



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2021

Thèse N° 202

# Les peurs et les croyances au cours de la polyarthrite rhumatoïde

---

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/12/2021

PAR

**Mlle. Rhada BENCHANAA**

Née Le 12 Décembre 1994 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

---

MOTS-CLÉS

Polyarthrite rhumatoïde – Peurs– Croyances

---

JURY

<b>M.</b>	<b>R. NIAMANE</b>	<b>PRESIDENT</b>
	Professeur de Rhumatologie	
<b>Mme.</b>	<b>M. GHAZI</b>	<b>RAPPORTEUR</b>
	Professeur agrégé de Rhumatologie	
<b>Mme.</b>	<b>I. EL BOUCHTI</b>	<b>JUGE</b>
	Professeur de Rhumatologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ  
عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ  
وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۗ إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي  
مِنَ الْمُسْلِمِينَ



صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



# *Serment d'hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,*

*Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades  
sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles  
traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

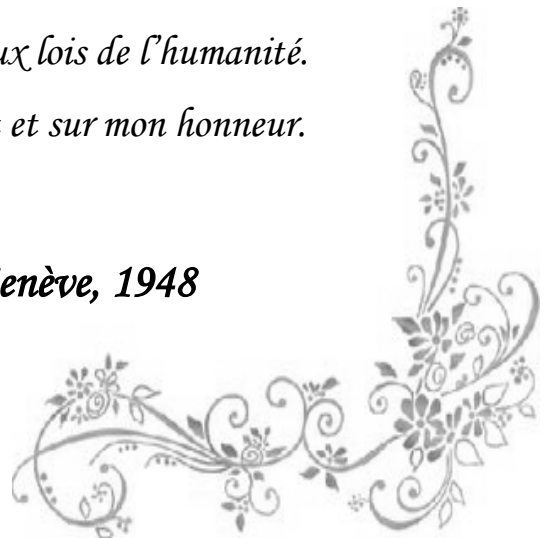
*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération  
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales  
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

**Déclaration Genève, 1948**





*LISTE DES PROFESSEURS*



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ALJ Soumaya	Radiologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiaa	Microbiologie -Virologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie

ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUS Aïcha	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie		

#### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embyologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto- Rhino - Laryngologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie

BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique		

#### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	HAJJI Fouad	Urologie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	Hammoune Nabil	Radiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	HAZIME Raja	Immunologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie

BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BELLASRI Salah	Radiologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAGGABI Amine	Neurologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAI Asma	Informatique
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	WARDA Karima	Microbiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL-QADIRY Raby	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 23/06/2021



***DÉDICACES***

*« La reconnaissance est un noble et digne salaire pour les âmes  
généreuses » - William Shakespeare*

*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les  
personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me  
hâsser vers le haut pour atteindre mon objectif.  
C'est avec amour, respect et gratitude que ...*



*Je dédie cette thèse...*

À  
الله

*Le tout puissant, le très miséricordieux, qui m'a inspirée et guidée sur le droit chemin. Qui m'a donné la force et la patience pour accomplir cet humble travail. Je lui dois ce que je suis aujourd'hui. Louanges et remerciements pour sa clémence et sa miséricorde.*

*À mes chers parents,*



*Si fière d'être votre fille, et d'avoir la chance d'être élevée nourrie d'une éducation dotée de valeurs, de dignité et d'honneur. A vous qui m'avez tout donné sans jamais rien compter...*

### *À mon cher papa, Najib*

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon grand amour et ma gratitude envers toi. Ma reconnaissance pour tes sacrifices et ta bienveillance tout au long de ma vie, ne pourrait être incarnée. Tu as été pour moi le meilleur des papas, l'ami et le conseiller et je te dois ce que je suis devenue. Tu es et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines et ton originalité. Je te dois le courage et la persévérance que tu as su inculquer en moi pour surmonter les difficultés de la vie. C'est ta dévotion à m'épauler pleinement durant mes années d'études qui a nourri ma détermination à continuer avec ferveur vers la réussite. Comme tu me le disais souvent « le chemin de gloire est jonché d'épines » ... Aujourd'hui est notre jour de gloire tant attendu papa ; le fruit de ton encadrement et ta sollicitude exceptionnels. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. J'espère avoir été digne de ta confiance. Qu'Allah te préserve, t'accorde santé et bonheur, et te protège de tout mal.*

### *À ma chère maman, Laïla*

*La fleur de mon âme et sérénité de mon existence. Toutes les expressions aussi éloquents soient-elles ne pourraient décrire la grande dame que tu es à mes yeux. La femme unique, aussi rayonnante que les plus précieuses perles du monde. La femme, symbole de bonté et de générosité, bien aimée par tous. L'institutrice des générations, respectée tout au long de son histoire. Chère maman, dois-je commencer par ton amour inconditionnel conclu dans tes mille prières qui ont éclairci mon chemin ; un chemin comme tu disais toujours, difficile mais nappé de noblesse ; ou tes*

*sacrifices, ta patience et ton soutien omniprésent. Toujours présente et prête à se sacrifier pour me hisser en avant et me combler d'amour, vivant en âme mes chagrins tout en cachant son amertume ; si forte et sage ma chère maman. Ce que je suis devenue aujourd'hui est l'achèvement d'un rêve que tu m'as aidé à réaliser. C'était un long trajet plein d'obstacles et de larmes de joie et de tristesse, dont ta présence était du baume au cœur. Je te voue une gratitude incontournable et un amour infini, maman chérie.*

*Je te dédie ce travail en gage de ma grande affection. Qu'Allah te préserve, t'accorde santé et bonheur et te protège de tout mal.*

*À mon cher frère Oussama et sa petite famille : Ghita et mon petit ange  
Mohamed Ghalil*

