'autre engage le pronostic vital (rachis cervical).

e. Signes péri articulaires :

Il s'agit essentiellement de ténosynovites et de kystes articulaires

f. Signes extra articulaires :

✓ Signes généraux :

Une asthénie, un amaigrissement et, de façon plus rare, un fébricule sont décrits au cours de la PR.

✓ Nodule rhumatoïde :

✓ Manifestations hématologiques

- Elles peuvent être à type de :
- Hyperplasie lymphoïde : adénopathies superficielles.
- Anémie inflammatoire.
- Modification des globules blancs (leucopénie, hyperleucocytose).
- Syndrome de FELTY, définit par la triade : PR, splénomégalie, leuco neutropénie.

✓ Autres manifestations systémiques possibles

Vascularite, syndromes canaux, compression médullaire, péricardite, endocardite, myocardite, pleurésie, fibrose pulmonaire, dilatation de bronches (DDB), amylose, dysphonie, épisclérite, ostéoporose ...

2-4. Evaluation de la polyarthrite rhumatoïde :

Afin de juger l'évolution de la maladie et d'adapter la prise en charge thérapeutique, trois domaines doivent être évalués :

d. Evaluation de l'activité de la PR :

Il existe plusieurs outils dont : les critères ACR 20, 50 et 70, les critères FDA, le DAS (Disease Activity Score) [annexe 8] (20) et le SDAI (Simple Disease Activity Index). Ces deux derniers outils sont les plus adaptés à la pratique courante.

e. Evaluation de la capacité fonctionnelle :

Plusieurs indices sont disponibles pour l'évaluation de la capacité fonctionnelle dont l'indice fonctionnel de LEE, le HAQ et le GARS. Il ne s'agit pas de questionnaires de la qualité de vie. Cependant ils ont un grand intérêt au cours des pathologies rhumatismales chroniques, où le patient se trouve face à une altération de ses capacités physiques qui l'accompagne toute la vie.

f. Evaluation des dégâts structuraux :

Par des clichés de radiographies standards, réalisées tous les 6 mois pendant la première année, puis tous les ans jusqu'à 3 ans, ensuite tous les 2 à 4 ans, afin d'évaluer la progression de la maladie et d'apprécier l'efficacité des traitements de fond.

Plusieurs scores radiologiques s'offrent au rhumatologue, les plus utilisés en pratique sont : le score de Larsen, le score de Sharp, le Sharp modifié par Van Der Heijde et le SENS (Simple Erosion Narrowing Score).

◆ Traitement :

1. Buts :

Le traitement vise actuellement la rémission complète et la prévention des lésions articulaire (et donc du handicap) ou au moins, l'obtention d'une activité minimale associée à un ralentissement voire une inhibition de la progression radiographique (21).

2. Moyens

<u>Traitement symptomatique</u>	
<u>Traitement général</u>	<u>Traitement local</u>
<ul style="list-style-type: none">• <i><u>Les antalgiques</u></i> : paracétamol ou associations de paracétamol et de codéine ou de dextropropoxyphène.• <i><u>Les anti-inflammatoires non stéroïdiens</u></i>.• <i><u>Les glucocorticoïdes</u></i> : dans les formes très inflammatoires par voie orale ou en bolus de méthylprédnisolone.	<ul style="list-style-type: none">• Evacuation des épanchements.• Infiltrations intra articulaires de corticoïdes ou synoviorthèses.• Synovectomie par voie arthroscopique.
<u>Le traitement de fond</u>	
<p><i>La D pénicillamine (DP).</i> <i>Les sels d'or injectables.</i> <i>Les antipaludéens de synthèse (APS).</i> <i>La sulfasalazine.</i> <i>Le méthotrexate (MTX).</i> <i>Le léflunomide.</i> <i>La biothérapie.</i></p>	
<u>La réadaptation fonctionnelle</u>	
Appareillages de repos ou de fonction pour la prévention des déformations	
<u>Les méthodes chirurgicales</u>	
Synovectomies, arthroplastie partielle radio ulnaire ou radio carpienne, chirurgie prothétique pour l'épaule ou le coude, réalignement métatarsophalangien, laçage occipito atloïdien...	

V. Le concept de la qualité de vie :

4. Définition :

Il existe un nombre sans cesse grandissant de travaux dédiés à la qualité de vie. Le concept de QDV est désormais considéré parmi les indicateurs d'appréciation de la santé et de ses conséquences. Parallèlement à cette croissance exponentielle de recherches, une multitude de définitions a été donnée. Nous avons choisi celles-ci :

b) Définition de l'OMS :

En 1994, l'OMS a défini la qualité de vie comme étant : "la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses impulsions. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement "(22).

c) Qualité de vie liée à la santé (Walker et Ross) :

La qualité de vie liée à la santé est un « concept concernant les caractéristiques et incapacités physiques qui influent sur la capacité d'un individu à fonctionner et à en retirer satisfaction » Walker et Ross. Quality of life assessment and application. MTP. Press Ltd.

Deux dimensions peuvent être individualisées dans toute étude de la qualité de vie :

- 3 une dimension objective : elle comprend le fonctionnement ainsi que les caractéristiques socioéconomiques.

- 4 une dimension subjective : elle comprend le bien être. Cette dernière constitue en fait un principal pilier dans l'étude de ce concept.

Ainsi, une bonne étude de la qualité de vie liée à la santé doit être capable d'englober le bien être physique, l'inconfort somatique, l'état psychologique et les problèmes sociaux et relationnels (23).

Le bien être physique, comprend l'autonomie et les capacités physiques. C'est parmi les facteurs de QDV les plus étudiés. C'est en fait une mesure du handicap et de la gêne. De nombreux outils sont validés à cet égard. Ils présentent l'avantage d'une bonne corrélation avec les estimations médicales.

L'inconfort somatique est le résultat de la souffrance qu'entraînent la maladie et les traitements (effets secondaires). La douleur est de loin le paramètre le plus étudié. L'inconfort somatique est en plus intimement lié à l'état psychologique. En effet, les facteurs psychosociaux interfèrent de façon considérable avec le vécu du malade. Ceci est particulièrement vrai pour les patients atteints de pathologies chroniques. L'état psychologique influence la perception de la douleur et la présence de douleur influence le bien être psychologique et l'insertion sociale du malade (24). Il est connu, par exemple, que la fatigue au cours de la PR est très fortement liée aux facteurs psychosociaux (25) et que la plupart des maladies rhumatologiques provoquent des réactions psychiatriques à tous les stades de leurs évolutions. Ces réactions sont le plus souvent transitoires, directement liées à l'annonce d'un diagnostic, à l'impotence fonctionnelle ou à la douleur. Les patients présentent des réactions de colère, d'angoisse et de découragement. Celles ci peuvent favoriser les refus de traitements, chez des patients fixés dans des attitudes de méfiance vis à vis des soignants et de déni de leur maladie (26).

Il est clair que la qualité de vie est un concept très large dans lequel plusieurs facteurs interviennent de manière complexe. L'ensemble de ces facteurs doit donc être étudié de la manière la plus complète possible lors de toute évaluation de la qualité de vie liée à la santé. Ceci explique la multitude d'instruments de mesure disponibles. Ces mesures doivent aussi tenir compte de la variabilité avec le temps de ces paramètres et d'être sensibles au changement.

5. Instruments de mesure :

Les instruments de mesure de la QDV sont des questionnaires, le plus souvent auto administrés. Ce type d'évaluation a l'avantage de sa simplicité et d'un faible coût. En revanche, il expose à des taux de réponses incomplètes plus importants que les questionnaires administrés par enquêteur. Dans cette situation, on ne peut être certain de la parfaite compréhension des questions.

On distingue les instruments psychométriques et les instruments économétriques (27):

2-3. Les instruments psychométriques:

Ce sont des questionnaires standard à réponse fermée, portant sur l'état du moment ou d'une période définie dans le passé récent. Ils se répartissent en :

d. Instruments génériques:

Ils permettent d'évaluer l'état de santé du patient quelque soit sa maladie. Ils peuvent également être utilisé en population générale. Ces instruments ont également l'avantage de pouvoir comparer l'impact sur la qualité de vie de pathologies différentes et peuvent être utilisés pour guider la mise en place de politique de santé.

e. Instruments spécifiques :

Ils sont particulièrement adaptés à l'étude d'une pathologie précise, ou d'un type de population (enfants, personnes âgées). Ils peuvent être spécifiques d'une maladie et ont l'avantage d'en détecter les changements faibles et spécifiques.

f. Instruments de qualité de vie personnalisés :

Dans ces instruments, c'est le patient qui choisi les domaines de qualité de vie pour lesquels il souhaiterait avoir une amélioration et qui font alors l'objet de l'évaluation. Ces instruments permettent au mieux de prendre en compte le caractère subjectif et individuel de la

qualité de vie. Cependant, leur utilisation se heurte à des contraintes (enquêteur expérimenté, difficulté de comparaison entre des patients ayant choisi des domaines de qualité de vie différents...). Ils restent actuellement du domaine de la recherche.

2-4. Les instruments économétriques

Dans ces instruments, on demande au patient de faire un choix en fonction du niveau de qualité de vie désiré, compte tenu du risque encouru. Les scénarios proposés au choix du sujet représentent les situations dans lesquelles il est susceptible de se trouver selon l'alternative thérapeutique qu'il choisira (exemple abstention thérapeutique versus traitement chirurgical d'une coxarthrose). Selon le risque (probabilité) associé à chaque alternative, le sujet oriente son choix. Ce qui définit une « utilité », c'est-à-dire une probabilité située entre 0 (mort) et 1 (préférence maximale ou santé optimale). Ces probabilités peuvent ensuite servir de pondération pour calculer des années de vie pondérées en qualité (QALYs) selon la formule « utilité X durée de vie restante », extrapolée à partir de l'espérance de vie moyenne de la population de même âge (27).