*Je suis très heureuse de pouvoir vous présenter par ce travail le témoignage de mon profond amour. Merci cher frère pour ton soutien, tes conseils, ton aide et ta générosité qui ont été pour moi une source de courage et d'allègement. Tu m'as toujours soutenu tout au long de mon parcours. Merci également à ma chère Ghita pour avoir été toujours là, à me soutenir et me consoler au besoin. Puisse dieu protéger votre petite famille, et vous accorder bonheur et prospérité.*

*À ma chère grand-mère maternelle,  
Mes tantes et oncles : tante Aïcha, tante Naïma, tonton Abdelhadî, oncle  
Abdelkoudous, oncle Azîz, oncle Mohamed et toute la famille  
Si comblée par votre affection et tendresse depuis mon enfance, je vous  
dédie ce travail en mémoire de tous les bons moments que j'ai vécus avec  
vous, pour votre soutien, amour et engagements. Vous y trouverez  
l'expression de mon amour et ma reconnaissance. Qu'Allah vous procure  
bonheur et prospérité.*

*À tous mes chers cousins et cousines : mes soeurette d'amour Wissal et  
Halima, Chaymaa, Najlaa, Youssra, Oumaima, Nabila, Ouail, Abdeljalil,  
Abdelaziz, Salim et mes petits : Abdesalam et Mohamed Amar  
Je garde en mémoire beaucoup de jolis souvenirs de nous ensemble. Grâce  
à vous, mon enfance fut meilleure. J'ai trouvé en vous mes cher(e)s, les  
amis d'enfance, les frères et sœurs. Malgré les contraintes de la vie qui  
nous ont éloignés les uns des autres, vous demeurez à jamais ancrés dans  
mon esprit et mon cœur. Je vous dédie ce travail en signe de ma grande  
affection. Je vous souhaite à tous une longue vie pleine de bonheur et de  
prospérité.*

*À mes chers amis et équipe,*

*Sara Benrahal, Fatímaezzahrae Benadeím, Younes Ben mouloud, Walíd Benazzouz, Ibtíssame Benhamou, Achraf Belmoughít*

*Au nom de tous les souvenirs gravés à jamais dans ma mémoire, et tant de moments qu'on a partagés au sein et ailleurs de l'hôpital, ces années d'études étaient à vos côtés, une série acharnant tant de merveilleuses « Memories » sous le titre d'une belle amitié comblée de bonté, d'amour fraternel inconditionnel, de solidarité, et plein de joyeux sourires...*

*J'en serai reconnaissante à vie.*

*Je vous dédie ce travail en gage de mon affection et de mes sentiments de gratitude. Je vous souhaite bonheur et prospérité. Vivement nos chemins croisés...*

*À mes chers amis, collègues et anciens camarades*

*Sanaa, Mohamed Mehdi, Imane Abourachida, Yassine Elhadrami, Ayoub Aboutarik, Rachid Bellouki, Mariam Ejarmouni*

*En témoignage de l'amitié qui nous unie et des souvenirs des moments que nous avons passés ensemble. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et gratitude. Je vous souhaite à tous une longue vie pleine de bonheur et de prospérité.*

*À la mémoire de mes chers grands-parents défunts :*

*Ma chère grand-mère paternelle qui m'a toujours encouragée et tant voulu voir ce jour, Mon grand-père paternel et mon grand-père maternel...*

*Toujours vivants dans nos âme et cœur. Qu'Allah vous accorde miséricorde et clémence.*

*À tous mes enseignants*

*À tous les ami(e)s, confrères et consœurs qui m'étaient exemples et  
conseillers*

*À toute personne dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur...*





*REMERCIEMENTS*



*À mon maître et président du Jury de thèse :*

*Professeur NIAMANE Radouane*

*Professeur et chef de service de rhumatologie à l'Hôpital Militaire*

*Avicenne de Marrakech*

*Nous sommes très sensibles au grand honneur que vous nous faites en acceptant avec bienveillance de présider notre jury de thèse. Nous avons eu le privilège d'être un de vos élèves. Nous avons toujours admiré la simplicité et la facilité de votre abord et largement bénéficié de l'étendue de votre savoir et de vos hauts talents pédagogiques. Vos hautes qualités humaines et professionnelles ainsi que votre sérieux ont toujours suscité notre profond respect. Veuillez trouver dans ce travail, les marques de notre profonde gratitude et l'expression d'une reconnaissance infinie.*

À mon maître et rapporteur de la thèse : GHAZI MIRJEM  
Professeur de rhumatologie à l'Hôpital Militaire Avicenne de  
Marrakech

*En mémoire de mon passage de stage en 4ème année de mes études dans votre service, je tiens chère professeure à vous exprimer ma grande admiration et respect. Votre encadrement depuis, ainsi que votre originalité et votre dévotion incomparable au travail m'ont tellement impressionnée que vous êtes devenue pour moi un exemple à suivre. Vous m'avez accordé un grand privilège en acceptant de diriger ce travail. Bénéficier de votre encadrement encore une fois et travailler sous votre tutelle a été et restera pour moi, source de fierté.*

*Veuillez trouver ici professeur mes chaleureux remerciements pour l'intérêt, le soutien, la grande disponibilité de votre part, souvent aux prix de vos obligations professionnelles, et vos inestimables conseils durant ce travail.*

*Acceptez également, ma grande gratitude et grands Mercis pour m'avoir guidé tout en cherchant d'explicitier le type du livrable attendu au terme de ce travail, ainsi que m'attentionner sur la délicatesse du « savoir faire » au niveau professionnel.*

*La qualité de votre encadrement, votre amabilité et gentillesse et toutes vos qualités humaines et professionnelles, méritent certes ma reconnaissance et admiration.*

*À mon maître et juge de thèse : IMANE EL BOUCHTI*  
*Professeur et Chef de service de rhumatologie au CHU Mohammed VI- de*  
*Marrakech*

*Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Ayant eu le privilège d'être une de vos élèves, nous avons toujours admiré la simplicité de votre abord et largement bénéficié de l'étendue de votre savoir et de vos hauts talents pédagogiques. Vos hautes qualités humaines et professionnelles ainsi que votre sérieux ont toujours suscité notre profond respect. Veuillez accepter, chère maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.*