6. Choix de l'instrument de mesure

Le choix de l'instrument de mesure va dépendre essentiellement des objectifs d'utilisation et de la population à laquelle il s'adresse. L'analyse soignée du contenu de l'instrument sélectionné à travers un examen attentif des items et des concepts censés être explorés et des données concernant sa validité psychométrique est :

3-7. Validité de contenu:

C'est la capacité de l'instrument à mesurer effectivement ce qu'il est censé mesurer. Elle suppose que les items rassemblés explorent de façon complète l'ensemble des aspects d'une dimension donnée, sans redondance entre eux. Elle suppose une description explicite du concept avant la sélection des items (27).

3-8. Validité de construit:

C'est la capacité de l'instrument à mesurer de façon séparée les différentes dimensions constituées (27).

3-9. Validité convergente:

Bien qu'il n'existe pas de mesure de référence de la qualité de vie, il existe des critères dont on attend qu'ils se comportent dans le même sens ou dans la même direction en cas de détérioration ou d'amélioration de la qualité de vie (ex : signes cliniques, mesures psychiques...) (27).

3-10. Validité discriminante:

On parle de validité discriminative ou divergente lorsque la mesure de la QDV est faiblement corrélée avec une autre mesure reconnue pour être conceptuellement peu liée à la QDV (ex : taille) (27).

3-11. Reproductibilité:

La reproductibilité d'un instrument est vérifiée lorsqu'un même patient répond à deux reprises au cours du temps (reproductibilité intra sujet) ou deux patients en état identiques (reproductibilité inter sujets) fournissent les mêmes valeurs de QDV. La reproductibilité inters observateurs est vérifiée lorsque plusieurs observateurs administrant le même questionnaire chez un même patient obtiennent le même résultat. Cette dernière ne s'applique pas aux auto-questionnaires (27).

3-12. Sensibilité au changement

C'est la capacité d'un instrument à détecter une modification de QDV au cours du temps chez un même sujet. Cette propriété est cruciale pour l'évaluation des activités thérapeutiques. Elle suppose que l'instrument ait une bonne reproductibilité et donc une faible erreur de mesure (27).

De façon générale il est recommandé d'associer un instrument générique et un instrument spécifique (27).

VI. Polyarthrite rhumatoïde et qualité de vie :

La rhumatologie est parmi les domaines qui ont manifesté très tôt un intérêt croissant pour l'évaluation de la qualité de vie. Ceci est nettement mis en évidence par la liste non exhaustive de travaux publiés dans ce domaine où les pathologies sont d'importantes causes de morbidité chronique. Les applications des études de la qualité de vie ont concerné plusieurs pathologies de l'appareil locomoteur. La PR est parmi les pathologies qui ont suscité le plus d'intérêt dans le domaine de l'évaluation de la qualité de vie en rhumatologie, du fait de sa fréquence et de son important impact sur le vécu quotidien des patients. Il est devenu indispensable de mettre en place des instruments et des indices permettant l'évaluation de la qualité de vie au cours de cette pathologie. Ceci a fait l'objet de plusieurs études. Nous disposant actuellement de plusieurs échelles validées à cet égard. Nous avons choisi de développer les plus fréquemment utilisées.

1. L'échelle AIMS2 (Arthritis Impact Measurement Scale) :

L'échelle AIMS est proposée en 1980. Elle a fait l'objet d'une révision vers l'AIMS2, dont la pertinence et la validité sont bien établies (28). Il s'agit d'un questionnaire de mesure de l'état de santé et de la qualité de vie de 57 items en 12 dimensions, composées de cinq composantes : physique (mobilité, marche, fonction de la main et des doigts, bras, soins personnels, tâches ménagères), symptôme (douleur), rôles (travail), interaction sociale (activité sociale, soutien de la famille et des amis) et psychologique (tension et humeur). Ainsi, ce questionnaire présente l'avantage d'une approche multidimensionnelle de la qualité de vie, il est en plus spécifique pour la polyarthrite rhumatoïde. Il s'est avéré pertinent et cliniquement sensible au changement dans les situations d'études longitudinales ou d'essais thérapeutiques (29). De même que sa supériorité à d'autres échelles comme l'indique une étude norvégienne réalisée sur 238

polyarthritiques suggérant une meilleure sensibilité de la composante physique du AIMS par rapport au HAQ (30).

L'AIMS-2 a été adapté en langue française vers L'EMIR (échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde). Cette version a été validée et sa sensibilité au changement a été démontrée (27). Une des limites à son utilisation est sa relative longueur. Le groupe Qualité de Vie en Rhumatologie a mis en œuvre une procédure de réduction du questionnaire visant à préserver la validité du contenu et les propriétés de mesure de l'instrument original tout en réduisant de façon importante le nombre d'items (< à 50%) et en modifiant le format de présentation pour raccourcir son délai de passation (2). L'EMIR court comportera ainsi 26 questions [annexe 3]. Il est d'usage facile pour des mesures répétées dans les études longitudinales et moins coûteux pour les essais contrôlés ou les études de cohorte (4). Sa sensibilité au changement lui vaut sa supériorité à d'autres échelles de mesure comme le MHAQ (modified HAQ) et l'échelle visuelle analogique pour l'évaluation de la douleur et du statut fonctionnel (5).

2. Le HAQ (Health Assessment Questionnaire) :

Le HAQ est de loin l'indice de qualité de vie le plus fréquemment utilisé. Il s'agit d'un auto questionnaire qui explore la capacité à effectuer les gestes de la vie courante dans 8 domaines d'activité et ceci dans les 8 derniers jours. Il présente l'avantage d'une facilité d'usage et d'une bonne fiabilité et validité. De nombreuses versions en langues non anglaises ont été créées pour tenir compte des variations culturelles.

Le HAQ a été largement utilisé dans l'évaluation de l'état fonctionnel et l'invalidité au cours de la PR, mais aussi au cours d'autres maladies tels la sclérodermie (31), le lupus, l'arthrose (27) et en rhumatologie pédiatrique par sa version Child HAQ dont la validité semble établie dans plusieurs populations (27).

Certes, le HAQ est parmi les premiers instruments de mesure de la qualité de vie établis, néanmoins, il ne comporte pas de paramètres explorant le retentissement social et psychologique de la maladie.

3. Le GARS (Groningen activity restriction scale) :

Le GARS est un instrument générique pour la mesure de l'incapacité fonctionnelle. Il a été mis au point à partir des travaux de Suurmeijer et Kempen. Il a été d'abord conçu pour mesurer l'incapacité fonctionnelle de façon générique chez les sujets âgés, il fut ensuite utilisé avec succès pour les patients atteints de PR. Il présente l'avantage de sa simplicité et de la commodité de son utilisation. Il peut être administré à la fois lors d'entretien que par mail (6). Il comporte 18 questions se rapportant aux différents domaines de l'incapacité fonctionnelle.

La principale caractéristique du GARS provient de la distinction faite entre 2 groupes d'activités :

- Le domaine des activités de la vie quotidienne (activity of daily living ADL), qui étudie les activités relatives aux soins et fonctions qui ont trait aux patient lui-même, par exemple : s'habiller, manger, marcher, laver et sécher son corps ...)
- Le domaine des activités instrumentales de la vie quotidienne (instrumental activity of daily living IADL), qui concerne le fonctionnement de l'individu au sein de son environnement, par exemple : faire des courses, préparer le repas ...)

Cette distinction entre les 2 groupes d'activités est essentiellement en rapport avec des considérations sociales (6). La mesure de l'incapacité fonctionnelle tient aussi compte de l'aide potentiellement fournie par une tierce personne (personnel, institution ...).

Ainsi, ce questionnaire présente l'intérêt d'une meilleure description de la sévérité du handicap, d'une bonne distinction des différents types d'incapacités et donc d'une meilleure évaluation de la sévérité de la maladie (27). Il se caractérise en outre par sa bonne sensibilité au changement. Cette propriété a fait l'objet d'une étude longitudinale et transculturelle portant sur 634 patients atteints de PR et qui a mis en évidence une meilleure sensibilité au changement du

GARS par rapport au HAQ, instrument pourtant très répandu dans les études de la polyarthrite rhumatoïde (7).

IV. Limites de l'étude :

Nous avons essayé, à travers cette étude, d'évaluer la qualité de vie liée à la santé de 80 malades atteints de PR à Marrakech. Etant donné que la qualité de vie est un large concept, nous nous sommes limités à l'étude de quelques paramètres qui nous ont semblé les plus importants.

Le questionnaire utilisé n'était pas adapté au contexte socioculturel marocain ce qui a rendu difficile son application ainsi que sa comparaison avec les données de la littérature.

La plupart des malades provenaient du milieu hospitalier, ce qui pourrait influencer l'état de la maladie des patients recrutés. Nous avons trouvé des difficultés concernant la comparaison avec d'autres études, surtout en ce qui concerne l'impotence fonctionnelle du fait de la rareté des études utilisant l'échelle GARS. Les outils d'étude de la qualité de vie sont très nombreux et variés, ainsi il était difficile de procéder à la comparaison de notre travail avec d'autres études utilisant les mêmes indices de qualité de vie.

Un autre problème rencontré est celui de la taille de l'échantillon, surtout après la catégorisation de l'échelle de dépression de Hamilton ce qui a rendu impossible d'étudier les facteurs en relation avec cet item.