*FIGURES & TABLEAUX*



## Liste des figures

- Figure 1** : Répartition des patients selon la tranche d'âge.
- Figure 2** : Répartition des patients selon le sexe.
- Figure 3** : Le statut matrimonial des patients.
- Figure 4** : Le lieu de résidence des patients.
- Figure 5** : le niveau d'instruction des patients.
- Figure 6** : l'activité professionnelle selon le sexe.
- Figure 7** : le niveau socio-économique selon le revenu.
- Figure 8** : La couverture sociale des patients
- Figure 9** : le délai du diagnostic de la PR.
- Figure 10** : la durée d'évolution de la PR.
- Figure 11** : Répartition des patients selon le caractère déformant de la PR.
- Figure 12** : Répartition des patients selon le caractère érosif de la PR.
- Figure 13** : Répartition des patients selon l'atteinte structurale de la PR.
- Figure 14** : Répartition des patients selon l'activité de la PR évaluée par le DAS 28.
- Figure 15** : Répartition des patients selon la positivité de la CRP et de la VS
- Figure 16** : Répartition des patients selon la présence du FR.
- Figure 17** : Répartition des patients selon la présence d'ACPA.
- Figure 18** : Répartition des patients selon la dose administrée de la CTC.
- Figure 19** : Le traitement de fond reçu par les patients en moins de 6 mois.

## Liste des tableaux

- Tableau I** : Répartition des comorbidités chez les patients.
- Tableau II** : Répartition des déformations observées chez les patients.
- Tableau III** : Croyances des patients et facteurs responsables de la PR.
- Tableau IV** : Croyances des patients et facteurs déclenchants de la PR.
- Tableau V** : Peurs concernant l'évolution de la PR.
- Tableau VI** : Peurs liées à l'impact de la PR.
- Tableau VII** : Peurs liées aux effets secondaires des traitements.
- Tableau VIII** : Peurs liées à l'efficacité des traitements.
- Tableau IX** : les déterminants de l'alliance thérapeutique selon les patients.



*ABBREVIATIONS*



The image features a central title 'ABBREVIATIONS' in a black, italicized serif font. The title is framed by two symmetrical, ornate decorative flourishes. Each flourish consists of a central floral motif with three leaves, flanked by two large, swirling acanthus-like scrolls. The entire composition is centered on a white background.

## Liste des abréviations

<b>PR</b>	: Polyarthrite rhumatoïde.
<b>RIC</b>	: Rhumatisme inflammatoire chronique
<b>ACPA</b>	: Les anticorps anti–protéines citrullinés.
<b>QDV</b>	: Qualité de vie.
<b>EVA</b>	: Echelle visuelle analogique.
<b>FR</b>	: Facteur rhumatoïde.
<b>LAA</b>	: Luxation atloïdo–axoïdienne.
<b>PTG</b>	: Prothèse totale du genou.
<b>PTH</b>	: Prothèse totale de la hanche.
<b>VS</b>	: Vitesse de sédimentation
<b>CRP</b>	: Protéine C réactive.
<b>DAS28</b>	: Disease Activity Score.
<b>HAQ</b>	: Health Assessment Questionnaire.
<b>AINS</b>	: Anti–inflammatoire non stéroïdiens.
<b>CTC</b>	: Corticothérapie.
<b>MTX</b>	: Méthotrexate.
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle.
<b>DDB</b>	: Dilatation des bronches.
<b>SSE</b>	: Statut socio–économique.
<b>DMARD</b>	: Disease modifying anti–rheumatic drugs.
<b>SMR</b>	: Société Marocaine de Rhumatologie.
<b>ANAM</b>	: Agence Nationale d’Assurance Maladie.
<b>SPA</b>	: Spondylarthrite rhumatoïde.
<b>QOC</b>	: Questionnaire des opinions et des craintes.
<b>PCS</b>	: Pain catastrophism scale.
<b>ANDAR</b>	: Association nationale de défense contre l’arthrite rhumatoïde.



*PLAN*



<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>METHODES ET MATERIELS</b> .....	<b>3</b>
I. Type de l'étude .....	4
II. But de l'étude .....	4
III. Population d'étude .....	4
1. Considérations éthiques .....	4
2. Critères d'inclusion .....	4
3. Critères d'exclusion .....	5
IV. Méthodes .....	5
1. Recueil des données .....	5
2. Analyse statistique .....	5
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>6</b>
I. Données sociodémographiques.....	7
II. Données cliniques et para cliniques .....	11
1. Comorbidités .....	11
2. Caractéristiques de la PR .....	11
3. Traitements reçus .....	17
III. Croyances et Peurs selon les réponses des patients .....	19
1. Les Croyances .....	19
2. Les peurs .....	20
3. Alliance thérapeutique .....	23
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>24</b>
I. Caractéristiques sociodémographiques .....	26
1. Age et Sexe .....	26
2. Niveau socio-économique .....	27
II. Caractéristiques de la PR et thérapeutiques .....	28
1. Délai du diagnostic .....	28
2. Présentation clinique de la PR .....	29
3. Activité de la PR .....	31
4. Stratégie thérapeutique de la PR .....	33
III. Peurs et croyances des patients au cours de la PR .....	38
1. Peurs et croyances et qualité de vie .....	39
2. Les croyances.....	42
2.1. Croyances et origine de la PR :.....	42
2.2. Croyances et facteurs déclenchants de la PR :.....	43
2.3. PR et régime alimentaire :.....	45
3. Les peurs :.....	47
3.1. Peurs liées à l'évolution de la PR :.....	47
3.2. Peurs liées à l'impact de la PR :.....	48
3.3. Peurs relatives aux traitements de PR :.....	50

4. Alliance thérapeutique.....	54
IV. Limites de l'étude .....	57
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>58</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>60</b>
<b>RESUMES</b> .....	<b>66</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>73</b>



*INTRODUCTION*



La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent.(1)

Il s'agit d'une maladie auto-immune chronique qui touche l'ensemble du tissu conjonctif. Sa prévalence est estimée à 1% de la population mondiale, avec une prédominance féminine et un pic de fréquence entre 40 et 60 ans. Malgré les progrès considérables faits dans la compréhension de la physiopathologie de cette maladie, son origine reste toujours inconnue.(2)

C'est une affection qui peut être à l'origine d'un handicap important, notamment dans les formes avancées destructives, et qui peut également mettre en jeu le pronostic vital. Elle retentit globalement sur la qualité de vie (QDV) et même à long terme sur l'espérance de vie.