La longueur de la fiche d'exploitation utilisée a été parmi les causes de la difficulté de réalisation ainsi que de l'impossibilité de traiter l'ensemble des facettes de la qualité de vie tels que l'impact de la maladie sur les activités religieuses, les coûts directs et indirects de la maladie et l'étude exhaustive de certains items tels que l'insomnie et les problèmes sexuels...

V. Caractéristiques des malades :

Nous avons constaté une prédominance féminine avec 87.5 % de femmes contre 12.5 % d'hommes. Ceci n'est pas surprenant dans une pathologie qui touche plus fréquemment les sujets de sexe féminin. Nos patients provenaient du milieu urbain pour 58.8 % d'entre eux et 41.3 % provenaient du milieu rural. Ces pourcentages reflètent de loin la situation au Maroc puisque 42 % de la population marocaine est d'origine rurale (32). Le rapprochement entre ces deux pourcentages pourrait être expliqué par l'accessibilité aux soins à Marrakech qui constitue en fait une attraction pour les régions limitrophes.

Nous nous sommes intéressés à l'étude du niveau socioéconomique des malades. Plus de la moitié de nos patients (60 %) n'avaient aucun niveau d'instruction ce qui dépasse faiblement les taux retrouvés lors du recensement de 2004 puisqu'il a été noté que le taux d'alphabétisation des adultes était de 52.3 % de la population générale (32). Ceci pourrait être expliqué par la tranche d'âge des patients recrutés puisque l'âge moyen de nos patients était de 47.6 ans mais aussi par la prédominance féminine surtout si on prend en considération que le taux d'alphabétisation dans le rang des femmes au Maroc ne dépasse pas 39.6 % (32). L'étude de l'activité professionnelle a révélé un taux de chômage élevé avec 78.8 % de patients sans activité professionnelle rémunérée ce qui dépasse de très loin le taux de chômage dans la population générale et qui est de 10.8 % (32). Ceci pourrait être dû à la fréquence plus élevée de femmes au foyer dans notre population à l'étude, et pourrait expliquer la plus grande part de dépendance sur le plan financier de nos patients. En effet, 81.3 % des malades sont dépendants financièrement contre seulement 18.8 % des patients jouissant d'une indépendance sur le plan financier. Ceci en plus de la faible couverture sanitaire qui ne concerne que 31.3 % de nos patients. Ce constat pourrait être expliqué, en plus du taux élevé de chômage, par la non généralisation de l'assurance médicale obligatoire qui connaît ses débuts actuellement. Ceci tout en sachant que l'assurance maladie ne couvre que la polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (33).

Une autre constatation soulevée par cette étude serait le groupement familial des patients recrutés. En effet, les sujets vivant seuls ne constituaient que 2.5 % de la population à l'étude, contre 38.8 % vivant au sein d'une famille englobant en plus le conjoint et les enfants. Un point important, les familles comprenant plus d'un noyau familial représentent 20 % des cas. C'est le cas de patients vivant avec leurs conjoints et leurs enfants mariés. Ceci pourrait être expliqué par la persistance du regroupement familial et par la place importante qu'occupe encore la famille dans la société marocaine malgré les tendances à la modernisation et à la nucléarisation des familles. Nous n'avons pas pu faire de comparaison sur ce point vu l'absence d'étude explicitant ce point à la limite de notre recherche.

VI. Caractéristiques de la PR :

Les patients recrutés avaient une durée d'évolution de la maladie allant de quelques mois à plusieurs années. Le délai d'évolution moyen est de 76.5 mois +/- 70.295[4-348]. Tous les patients répondaient aux critères de l'ACR.

L'évaluation de l'activité de la maladie a révélé une grande part des PR active dans notre population. En effet, plus de la moitié des malades avaient une PR très active et plus du tiers avaient une PR modérément active. Ceci pourrait être dû au fait que la plupart des malades provenaient du milieu hospitalier et déterminaient donc une gravité potentielle de la maladie. L'activité de la maladie était statistiquement liée au statut fonctionnel des malades. Ce constat est en accord avec les données de la littérature. En effet, plusieurs études utilisant le HAQ ont souligné le lien entre l'activité de la maladie et le statut fonctionnel (34,35). Les patients qui avaient une PR active étaient le plus souvent mis sous traitement de fond. Ce constat s'expliquerait par la tendance à sélectionner les patients candidats à une thérapeutique de fond. Cependant nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'activité de la maladie et la mise sous traitement de fond. Ce qui pourrait être dû au grand nombre de patients mis sous Salazopyrine (42.6 % des malades recrutés).

La polyarthrite rhumatoïde est pourvoyeuse de déformations articulaires. Dans notre série, nous avons noté l'existence de déformations chez 44 % des patients. Nous avons étudié la relation entre ces déformations et le statut fonctionnel de ces malades, cependant il n'y avait pas de relation statistiquement significative. Ceci pourrait être expliqué par la nature même de ces déformations, puisque la plupart de nos malades avaient des petites déformations qui n'altéraient pas (ou de façon moindre) la fonction des mains, surtout en cas de la non atteinte de la pince pouce index. En plus, l'installation progressive de ces déformations est un facteur d'adaptation du malade à la restriction engendrée.

Nous nous sommes intéressés également à l'étude de la perception de la douleur chez les malades. La moitié des malades avaient une EVA \leq 30 %. Nous avons noté un lien statistiquement significatif entre la perception de la douleur et le statut fonctionnel évalué par l'échelle GARS ($p = 0.004$). Ceci est expliqué par la restriction fonctionnelle engendrée par la douleur et pourrait expliquer la corrélation trouvée entre la douleur et l'EMIR travail.

A travers l'étude des différents traitements instaurés, nous avons constaté une grande part de la médecine traditionnelle pratiquée chez 46.3 % de nos malades. Ceci pourrait être expliqué par le bas niveau d'instruction de ces patients mais aussi par la faible couverture sanitaire dans une pathologie où des thérapeutiques de fond, devant être pris à vie, coûtent cher. Sans omettre le fait que les croyances en la « médecine traditionnelle » sont profondément ancrées dans une ville où l'offre de « soins » par des « guérisseurs » dépasse de loin l'offre par les établissements de soin de santé en particulier du secteur publique, en plus du coût élevé des prestations au niveau du secteur privé contrastant avec les honoraires des « guérisseurs » traditionnels qui sont laissés à l'estimation du patient lui-même (36). Il reste à préciser que le pourcentage de patients recrutés et adhérents à ces pratiques reste inférieur aux pourcentages attendus surtout si en prend en considération le nombre de « consultations » relatives aux pathologies de l'appareil locomoteur relevé chez les guérisseurs traditionnels et qui pouvait atteindre 200 « consultants » par jour (36). Ceci pourrait être dû au fait que nos malades avaient peur ou se sentaient gênés à déclarer leurs adhésions à ces pratiques, d'autant plus que dans le cadre d'une pathologie chronique comme la polyarthrite rhumatoïde, le recours à de tels

pratiques aggrave la symptomatologie (aggravation des synovites par les massages et les produits appliqués) ce qui incite le patient à ne plus y adhérer après sa première poussée...

Dans le même sens, nous avons constaté que 41 % des patients avaient rapporté des arrêts de traitement de fond et ceci de façon épisodique dans 84 % des cas. Le coût élevé des thérapeutiques de fond a constitué la cause avancée par 42.3 % des malades. Ceci renforce la réflexion déjà avancée concernant la couverture sanitaire, qui continue à poser un grand problème dans la prise en charge des malades au Maroc surtout en ce qui concerne les pathologies chroniques et invalidantes, puisqu'une corrélation statistiquement significative est mise en évidence entre l'observance thérapeutique et l'adhérence à un système d'assurance ($p = 0.04$). Aucune relation n'a été mise en évidence entre l'autonomie financière et l'observance thérapeutique, probablement du fait de la grande part des patients dépendants financièrement dans la population de l'étude.

L'observance thérapeutique semble également être liée à l'insertion sociale du patient, comme le montre la relation statistiquement significative retrouvée avec l'EMIR social : un patient serait plus adhérent au traitement lorsqu'il est entouré et soutenu de ses proches. Ceci souligne le rôle joué par l'entourage dans l'adaptation du patient à sa maladie.

VII. Retentissement de la PR sur le travail des malades :

Dans notre étude, nous avons trouvé une difficulté pour évaluer de façon analytique l'impact de la PR sur le travail des patients du fait du nombre restreint des sujets exerçant une activité rémunérée (17 patients seulement). Chez 88.2 % de ces patients, le travail a été affecté par la maladie. Ces résultats rejoignent les données de la littérature mais à degrés variables. En effet, Il a été rapporté qu'environ 50 % des patients atteints de PR cessent toute activité professionnelle après 10 ans d'évolution de la maladie (37). Une étude néerlandaise (38) portant sur 119 patients atteints de PR a mis en évidence que 40 % des patients avaient complètement arrêté leur travail à cause de la maladie. Vingt pour cent des patients avaient soit diminué la durée de leur travail soit pris des congés de maladie. Quarante pour cent des patients

indiquaient qu'ils pouvaient poursuivre leurs activités professionnelles, cependant, chez 75% de ce groupe de patients une diminution du rendement a été mise en évidence. Ces résultats diffèrent dans notre contexte où les problèmes de travail sont dominés par les absentéismes (76.5 %) alors que l'arrêt de travail ne concernait que 17.6 % de notre population. On pourrait comprendre de façon plus claire cette divergence par rapport aux données de la littérature, en se penchant sur le contexte socioéconomique au Maroc où la couverture sanitaire n'est pas encore complètement généralisée, en plus de l'insuffisance de mesure de rémunération, surtout si on rappelle qu'aucun patient de notre série n'a bénéficié d'une pension d'invalidité.

L'arrêt de travail au cours de la PR semble être lié à plusieurs facteurs. Dans une revue de littérature, De Croon et al (39) ont relevé plusieurs facteurs parmi lesquels on cite : le degré de lésions structurales, l'activité de la maladie, la douleur mais aussi des facteurs liés au patient lui-même comme l'âge élevé, l'incapacité fonctionnelle, le bas niveau d'instruction ainsi que le profil psychologique...

Dans notre série, la maladie était très active chez plus de la moitié des sujets ayant un problème de travail et modérément active chez le tiers d'entre eux. Une relation statistiquement significative entre l'activité de la maladie et l'EMIR travail a été mise en évidence ($p= 0.019$) ce qui concorde avec les données de la littérature.

VIII. Impact de la PR sur les activités quotidiennes :

La PR entraîne à des degrés divers, une douleur et une perte progressive de la mobilité des patients et de leur habilité à s'occuper d'eux même. Cette incapacité fonctionnelle interfère avec les différentes sphères de la vie de ces patients. Elle intervient dans leur perception de la maladie (40) et entraîne chez certains, une inaptitude à réaliser les activités de tous les jours. Nous avons étudié l'impact de la PR sur les activités quotidiennes de nos malades. Il ressort des résultats une détérioration sur l'ensemble des domaines et ce de façon variable suivant les patients mais surtout en fonction du type d'activités. Ceci est concordant avec les données de la littérature, comme le montre une étude longitudinale évaluant l'évolution sur 5 ans des patients

atteints de PR et qui a mis en évidence la perte de 10% des activités quotidiennes et ce sur l'ensemble des domaines (41). Cet handicap varie d'un patient à l'autre et, chez le même patient, en fonction du stade d'évolution de la maladie. En effet, les patients perdent d'abord la capacité à exercer les activités complexes et laborieuses, telles que faire des courses, nettoyer ou utiliser des transports en commun (42). Nous avons constaté des résultats similaires dans notre série, où la détérioration des activités laborieuses, telles que le ménage, la lessive et les courses, est notée chez plus de la moitié des malades (respectivement 66.5 %, 70 % et 50 %).

Le domaine des activités journalières est divisé en 3 catégories selon le modèle proposé par Verbrugge (43) :

Les activités obligatoires : requises pour la survie et l'auto approvisionnement, elles comprennent les activités quotidiennes d'hygiène personnel, les soins, la mobilité, le transport...

Les activités productives : telles que le travail rémunéré, les activités domestiques et de ménage...

Les activités discrétionnaires : il s'agit des activités de loisirs et de passe-temps, activités religieuses et spirituelles, travail volontaire et toute autre activité entreprise en quête de relaxation et de plaisir.

Dans une étude portant sur 548 patients, Katz et al (44) se sont intéressés à la prévalence de l'incapacité fonctionnelle et à ses facteurs prédictifs chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Quatre-vingt-quinze pour cent des malades avaient rapporté qu'au moins une activité journalière était affectée par la PR. Il a été observé que respectivement 2 %, 31.3 % et 40.2 % des patients étaient incapables d'exécuter des activités obligatoires, productives et discrétionnaires. Cette constatation pourrait être expliquée par une renonciation volontaire par les patients de ces activités au profit des activités obligatoires. Un résultat pareil a été mis en évidence par une étude suédoise réalisée sur 144 patients récemment atteints de PR. Les auteurs ont montré une baisse de la performance dans l'exécution des activités de loisir. Ceci était associé à l'incapacité fonctionnelle au début de la maladie (45).

Ces données sont bien notées dans notre série. En effet, en comparant les activités présentant des difficultés pour les patients, nous avons constaté un degré moindre d'incapacité

concernant les activités d'hygiène et de toilette personnelle (22.5 % des patients) par rapport aux autres activités. Cependant, un pourcentage plus élevé de patients a rapporté une incapacité à effectuer des activités productives par rapport aux activités discrétionnaires étudiées (66.3 % concernant le ménage contre 42.5 % concernant l'assistance aux réceptions). Ceci pourrait être expliqué, en plus de la nature laborieuse des activités productives, par la faible part des activités discrétionnaire dans la vie quotidienne de nos malades. En effet, à part l'assistance aux réceptions et le voyage, qui pourraient être considéré dans notre contexte socioculturel comme des obligations sociales plus qu'activités discrétionnaires, les autres activités tels que le jardinage, le bricolage et le sport ne faisait pas partie des habitudes de plus de 70 % de notre population.

Quelque soit le type d'activité concernée, le patient atteint de PR se trouve dans une situation où il est obligé de modifier ses activités ou la façon avec laquelle il l'exécutait. Certains malades ont rapporté que, quand il n'était plus possible d'accomplir leurs activités habituelles, leur rôle et leur position dans la famille avait changé (46). Lorsque des activités auparavant simples, devenaient difficiles ou impossible à exécuter, les patients se trouvaient dans l'obligation de dépendre de leur entourage. Dans notre série, la majorité de nos malades (78.8 %) ont rapporté une dépendance totale de leur entourage. Ce constat est bien souligné dans la littérature mais à degrés moindres. Selon Westhoff et al (42), 44 % des patients dépendent de l'aide de leur entourage de façon quotidienne ou pendant plusieurs jours par semaine. Vingt sept pour cent des patients pouvaient vivre de façon indépendante mais avec des difficultés.

Cette dépendance de l'entourage est liée à un ensemble de facteurs dont le statut physique des patients. En effet, nous avons trouvé une relation significative entre la dépendance de l'entourage et l'incapacité fonctionnelle (évaluée par l'échelle GARS) ainsi qu'avec le score physique de l'échelle EMIR court. Ceci est bien souligné dans les travaux de Westhoff et al (42) qui a montré dans sa série que plus de 50 % des patients ayant un niveau inférieur ou égal à 58 % de pleine capacité fonctionnelle dépendaient de l'aide de leur entourage. A moins de 30% de pleine capacité fonctionnelle, la probabilité de dépendance de l'entourage passait à plus de 95 %.

En plus du statut physique des patients, nous avons trouvé que la dépendance de l'entourage était également liée au cadre social dans lequel vit le malade, comme le montre la relation statistiquement significative entre l'item social de l'échelle EMIR court et la dépendance de l'entourage, mise en évidence dans notre série. Le patient serait plus dépendant d'un entourage qui l'entretient et qui est synonyme de refuge. Ceci pourrait être expliqué par des données socioculturelles : dans notre contexte, le sujet souffrant d'une pathologie chronique et invalidante bénéficie de plus d'attention de la part de sa famille et de ses proches, comme le souligne d'ailleurs le pourcentage élevé de dépendance retrouvé dans notre série par rapport à la série occidentale de Westhoff et al (78.8 % contre 44 % dans la série de Westhoff).

IX. L'entourage du patient atteint de PR :

Le soutien de l'entourage joue un rôle primordial dans l'amélioration de la QDV des patients atteints de PR. L'impotence fonctionnelle induite par la maladie détermine une dépendance à leur familles et proches. Le support social aide le patient à surmonter sa maladie. Plusieurs études ont affirmé que la présence d'un soutien social et familial réduit les complications psychiatriques de la PR (47). Les patients qui vivent dans un environnement sécurisant sont moins vulnérables quant au stress et aux effets négatifs de la maladie. Ils s'adaptent plus facilement à leur maladie et s'intègrent plus aisément dans la vie sociale. Une relation significative entre le support social et l'amélioration du handicap a été mise en évidence. Weinberger et al (47) ont rapporté que le support social avait un effet direct sur le statut fonctionnel des malades. Dans notre série, pratiquement tous les malades bénéficient du soutien de leurs entourages, et ce sur le plan physique, psychique et financier. Cette constatation est expliquée par l'importance de la conception de la famille et de la solidarité qui font partie intégrante de la société marocaine.

D'un autre côté, la PR a des répercussions non négligeables sur l'entourage du patient. Il a été rapporté que la PR était un facteur de risque de divorce dont la fréquence a augmenté de

70 % (26). U Lütz (46) a mis en évidence que c'était l'entourage qui subissait l'impact des symptômes anxiodépressifs, des changements d'humeur et de certaines réactions agressives des patients. La PR affecte négativement la relation du patient avec l'entourage. Une diminution des visites et la rareté d'assistance aux fêtes familiales ou de sorties en familles ont été rapportées chez respectivement 47 %, 48 % et 46 % des patients (48). Un pourcentage pareil a été retrouvé dans notre étude avec une diminution d'assistance aux réceptions chez 42.5 % des patients.

Il paraît ainsi nécessaire, dans le cadre de la prise en charge des polyarthritiques, de prendre en considération les facteurs liés à l'entourage. Un accompagnement du patient, de sa famille et de son entourage proche serait souhaitable, afin d'évaluer l'impact de la maladie de façon globale et d'offrir un environnement stable au sein duquel le patient puisse mieux interagir avec sa maladie.

Le rôle des associations paraît ici d'une grande importance. Dans la série de U Lütz (46), tous les patients avaient formulé le désir de rencontrer d'autres personnes atteintes de PR afin d'échanger leurs expériences et de mieux s'intégrer dans la société. Au Maroc, la première association de lutte contre la polyarthrite rhumatoïde a vu le jour. Elle est présidée par Dr Mohamed Saleh Bennouna avec la participation d'autres médecins de différents secteurs, des biologistes mais aussi l'implication des patients souffrant de cette maladie pour œuvrer au sein de cette association. Un site Internet avec forum de discussion sera ouvert à toutes les personnes désirant avoir des informations spécifiques à propos de la polyarthrite rhumatoïde. L'association prévoit aussi dans l'avenir un service d'écoute et de soutien psychologique qui sera proposé aux adhérents afin de les orienter et les aider à supporter l'isolement et la douleur (49). Ceci constitue un premier pas vers une prise en charge globale de cette pathologie où le patient a besoin d'être épaulé à vie.