La PR est une maladie systémique car elle ne concerne pas seulement les articulations. Les poumons, le cœur et le système nerveux peuvent être atteints. Son évolution est généralement faite de poussées entrecoupées de rémissions, ses lésions structurelles s'installent de façon progressive et irréversible.

La chronicité, la variabilité, l'imprévisibilité de l'évolution de la PR et la nature invalidante des symptômes font que cette maladie ait un impact négatif important sur le mode de vie, le fonctionnement, l'autonomie et le bien-être psychologique.(3)


En général, l'impact psychosocial de la maladie peut favoriser chez les patients des systèmes de peurs et de croyances qui ne sont pas forcément basés sur des éléments objectifs. Ils peuvent être en rapport avec leur système personnel de représentation de la maladie ou avec celui de la société au sens large. Ces peurs et ces croyances ont également un impact sur la QDV, l'adhérence thérapeutique, et la capacité d'accepter les effets indésirables des traitements.

Ainsi, il est important de comprendre les peurs et les croyances des patients envers leur maladie afin d'améliorer la conduite thérapeutique, de fournir une approche plus interactive et dynamique de prise en charge et d'optimiser l'adhésion au traitement.

Dans cette étude, nous nous envisageons d'explorer les croyances et les peurs des patients concernant la PR et son traitement. Ces informations peuvent aider à mieux comprendre les perceptions de la PR et ses répercussions.



*METHODES ET MATERIELS*



## **I. Type de l'étude :**

C'est une étude transversale descriptive portant sur les dossiers des malades atteints de PR suivis dans le service de Rhumatologie de l'hôpital militaire Avicenne/Marrakech

## **II. But de l'étude :**

L'objectif de notre étude est d'identifier les peurs et les croyances chez les patients atteints de PR, de différencier les peurs et croyances effectives et les autres plus irrationnelles, et de pouvoir apporter des réponses aux patients dans un objectif pédagogique mais surtout de réassurance.

## **III. Population d'étude :**

Nous avons mené une enquête descriptive qualitative auprès des patients atteints de PR. Nous avons inclus 40 dossiers des patients suivis dans le service de Rhumatologie à l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech.

### **1. Considérations éthiques :**

L'étude a été faite après un consentement oral des patients dans le respect de leur anonymat et de la confidentialité.

### **2. Critères d'inclusion :**

Tous les patients atteints de la PR de toutes les tranches d'âge qui étaient suivis au service de rhumatologie de l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech sont inclus.

### **3. Critères d'exclusion :**

Les patients dont les dossiers manquent d'informations

Les patients non joignables qui n'ont pas répondu au questionnaire

## **IV. Méthodes :**

### **1. Recueil des données :**

Des entretiens individuels de 30mn à 1heure ont été réalisés avec les patients atteints de PR tenant sur deux questionnaires :

Le Premier questionnaire contient les informations des patients concernant les données sociodémographiques à savoir :l'identité, l'âge, le sexe, la résidence, le niveau d'instruction, le niveau socio-économique (En se basant sur la profession, le salaire ou le salaire du mari, la couverture sociale), les caractéristiques de la PR y compris l'activité et la sévérité de la PR selon le score DAS28, l'activité biologique (CRP, VS),les déformations, des éléments pronostiques (la sérologie rhumatoïde, l'atteinte érosive et structurale), les comorbidités, et les traitements reçus à savoir le traitement symptomatique et le traitement de fond de la PR.

Le deuxième questionnaire élaboré par un psychiatre contient des informations à propos des croyances des patients concernant les facteurs responsables et de déclenchement de la maladie, les peurs par rapport à l'évolution de la maladie, les peurs par rapport aux conséquences possibles de la maladie et son impact socio-économique, les craintes liées aux effets secondaires potentiels des traitements reçus, et finalement les convictions des patients sur l'alliance thérapeutique.

### **2. Analyse statistique :**

La saisie des textes et des tableaux a été faite sur le logiciel Word XP et celle des graphiques sur le logiciel Excel XP.



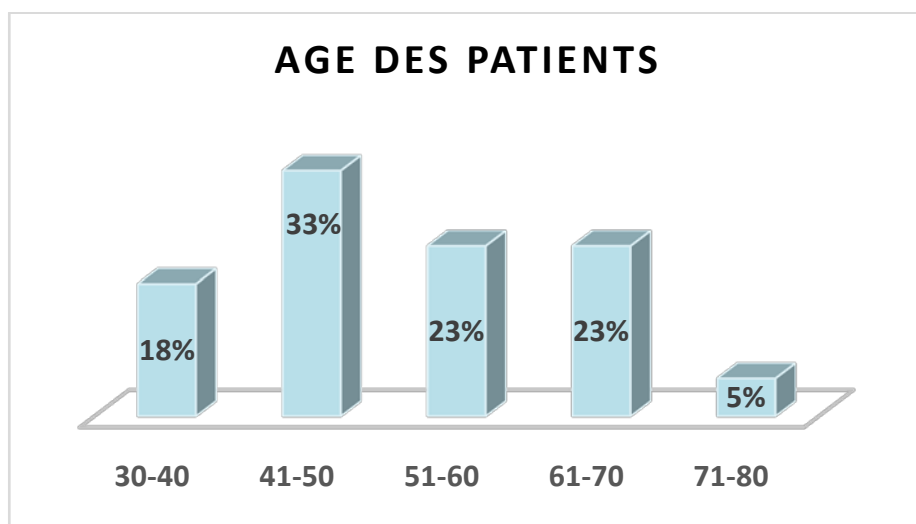
*RÉSULTATS*



## I. Données sociodémographiques

### 1.1. Age :

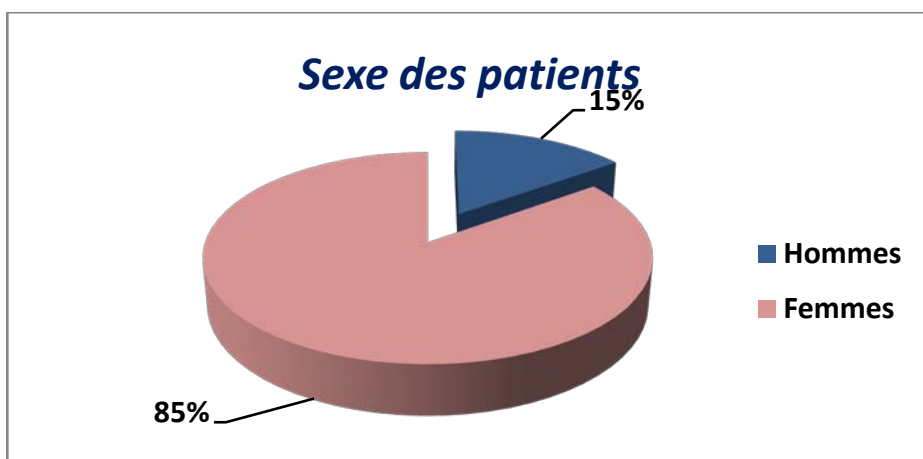
L'âge moyen des patients était de 51,7ans, soit 51ans et 8mois avec un intervalle entre 30et 80ans (Figure1).



**Figure 1:** Répartition des malades selon la tranche d'âge

### 1.2. Sexe :

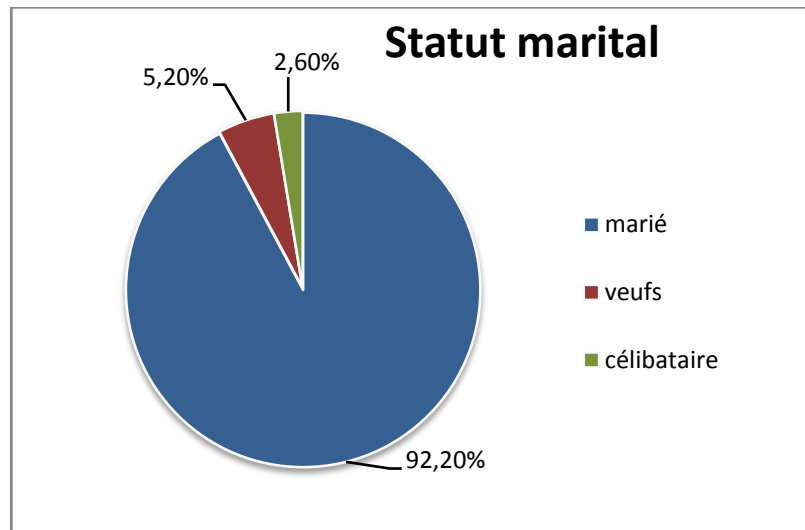
Dans notre échantillon, nous avons noté une prédominance féminine avec un pourcentage de 85% alors que le sexe masculin représente 15% (Figure 2).



**Figure 2:** Répartition des patients selon le sexe

### 1.3. Statut matrimonial :

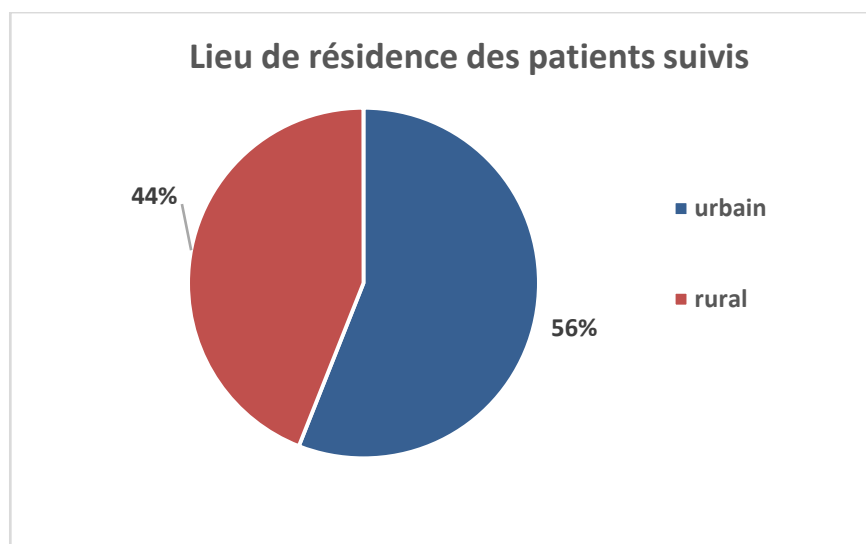
L'état matrimonial avait révélé que plus de 90% des patients étaient mariés, 5,2% veufs, et 2,6% célibataires.