X. Le profil psychologique des patients atteints de PR :

La polyarthrite rhumatoïde est le modèle classique de la maladie psychosomatique, dont la survenue peut être provoquée par des facteurs psychologiques ou des événements de l'existence. De nombreux patients évoquent spontanément un événement stressant ayant précédé leur premier accès rhumatologique (26). L'importance des facteurs psychologiques au cours de la PR a fait l'objet de nombreuses études. Les auteurs plaident en faveur de la responsabilité de la PR dans la genèse des troubles de personnalité et des difficultés relationnelles. En effet, la PR a des répercussions négatives sur le bien être psychologique des patients. À l'annonce du diagnostic, les patients présentent souvent des réactions anxiodépressives et de culpabilité. Devins et al ont cherché chez 110 patients atteints de PR la présence de troubles de sommeil. Environ 70 % des patients avaient présenté des réveils nocturnes (50).

Parmi toutes les pathologies psychiatriques, la dépression et l'anxiété ont suscité la plupart des investigations. Une étude turque réalisée sur 82 patients atteints de PR a mis en évidence une prévalence de la pathologie anxiodépressive de 70.8 % (51). Cela suggère une étroite relation entre la PR et ces deux pathologies.

La prévalence de la dépression au cours de la PR a été estimée entre 22 et 80 % (52). La PR serait la pathologie rhumatologique la plus pourvoyeuse de dépression. Abdel-Nasser et al (53) ont comparé les caractéristiques de la dépression chez 40 patients atteints de PR et 40 patients atteints d'ostéoarthrite. Les patients atteints de PR avaient significativement plus de symptômes dépressifs que ceux ayant une ostéoarthrite.

Dans notre série, la majorité des patients souffraient de dépression (60 % présentaient une dépression mineure et 16.30 % une dépression majeure). Ceci est en concordance avec les données précédemment avancées.

L'anxiété est également très fréquente au cours de la PR. Dans une étude portant sur 80 patients atteints de PR, El-Miedany et al (52) notent une prévalence de 66.2 % chez les femmes et de 100 % chez les hommes. Cette prévalence a été expliquée par les facteurs de stress socioéconomiques liés à l'inquiétude quant à la dépendance et au handicap futur, ainsi qu'aux problèmes de travail et de finances chez l'homme. L'anxiété survenait à un stade précoce de la maladie et à une période où la PR est très active. Dans notre série un tiers des patients souffrait d'anxiété et aucun lien statistiquement significatif n'a été mis en évidence avec l'activité de la maladie ($p > 0.05$).

La pathologie anxiodépressive intervient fortement dans l'expression clinique de la PR. Un accompagnement psychologique des patients s'avère ainsi nécessaire, afin d'améliorer la symptomatologie psychique et plus encore la symptomatologie fonctionnelle, comme le rapporte Wright et al et Fowler et al qui avaient remarqué que le traitement de la dépression pouvait améliorer la force de préhension, probablement par le biais d'une augmentation de la motivation et d'une augmentation du seuil de perception de la douleur (52).

XI. L'étude de l'insomnie chez les malades atteints de PR :

Les troubles du sommeil sont fréquemment rencontrés au cours de la PR. La plupart des études ont rapporté que plus de la moitié des patients atteints de cette maladie avaient des problèmes de sommeil (54, 55). Nous avons essayé d'étudier l'insomnie chez nos patients. Il a été mis en évidence que 82.5 % des malades souffraient d'insomnie, et ce de façon variable en fonction de son intensité. Ces chiffres dépassent de loin ceux retrouvés dans la littérature. Ceci pourrait être dû à la différence d'instruments utilisés pour l'évaluation de l'insomnie.

Nous avons noté une relation statistiquement significative entre l'impotence fonctionnelle et l'insomnie ($p=0.02$). Ceci pourrait être expliqué par l'impact connu du sommeil sur le bien être et les capacités physiques notamment par l'aggravation du sentiment d'asthénie du patient polyarthritique.

XII. Problèmes sexuels des patients atteints de PR :

Les patients atteints de PR souffrent de douleur et de restriction de leurs mouvements et activités ainsi que d'une modification de leur image corporelle. Plusieurs études se sont intéressées à l'impact de la PR sur l'activité sexuelle des malades. Il a été rapporté que le pourcentage des polyarthritiques ayant des problèmes sexuels allait de 31 % à 76 % (56). Nous avons essayé d'évaluer de façon globale l'activité sexuelle de nos patients (libido, difficulté lors des rapports). Nous avons noté que les 2/3 des malades avaient rapporté des problèmes sexuels (allant des problèmes légers aux problèmes graves). Ces problèmes étaient statistiquement corrélés à l'EMIR symptomatique. Ceci est logique puisque la raideur et la douleur altèrent significativement la fonction sexuelle. Cependant et de façon surprenante il n'y avait pas de rapport avec l'activité de la maladie ni avec les déformations.

CONCLUSION

La polyarthrite rhumatoïde est une pathologie chronique aux multiples facettes qui altère de façon considérable la qualité de vie du patient qui en est atteint.

Au cours de notre étude, nous avons essayé de traiter certains aspects de la qualité de vie liée à la santé des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Nous avons pu mettre le point sur certains éléments notamment :

L'important impact de cette maladie sur le travail et les activités quotidiennes qui de son tour affecte l'insertion sociale du patient et touche son propre estime.

L'important retentissement psychologique reflété par les taux d'anxiété et de dépression retrouvés chez nos patients.

L'insuffisance de prise en charge, aggravée par une méconnaissance de la maladie et entretenu par les problèmes financiers du malade et par le recours à des pratiques traditionnelles qui restent ancrés dans notre société et qui constituent une barrière pour une prise en charge correcte et précoce.

La problématique de la couverture sanitaire qui reste défaillante dans notre contexte.

De façon globale, il est nécessaire, dans la prise en charge du patient polyarthritique, d'impliquer tous les professionnels de santé. En effet, la polyarthrite rhumatoïde n'est pas seulement l'affaire du rhumatologue, mais aussi de l'interniste, du psychiatre/psychologue, de l'orthopédiste, du médecin généraliste/médecin de famille ... Sans omettre l'importance de l'information du patient et de son entourage d'une façon claire et simplifiée. Une meilleure compréhension de la maladie est garant d'une meilleure adhésion aux soins. Il est clair que le rôle des associations est ici d'une grande importance, offrant, outre une meilleure compréhension de la maladie, une occasion pour le malade de côtoyer d'autres personnes atteintes de polyarthrite et de pouvoir échanger ses propres expériences.

ANNEXES

Annexe 1

Critères de la polyarthrite rhumatoïde proposés par l'ACR (1987)

1. Raideur matinale (articulaire ou périarticulaire) d'au moins une heure.
 2. Arthrite d'au moins trois articulations (atteinte simultanée constatée par un médecin et due à une tuméfaction des tissus mous ou à un épanchement articulaire. Les 14 régions concernées sont les IPP, MCP, poignets, coudes, genoux et chevilles).
 3. Arthrite des articulations de la main (au moins une région tuméfiée au niveau des IPP, MCP ou poignets).
 4. Arthrite symétrique (atteinte simultanée et bilatérale des articulations ou groupes d'articulations définis en 2. L'atteinte simultanée des IPP, MCP, et MTP est acceptable même en l'absence de symétrie parfaite).
 5. Nodules rhumatoïdes (nodosités sous-cutanées constatées par un médecin sur des crêtes osseuses ou des surfaces d'extension ou en situation périarticulaire).
 6. présence du facteur rhumatoïde
 7. Lésions radiologiques typiques sur les clichés des mains et des poignets (déméralisation en bande évidente ou érosions osseuses).
-

Annexe 2

FICHE D'EXPLOITATION

A/ CARACTERISTIQUES DES PATIENTS :

c- Sexe : Femme Homme

d- Origine : Urbaine Rurale

c- Age (en année) :

e- Situation familiale: Célibataire Marié(e)

Veuf (ve) Divorcé(e)

e- Groupe familial :

Vit seul :

Militaires : si éloignement de la famille : rythme des visites :

Vit avec son conjoint :

Vit avec son conjoint et ses enfants célibataires :

Vit avec son conjoint et ses enfants célibataires et/ou mariés :

Vit avec son conjoint et/ou ses enfants chez ses beaux parents
ou chez ses parents :

Vit chez un membre de la famille :

Vit chez ses parents :

Vit chez ses enfants :

Vit avec ses enfants :

Vit avec sa famille et une autre famille :

e- Nombre d'enfants :

f- Durée de mariage :

g- Niveau social :

1/ Niveau d'instruction :

	Malade	Conjoint	Responsable famille
Aucun			
Ecole coranique			
Primaire			
Secondaire1c			
Secondaire2c			
Technique			
Supérieur			

2/ Profession :

- Cadre supérieur
- Commerçant
- Fonctionnaire
- Militaire
- Ouvrier
- Occasionnel (saisonnier)
- Fellah si oui : gros moyens petit moyens
- Divers
- Sans

h/ Situation financière :

- Autonome
- Dépendante

- A charge familiale : nombre de personne vivant au sein d'un ménage :

j/ Adhérence à un système d'assurance :

-Sécurité sociale : oui non

-Assurance privée : oui non

-Depuis quand ? :

B/Caractéristiques de la PR :

a- Date de début :

b- Mode de début :

c- Grade fonctionnel de STEINBROKER :

d- Activité de la PR :

- DAS :

⇒ Indice articulaire (EULAR):

⇒ Indice synovial (EULAR):

⇒ VS

- Déformations :

- Erosions articulaires :

e- facteur rhumatoïde :

f- Manifestations extra articulaires :

1/ Signes généraux :

⇒ Asthénie : oui non

⇒ Amaigrissement : oui non

⇒ Fébricule : oui non

2/ Nodule rhumatoïde : oui non

3/ Manifestations systémiques :

⇒ Vascularite : oui non

⇒ Atteinte neurologique : oui non

⇒ Manifestations hématologiques : oui non

Si oui lesquels

⇒ Atteinte cardiaque : oui non

⇒ Atteinte pp : oui non

⇒ Atteinte rénale : oui non

⇒ Atteinte ORL : oui non

⇒ Atteinte oculaire : oui non

⇒ Manifestations dermatologiques: oui non

⇒ Ostéoporose : oui non

g- Traitement institué :

1/ Pratiques traditionnelles : oui non

Si oui lesquelles ?