**Figure 3:** Le statut matrimonial des patients

### 1.4. Lieu de résidence :

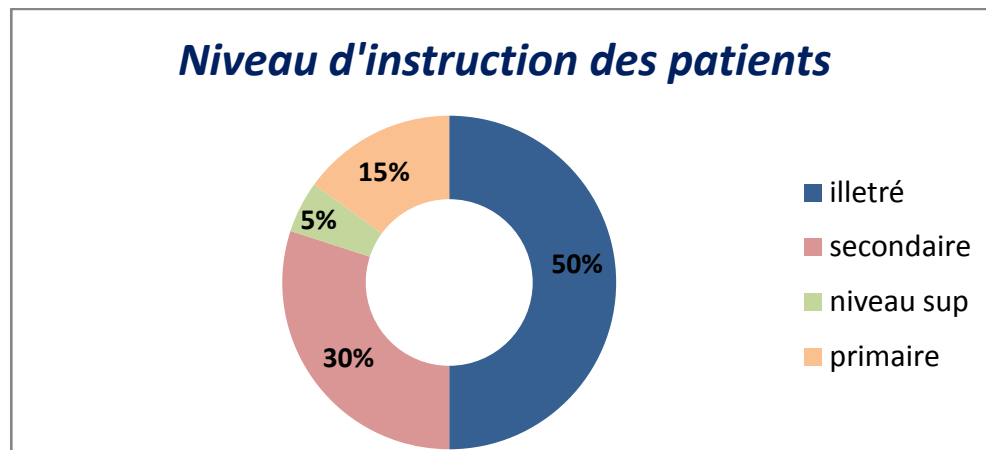
Cinquante-six pour cent de nos malades résident dans un milieu urbain, dont 58% dans la région Marrakech Tansift-Alhaouz, alors que 44% des patients habitent dans un milieu rural.



**Figure 4 :** Le lieu de résidence des patients

**1.5. Niveau d'instruction :**

Dans cet échantillon 50% des patients interrogés étaient des illettrés, contre 5% qui ont bénéficié d'un niveau supérieur d'instruction, 30% avec arrêt prématuré au niveau secondaire, et 15% au niveau primaire.

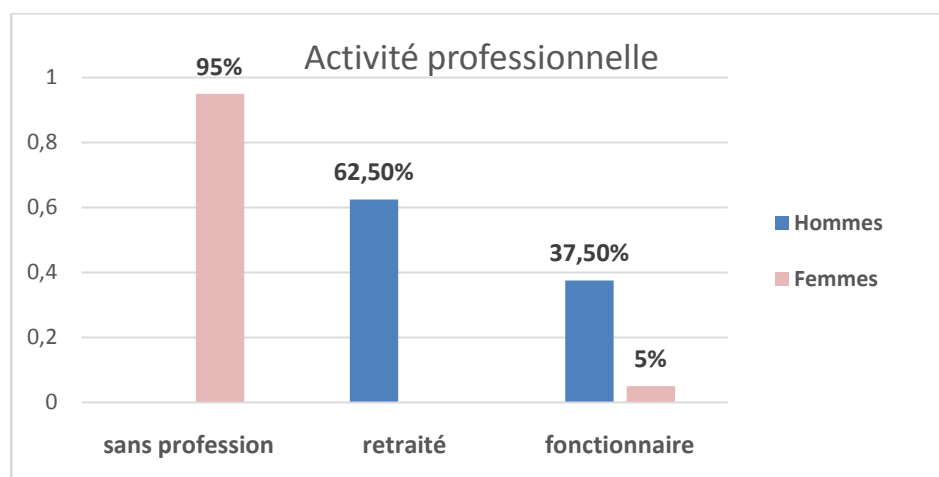


**Figure 5: Le niveau d'instruction des patients**

**1.6. Niveau socioéconomique :**

**a. Activité professionnelle selon le sexe :**

La plupart de nos patients étaient sans profession. La majorité étaient des femmes au foyer soit (95%), 62,5% étaient des hommes retraités.



**Figure 6: L'activité professionnelle selon le sexe**

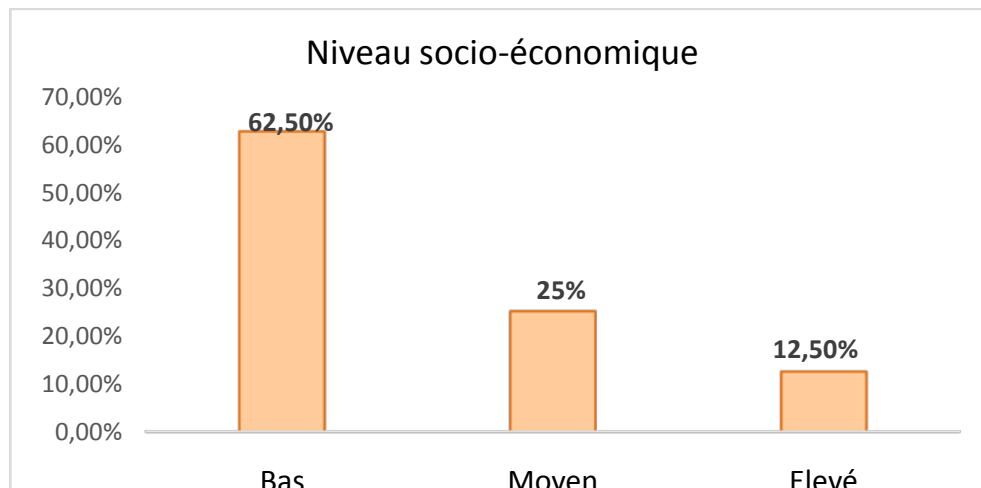
**b. Répartition selon le revenu des patients :**

Le classement ayant défini le niveau socio-économique selon le revenu consiste au salaire du patient et/ou salaire du conjoint (pour les femmes au foyer) selon la répartition suivante :

Niveau Bas : salaire/salaire du mari : moins de 3000 dh/mois

Niveau Moyen : salaire/salaire du mari entre 3001–5000 dh /mois

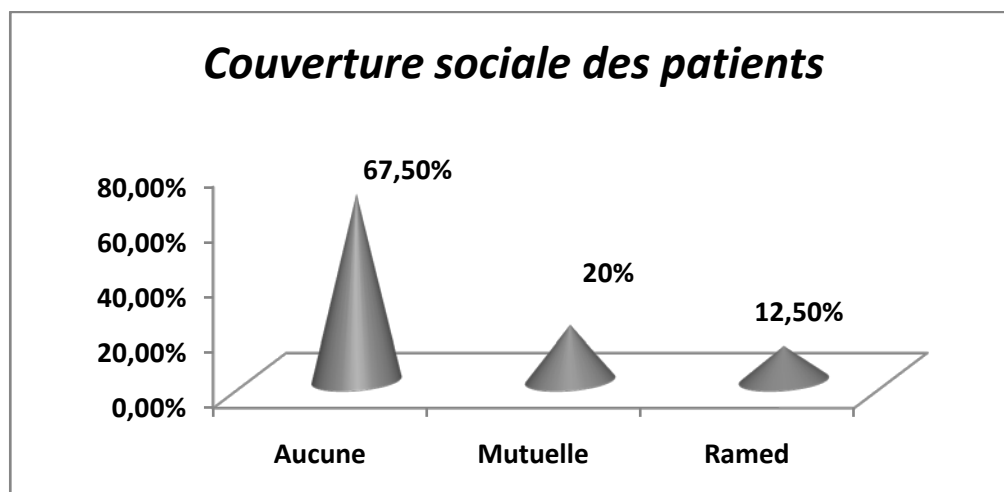
Niveau élevé : salaire /salaire mari : supérieur à 5000 dh /mois



**Figure 7:** Le niveau socio-économique selon le revenu

**c. La couverture sociale :**

La majorité des patients ne disposait pas de couverture sociale.



**Figure 8:** La couverture sociale des patients

## II. Données cliniques et para cliniques :

### 1. Comorbidités :

Plus de 60% des patients n'avaient aucune comorbidité. 12,2% étaient diabétiques et/ou hypertendus.

**Tableau I : Répartition des comorbidités chez les patients.**

Comorbidités	% des patients
Aucune	63,41%
Diabète	12,20%
HTA	12,20%
Ostéoporose	4,88%
Glaucome	2,44%
DDB	2,44%
Syndrome dépressif minime	2,44%

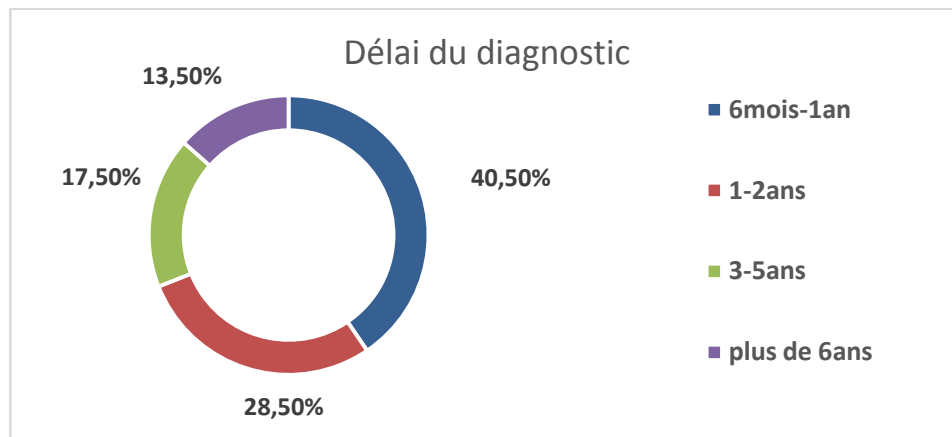
### 2. Caractéristiques de la PR :

#### 2.1. Diagnostic de la PR :

La PR était confirmée chez tous les patients de notre étude selon les critères ACR2010.

#### 2.2. Délai du diagnostic :

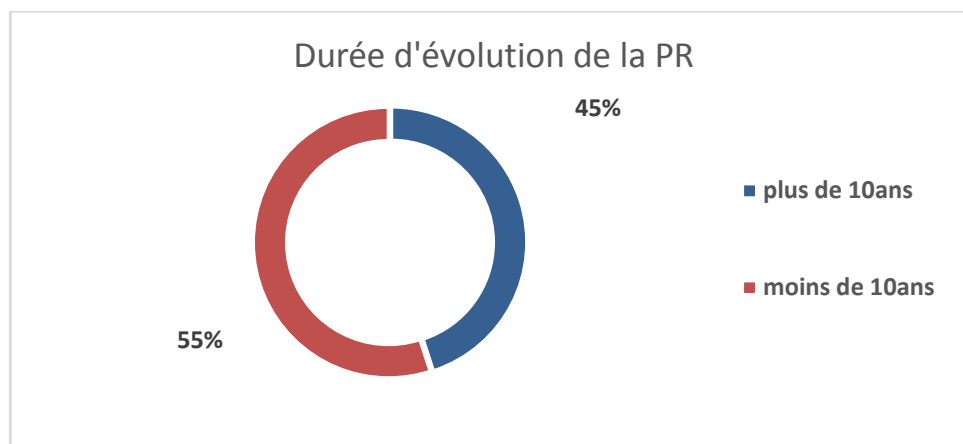
La majorité de nos patients (soit 40,5%) a été diagnostiquée de la PR à un délai moins d'une année. Le délai moyen était de 30,5mois avec des extrêmes allant de 6 mois à 125mois.



**Figure 9:** Le délai du diagnostic de la PR

### 2.3. Durée d'évolution de la PR :

La durée moyenne d'évolution de la PR était de  $7,97 \pm 6,8$  ans avec des extrêmes allant d'un an à 20ans. 45% des patients avaient une PR ancienne de plus de 10ans.