2/ Traitement médical :

⇒ Traitement symptomatique : oui non
Lequel ?

⇒ Traitement de fond : oui non
Si oui lequel ?

⇒ Observance thérapeutique oui non

- Si arrêt du traitement :
 - Épisodique
 - Total
- Raisons de l'arrêt :

3/ Traitement chirurgical : oui non

4/ Aide technique : oui non

- Si oui : Béquilles
 Canne anglaise
 Attelle de posture
 Chaise roulante

h- Inconfort somatique :

1/ Douleur : EVA à :

2/ Effets secondaires des médicaments : oui non

i- Pathologie associée :

- Gougerot-sjörgen :
- Autres connectivites
- HTA
- Angor / IDM
- Autres pathologies CVX
- Pathologie PP
- Pathologie digestive
- Diabète
- Pathologie thyroïdienne
- Pathologie tumorale
- Pathologie neuropsychiatrique
- Autres :.....

C/ Retentissement de la PR sur la vie du malade :

a- Travail :

1/ Existe-il des problèmes de travail depuis la maladie :

- Oui non
-

2/ Si oui : Temps après le début de la maladie (durée d'évolution de la PR lors du début des problèmes)

3/ Si oui (pour a):

Types de problèmes : Retard

Absentéisme

- Nb d'hospitalisations :
- Durée moyenne :
- Nb de PTC (pour les militaires) :

↓ Salaire

Arrêt de travail
Si oui :

Exclusion

Volontaire

Retraite anticipée

4/ Si arrêt de travail :

Pension d'invalidité : oui non

5/ Reclassement professionnel : oui non

b- Activité journalière et dépendance :

1/ Activité journalière :

	oui	non	Ne fait pas
Toilette personnelle			
Préparation des repas			
Ménage			
Lessive			
Courses			
Jardinage			
Bricolage			
Sport			
Assistance réception			
Voyage			

2/ Dépendance de l'entourage :

⇒ Soutien familial :

- Physique
 - Financier
 - Psychologique
-

⇒ Si aide physique :

- Enfant
- Conjoint
- Personnel
- Membre de la famille
- Ami(e) s
- Voisins

⇒ Etes vous totalement dépendant de l'aide assurée par

l'entourage : oui non

c- retentissement psychologique :

- Echelle de dépression de HAMILTON :
- Echelle d'appréciation de l'anxiété de HAMILTON :

d- Retentissement sur la vie des enfants :

1/ Vos enfants sont-ils affectés par votre maladie :

Oui non pas d'enfants

2/ Si oui dans quel domaine ?

⇒ Affectif

⇒ Financier

⇒ Organisation quotidienne

⇒ Scolarité

3/ Si scolarité affectée :

⇒ Arrêtée

⇒ Absentéisme

⇒ Echec

⇒ Retard

ANNEXE 3

EMIR court
ECHELLE DE MESURE DE L'IMPACT
DE LA POLYARTHRITE RHUMATOLOGIE
version courte

INSTRUCTIONS : Voici un questionnaire sur votre état de santé au cours des **quatre dernières semaines**. Répondez en mettant une simple croix (X) dans la case qui correspond le mieux à votre état. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à **toutes** les questions.

AU COURS DES 4 DERNIERES SEMAINES ...	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
1. Avez-vous été physiquement capable de conduire une voiture ou d'utiliser les transports en commun ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Etes-vous resté(e) assis(e) ou couché(e) presque toute la journée ou toute la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu des difficultés à faire certaines activités physiques intenses telles que : courir, soulever des objets lourds ou faire du sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous eu des difficultés à marcher plusieurs centaines de mètres ou monter plusieurs étages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pour marcher, avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un ou d'une canne, de béquilles ou d'un appareillage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous été capable d'écrire facilement avec un stylo ou un crayon ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous été capable de boutonner facilement des vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous été capable de tourner facilement une clé dans une serrure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous été capable de vous peigner facilement ou brosser vos cheveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous été capable d'atteindre facilement des étagères situées au dessus de votre tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous habiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous mettre au lit ou en sortir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 4 DERNIERES SEMAINES ...	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
13. Avez-vous eu de fortes douleurs articulaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Votre raideur matinale a-t-elle duré plus d'une heure après votre réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vos douleurs vous ont-elles gêné(e) pour dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toujours	Très souvent	Quelque fois	Presque jamais	Jamais
16. Vous êtes vous senti tendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous été gêné(e) par votre nervosité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous eu mauvais moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous pris plaisir à vos occupations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous eu le sentiment que vous étiez une charge, un fardeau pour les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
21. Vous êtes-vous réuni avec des amis ou des proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avez-vous passé un moment au téléphone avec des amis ou des proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Avez-vous assisté à une réunion organisée par une association sportive, politique, religieuse, etc ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Avez-vous pensé que votre famille ou vos amis étaient attentifs à vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répondez aux questions suivantes si vous avez exercé un travail rémunéré, un travail ménager ou un travail scolaire, au cours des 4 dernières semaines	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
25. Avez-vous été dans l'incapacité de faire un travail rémunéré, un travail ménager ou un travail scolaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Les jours où vous avez travaillé, avez-vous été obligé(e) de changer de façon de travailler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 4

The Groningen Activity Restriction Scale (GARS)

Overview: The Groningen Activity Restriction Scale (GARS) is general disease independent instrument for measuring disability. It can be used to monitor a patient over time and to identify potential interventions. The authors are from the University of Groningen in The Netherlands.

Statements about Activities of Daily Living (ADL) - Can you fully independently:

- (1) Dress yourself?
- (2) Get in and out of bed?
- (3) Stand up from sitting in a chair?
- (4) Wash your face and hands?
- (5) Wash and dry your whole body?
- (6) Get on and off the toilet?
- (7) Feed yourself?
- (8) Get around in the house (if necessary with a cane)?
- (9) Go up and down the stairs?
- (10) walk outdoors (if necessary with a cane)?
- (11) take care of your feet and toenails?

Statements about Instrumental Activities of Daily Living (IADL) - Can you fully independently:

- (12) Prepare breakfast or lunch?
- (13) Prepare dinner?
- (14) Do "light" household activities (for example dusting and tidying up)?
- (15) Do "heavy" household activities (for example mopping cleaning the windows and vacuuming)?
- (16) Wash and iron your clothes?
- (17) Make the beds?
- (18) Do the shopping?

Response (based on what the patient is able to do)	Points
Yes I can do it fully independently without any difficulty	1
Yes I can do it fully independently but with some difficulty	2
Yes I can do it fully independently but with great difficulty	3
No I cannot do it fully independently. I can only do it with someone's help.	4
No I cannot do it at all. I need complete help.	4

Where:

- The point assignment for needing complete help was originally 5 points but was switched to 4 because only a few patients selected this response. There may be an argument to keep it at 5 points.
- The response is based on what the patient is able to do rather than what s/he usually does Total score = SUM (points for all 18 items)

Interpretation:

- Minimum score: 18
- Maximum score: 72
- The higher the score the greater the disability.

References:

Suurmeijer TBPM Doeglas DM et al. The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: Its utility in international comparisons. Am J Public Health. 1994; 84: 1270-1273 (Table 1 page 1271).

ANNEXE 5

ANNEXE 6

ANNEXE 7

Classification fonctionnelle de Steinbrocker

Classes	Capacité fonctionnelle
I	Capacité fonctionnelle complète avec possibilité d'exercer normalement la profession naturelle
II	Capacité fonctionnelle normale malgré le handicap de la douleur et de la raideur d'une ou plusieurs articulations
III	Capacité fonctionnelle autorisant le sujet à effectuer seulement une petite partie de ses occupations usuelles et de ses propres soins
IV	Infirmité importante : malade confiné au lit ou au fauteuil et ne pouvant s'occuper de lui-même ou ne le faisant qu'avec peine

ANNEXE 8

DISEASE ACTIVITY SCORE 28

Formule du DAS 28 :

$DAS = 0,55 \times \sqrt{(\text{Indice articulaire : 28})} + 0,284 \times \sqrt{(\text{synovites : 28})} + 0,33 \times \log VS + 0,0142 \times$
appréciation globale du patient

Le DAS 28 tient compte de l'évaluation de la douleur et du nombre de synovites sur les 28 sites articulaires proposés par l'EULAR. 28 sites articulaires sont évalués par mobilisation (M) ou par pression (P). L'indice articulaire est égal à la somme de l'ensemble des scores obtenus pour les 28 sites articulaires. Pour chacun des sites articulaires, l'intensité de la douleur est évaluée sur une échelle allant de 0 à 3:

0=absence de douleur

1=douleur à la pression

2= douleur et grimace

3= douleur, grimace et retrait du membre

<input type="checkbox"/>	Épaule (M)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Coude (M+P)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Poignet (M)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Métacarpo-phalangiennes (P)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Interphalangiennes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Genou (M)	<input type="checkbox"/>

V I II II I I II I V

Référence:

Van der Heijde DMFM, van't Hof MA, van Riel PLCM *et al.* Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis: first step in the development of a disease activity score. Ann Rheum Dis 1990;49:916-20

RESUMES

RESUME

La polyarthrite rhumatoïde, chef de fil des rhumatismes inflammatoires chroniques, est parmi les maladies ayant un lourd tribut fonctionnel, psychologique et socioéconomique. Elle est aussi responsable de manifestations extra articulaires pouvant compromettre le pronostic vital.

Notre étude a pour objet l'évaluation de la qualité de vie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde à Marrakech. Pour cela, une fiche d'exploitation et les questionnaires : «Echelle de Mesure de L'impact de la Polyarthrite Rhumatoïde» court, « Groningen Activity Restriction Scale », « Hamilton dépression » et l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Max Hamilton ont été utilisés.

Nous avons recruté 80 malades répondant aux critères de l'American college of rheumatology 1987. Les valeurs de qualité de vie des patients ainsi que la mesure de leur impotence fonctionnelle s'intégraient dans les valeurs moyennes des échelles de mesures correspondantes. Un tiers des malades présentait une anxiété et 76.3 % d'entre eux présentaient une dépression. La maladie affectait de façon considérable le travail des patients et leurs activités quotidiennes. Nous avons noté que 78.8 % des patients dépendaient totalement de leurs entourages. Cette dépendance était statistiquement liée au statut fonctionnel des malades. Aucune relation n'a été noté entre l'existence ou non de déformations articulaires et le statut fonctionnel. L'évaluation de la douleur par l'échelle visuelle analogique a révélé que 51.3 % des malades avaient des valeurs inférieures à 30 %. Un traitement de fond a été administré chez 76% des patients et 59 % des patients avaient une bonne observance thérapeutique. Cette observance était statistiquement liée à l'adhérence à un système d'assurance. La part des pratiques traditionnelles peut être due au bas niveau d'instruction et à la faible couverture sanitaire des malades mais surtout l'importante offre de « soin » par les charlatans dans notre société. L'insomnie est fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde et elle est liée au statut fonctionnel des malades. La raideur et la douleur engendrée par la maladie expliquent le lien significatif entre les problèmes sexuels et la qualité de vie dans sa composante symptôme.

La polyarthrite rhumatoïde altère de façon considérable la qualité de vie du patient qui en est atteint. Une prise en charge multidisciplinaire, incluant tous les professionnels de santé s'avère ainsi nécessaire, sans omettre l'implication du patient lui-même et de son entourage, pour une meilleure compréhension de cette pathologie aux multiples facettes.

SUMMARY

Rheumatoid arthritis, leader of chronic inflammatory rheumatism, is one of the diseases that costs dear at the functional, psychological and socioeconomic levels. It is also responsible for extra articular manifestations that may compromise vital prognosis.

Our study aims at evaluating the quality of life of patients with rheumatoid arthritis in Marrakech. For this purpose, we have resorted to an exploitation sheet along with the following questionnaires: "Arthritis Impact Measurement Scale, Short Form", "Groningen Activity Restriction Scale", "Hamilton depression" and Max Hamilton anxiety scale.

We have gathered 80 patients that meet the criteria of the American College of Rheumatology 1987. Quality of Life values of patients as well as the measurement of their functional disability fell into the average values of the corresponding measurement scales. One third of patients showed anxiety and 76.3% of them showed depression. The disease affected significantly the work and the daily activities of patients. We have noticed that 78.8% of patients were completely dependent on their family circle. This dependency was statistically related to the functional status of patients. No relation has been noted between the existence or absence of articular deformation and the functional status. The evaluation of pain using analogic visual scale showed that 51.3% of patients had values below 30%. 76% of patients underwent disease modifying antirheumatic drugs and 59% of patients had good therapeutic observance. This observance was statistically related to the membership to a given insurance system. Resort to traditional practices may be due to low educational level and to weak sanitary cover of patients, but particularly to the significant offer of "medical care" by quacks in our society. Insomnia is frequent in rheumatoid arthritis and it is related to the functional status of patients. The stiffness and pain caused by the disease explain the important relation between sexual problems and the quality of life in its symptomatic component.

Rheumatoid arthritis alters considerably the quality of life of patients suffering from it. A multidisciplinary health undertaking that includes all medical professionals is thus necessary without neglecting the patient himself and his family circle for a better understanding of this many-faceted pathology.

ملخص

يعتبر التهاب المفاصل الرثياني والذي يتصدر قائمة الروماتيزمات الالتهابية المزمنة من بين الأمراض المكلفة على المستوى الوظيفي والنفسي والسوسيواقتصادي. وهو مسؤول كذلك عن تجليات خارج مفصلية بإمكانها أن تعرض توقع سير المرض الحيوي للخطر. تهدف دراستنا هذه إلى تقييم جودة حياة المرضى المصابين بالتهاب المفاصل الرثياني بمدينة مراكش. ولهذا الغرض قمنا باستعمال استمارة وكذا استطلاعات الرأي التالية: الاستمارة القصيرة لمقياس اثر الروماتيزم: "EMIR court" و سلم غرونينجن لتقييد النشاط: "GARS" و "سلم هاملتون للاكتئاب" وسلم ماكس هاملتون للقلق.

شملت الدراسة ثمانين مريضا كلهم يستجيبون لمعايير المعهد الأمريكي لطب الروماتيزم 1987. لقد اندرجت قيم جودة حياة المرضى وقياس عجزهم الوظيفي داخل القيم المتوسطة لسلالم القياس الموافقة لها. أظهر ثلث المرضى قلقا في حين أن 76.3% منهم أظهروا اكتئابا. لوحظ أيضا أن المرض يؤثر بشكل كبير على عمل المرضى وكذا أنشطتهم اليومية. و أن 78.8% من المرضى يعتمدون بشكل كلي على محيطهم. هذه الاعتمادية ترتبط تبعا للإحصائيات بالوضع الوظيفي للمرضى. لم يلاحظ وجود أية علاقة بين وجود تشوهات مفصلية أو عدمها والوضع الوظيفي. لقد أبان تقييم السلم البصري التناظري للألم أن قيم 51.3% من المرضى كانت أقل من 30%. لقد حظي 76% من المرضى بعلاج معدل للمرض و أظهر 59% من المرضى امتثالا جيدا للعلاج. هذه المراقبة ارتبطت حسب الإحصائيات بالانخراط في نظام تأمين صحي. أما بخصوص اللجوء للممارسات التقليدية فيمكن إرجاعه للمستوى التعليمي المتدني و كذا ضعف التغطية الصحية للمرضى، ولكنه يرجع على وجه الخصوص إلى عروض العلاج المغرية التي يقدمها الدجالون في مجتمعنا. يعد الأرق مألوفا في حالة الإصابة بالتهاب المفاصل الرثياني وهو مرتبط بالوضع الوظيفي للمريض. وتفسر صلابة المفاصل والألم الناتجين عن المرض الرابط المهم بين المشاكل الجنسية وجودة الحياة في إطارها المرتبط بالأعراض.

نخلص في النهاية الى ان التهاب المفاصل الرثياني يغير جودة حياة المصاب به، ومن هذا المنطلق تظهر ضرورة وأهمية اعتناء صحي متعدد الاختصاصات يساهم فيه جميع الفاعلين في المجال الصحي، دون اغفال إشراك المريض ومحيطه بهدف استيعاب أفضل لهذا المرض المتعدد الجوانب.

BIBLIOGRAPHIE

57. Sany J, Combe B et Joren C.

Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte (I). Aspects cliniques.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Appareil locomoteur, 14-220-A-10, 1997,19p.

58. Guillemin F, Coste J, Pouchot J, Ghézail M, Brégeon C, Sany J and the French « quality of life in rheumatology » group.

The AIMS2-SF: a short form of arthritis impact measurement scale 2 (AIMS2)

Arthritis Rheum. 1997 ; 40 : 1267-74.

59. Pouchot J, Guillemin F, Coste J, Brégeon C, Sany J, and the French Quality Of Life Group.

Validity, reliability and sensitivity to change of a French version of the arthritis impact measurement scales 2 (AIMS2) in patients with rheumatoid arthritis treated with méthotrexate.

J of Rheumatol 1996; 23: 52-60.

60. Guillemin F, Brégeon C, Coste J, Pouchot J, Dropsy R, Sany J et le groupe Qualité de vie en rhumatologie.

Le questionnaire EMIR court pour les études longitudinales de la qualité de vie dans la polyarthrite rhumatoïde.

Ann Readapt Med Phys 2000 ; 43 :229-35.

61. Taal E, Rasker J J and Riemsma R P.

Sensitivity to change of AIMS2 and AIMS2-SF components in comparison to M-HAQ and VAS-pain.

Ann Rheum Dis 2004; 63; 1655-1658.

62. Suurmeijer T, Doeglas I, Torbjorn, Briançon S, Krol B, Sanderman R et al.

The Groningen Activity Restriction Scale for measuring disability: it's utility in international comparisons.

Am J Public Health.1994; 84:1270-1273

63. Doeglas D, Krol B, Guillemin F, Suurmeijer T, Sanderman R, Smedstad LM et al.

The assessment of functional study in rheumatoid arthritis: a cross cultural, longitudinal comparison of the Health Assessment Questionnaire and the Groningen Activity Restriction Scale.

J of Rheumatol 1995; 22: 1834–1843.

64. Hamilton M

Development of a rating scale for primary depressive illness

Br J soci clin psy 1967; 2: 278–296.

65. Olié JP, Poirier MF, Lôo H

Les maladies dépressives.

Collection psychiatrie. Éd paris : Flammarion 2003. 336–338.

66. Hamilton M.

Diagnosis and rating of anxiety, in studies of anxiety.

Journal of psychiatry, 1969, spec. Pub. 3 : 76–79.

67. Radat F

Les états anxieux: collection psychiatrie. Initiative santé 1998 : 48–50

68. Sany J.

La polyarthrite rhumatoïde de l'adulte.

Collection pathologie science formation. John Libbey Eurotext, Paris, 1999, 4–6.

69. BENAMOUR S, ZEROUAL B , FARES L, EL KABLI H, BETTAL S

Polyarthrite rhumatoïde au Maroc : à propos de 404 observations

Rev rhum 1992 ; 59(12) : 801–807.

70. HAJAJ_HASSOUNI N, HASSOUNI F, GUEDIRA N, LAZRAK N

La polyarthrite rhumatoïde au Maroc : à propos de 444 cas.

La semaine des hôpitaux de paris .1994 ; 70(1–2) : 12–20.

71. Weisman. MH.

Newly diagnosed rheumatoid arthritis.
Ann Rheum Dis 2002; 61:287-9.

72. Le Goff P, Saraux A, Baron D, Youinou P.

Intérêt des anticorps anti-citrullinés dans la polyarthrite rhumatoïde.
Rhumatologie 2004 ; 56(1) : 4-8.

73. Van Gaalen F A, Visser H, Huizinga T W J

A comparison of the diagnostic accuracy and prognostic value of the first and second anti-cyclic citrullinated peptides (CCP1 and CCP2) autoantibody tests for rheumatoid arthritis.
Ann Rheum Dis 2005; 64: 1510-1512.

74. Vittecq O, Goeb V, Le loet X, Tron F.

La phase pré clinique de la polyarthrite rhumatoïde et du lupus.
Rev rhum 2005; 72(12) : 1241-1245.

75. Raissouni N, Gossec L, Ayrat X, Dougados M

Quelles nouveautés dans le diagnostic et le traitement d'une polyarthrite rhumatoïde récente.
Rev rhum 2005 ; 72 : 195-200.

76. Van Der Heijde DMFM, Van't Hof MA, Van RIEL PLCM et al.

Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis. First step in development of a disease activity score.
Ann Rheum Dis. 1990; 49: 916-20.

77. El Maghraoui A

La polyarthrite rhumatoïde : stratégie de prise en charge.
Rhumato.info. cours et revues. Janvier 2006
Disponible sur [http:// www.rhumato.info/PRstratégie.htm](http://www.rhumato.info/PRstratégie.htm).

78. WORLD HEALTH ORGANIZATION.

WHOQOL study protocol. Geneva: WHO (MNH/PSF/93.9), 1993

79. Serrier.

Le concept de la qualité de vie.

Qualité de vie en rhumatologie. Journées d'internat et de résidanat. Décembre 2004.
Faculté de médecine et de pharmacie de marrakech.

80. Barkman C I

Arthritis and pain psychological aspects in the management of arthritis pain.

Arthritis Res Ther. 2006; 8: 201.

81. Mayoux-Benhamou.

Fatigue et polyarthrite rhumatoïde.

Ann Readapt Med Phys 2006 ; 49(6) :301– 304.

82. Lejoyeux M, Mourad I et Pouchot J.

Troubles psychiatriques et maladies ostéoarticulaires.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, paris. Psychiatrie, 37-670-A-30, 1997,8p

83. Guillemin F.

Qualité de vie en rhumatologie.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris, Appareil locomoteur, 15-907-A-10, 1997,4p

84. Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ, Guccione AA, Kazis LE.

AIMS2: the content and properties of a revised and expanded arthritis impact measurement scale health status questionnaire.

Arthritis rheum 1992; 35 : 1-10.

85. Meenan RF, Anderson JJ, Kazis LE, Egger MJ, Altz-Smith M, Samuelson CO, et al.

Outcome assessment in clinical trial : evidence for the sensitivity of a health status measure.

Arthritis rheum 1984; 27 : 1344–52.

86. Ulig T, Smedstad LM, Vaglum P, Moum T, Gerard N, Kvien TK.

The course of rheumatoid arthritis and predictors of psychological, physical and radiographic outcome after 5 years of follow-up.

Rheumatology 2000; 39 :732–41.

87. N Sultan, JE Pope and PJ Clements.

The HAQ is strongly predictive of good outcome in early diffuse scleroderma : results from an analysis of two randomised controlled trials in early diffuse scleroderma

Rheumatology (oxford) 2004; 43(4) :472–8.

88. Maroc en chiffres, haut commissariat au plan, direction des statistiques 2004. disponible sur www.hcp.ma

89. Sécurité sociale, assurance maladie obligatoire, caisse nationale de sécurité sociale.

1^{ère} éd 2007: 162.

90. Prajs K, Flincinski J, Bzosko I, Przepiera–Bedzak H, Ostanek I, Bzosko M.

Quality of life and activity of disease in patients with rheumatoid arthritis.

Annals acaemiae medicae stetinensis. 2006; 52 (supp2): 39–43.

91. Kvien. T. K

Epidemiology of disability in rheumatoid arthritis.

Rheumatology 2002; 41: 121–123.

92. Essadki B, Tarbi M

Traitement traditionnel en traumatologie orthopédie: aspects socio-économique

Thèse de doctorat en médecine. Marrakech 2006. N°2.

93. Makisara GL, Makisara P.

Prognosis of functional and work capacity in rheumatoid arthritis.

Clin Rheumatol 1982; 1: 117–25.

94. Doeglas D, Suurmeijer T, Krol B, Sanderman R, van Leeuwen M, van Rijswijk M

Work disability in early rheumatoid arthritis.

Ann Rheum Dis 1995; 54: 455–460.

95. De Croon E M, Sluiter J K, Nijssen T F, Dijkmans B A C, Lankhorst G J and Ftings–Dresen M H W

Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review.

Ann Rheum Dis 2004; 63:1362–1367.

96. Guillemin F.

Functional disability and quality of life assessment in clinical practice.

Rheumatology 2000; 39(suppl):17–23.

97. Katz PP.

The impact of rheumatoid arthritis on life activities.

Arthritis Care Res 1995; 8(4): 272–278.

98. Westhoff G, Listing J and Zink A

Loss of physical independence in rheumatoid arthritis: interview data from a representative sample of patients in rheumatologic care.

Arthritis Care Res 2000; 13:11–21.

99. Verburgge L

Disability

Rheum. Dis. Clin. North Am. 1990; 16: 741–61.

100. Katz PP, Morris A, Yelin E H.

Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis.

Ann Rheum Dis 2006; 65:763–769.

101. Wikström I, Book C and Jacobson L. T. H

Difficulty in performing leisure activities among persons with newly diagnosed rheumatoid arthritis: a prospective, controlled study.

Rheumatology 2006; 45(9): 1162–1166.

102.Lütze U and Archenholtz B

The impact of arthritis on daily life with the patient perspective in focus.

Scand J Caring Sci; 2007; 21:61–70.

103.Doeglas D, Suurmeijer T, Krol B, Sanderman R, van Rijswijk M and van Leeuwen M.

Social support, social disability and psychological well-being in rheumatoid arthritis.

Arthritis Care Res. 1994; 7(1): 10–15.

104.Rkain H, Allali F, Jroundi I, Hajjaj-Hassouni N.

Retentissement socioéconomique de la polyarthrite rhumatoïde au maroc.

Rev rhum 2006 ; 73 (5) : 462–468.

105.El Khadir B

Sondage : comment vivre avec la polyarthrite rhumatoïde

Le reporter : juin 2007. Disponible sur [http:// www. Lereporter.ma](http://www.Lereporter.ma).

106.Devins GM, Edwarthy SM, Paul LC, Mandin H, Seland P, Klein G et al.

Restless sleep, illness intrusiveness and depressive symptoms in three chronic illness conditions: rheumatoid arthritis, end stage renal disease, and multiple sclerosis.

J Psychosom Res 1993;37: 163–170.

107.Isik A, Koca SS, Ozturk A, Mermi O.

Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis.

Clin Rheumatol 2007; 26(6): 872–878.

108.El-Miendany Y, Haroun El Rasheed A, Ostuni O.

L'anxiété est-elle plus fréquente que la dépression au cours de la polyarthrite rhumatoïde?

Rev Rhum 2002; 69 :526–34.

109. Abdel Nasser A M, Abd El- Azim S, Taal E, El- Badawy S A, Rasker J J and Valkenburg H A.

Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analyse of their occurrence and determinants.

BJ Rheumatol 1998; 37:391-397.

110. Hart FD, Taylor RT, Huskisson EC

Pain at night

Lancet 1970; 1:881-4.

111. Mldofsky H, Lue Fa, Smythe HA.

Alpha EEG sleep and morning symptoms in rheumatoid arthritis.

J rheumatol 1983; 373-9.

112. Wily T M, Van Berlo, Harry B M, Van De Wiel, Erik Taal, Johannes J, Rasker, Wilibrord C M, Weijmar Schultz, Martin H, Van Rijswijk.

Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study.

Clin rheumatology. 2007; 26: 30-38.