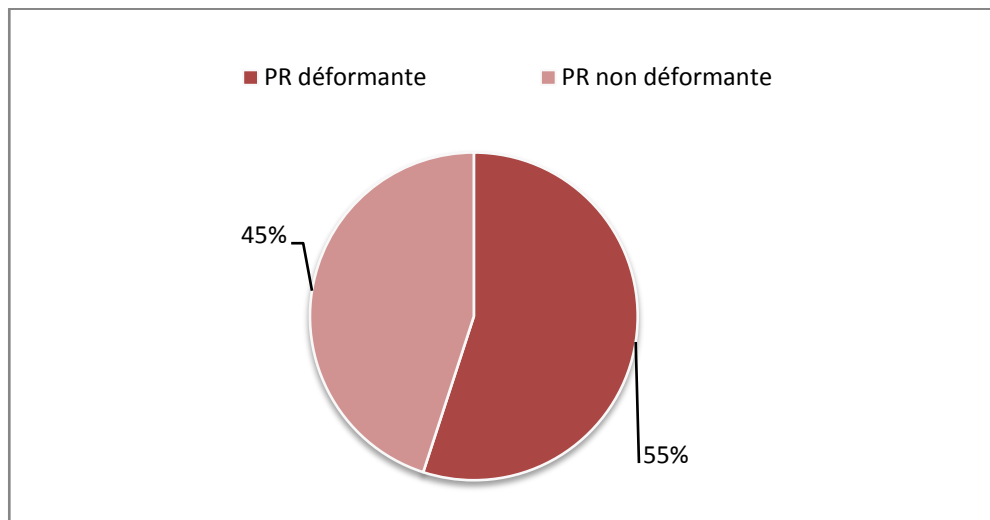


**Figure 10:** La durée d'évolution de la PR

### 2.4. Atteinte Articulaire et structurale de la PR :

#### a. Caractère déformant :

De façon globale, l'atteinte était poly-articulaire bilatérale et symétrique dans plus de la moitié des cas (83%). Dans l'étude présente, 94.3% des patients avaient une arthrite des petites et moyennes articulations (poignets et MCP) de la main. 55% des patients avaient une PR déformante.



**Figure 11** : Répartition des patients selon le caractère déformant de la PR

Les déformations articulaires observées chez nos patients se présentent comme suit :



Doigt en boutonnière(103)



Pouce en Z(104)



Doigt en maillet(105)



col de cygne(106)

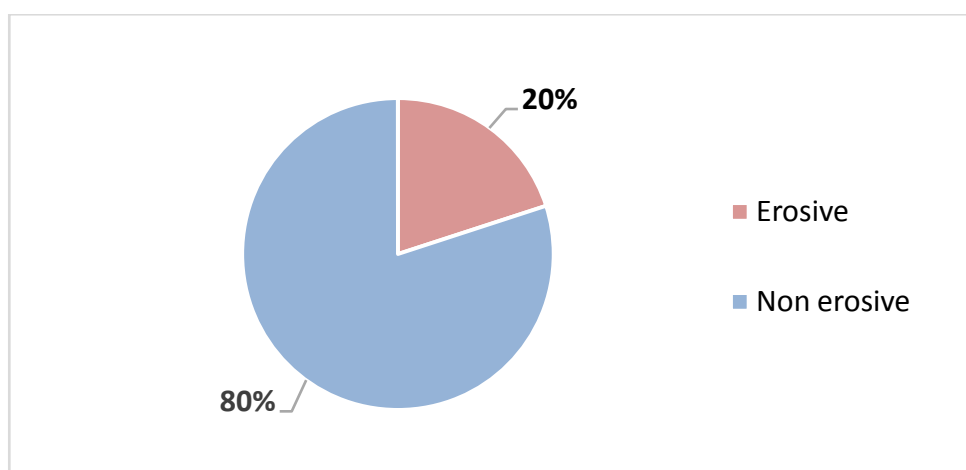
La déformation articulaire la plus fréquente chez soit 40% de nos patients était « le doigt en Boutonnière »

**Tableau II : Répartition des déformations observées chez les patients**

Déformation	% des patients
Doigt en Boutonnière	40%
Pouce en Z	28%
Doigt en maillet	20%
Col de cygne	8%

**b. Caractère érosif :**

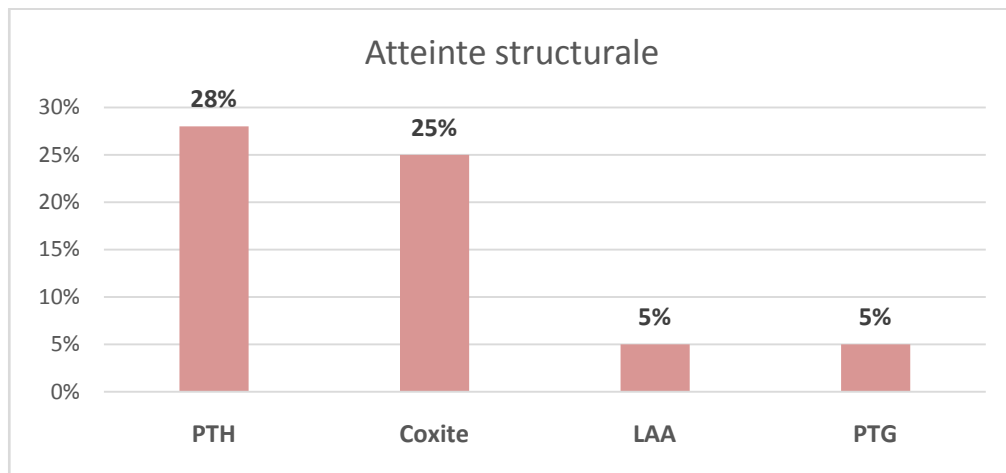
Dans cette étude, 20% des patients avaient une PR érosive



**Figure 12 : Répartition des patients selon le caractère déformant de la PR**

**c. atteinte structurale :**

L'atteinte de l'articulation de la hanche et du rachis cervical sont rares dans la PR. Ce sont des atteintes qui peuvent mettre en jeu le pronostic fonctionnel et/ou vital à long terme. 25% de nos patients étaient atteints d'une coxite, alors que 5% présentaient une LAA (luxation altoïdo-axoïdienne) sans troubles neurologiques.

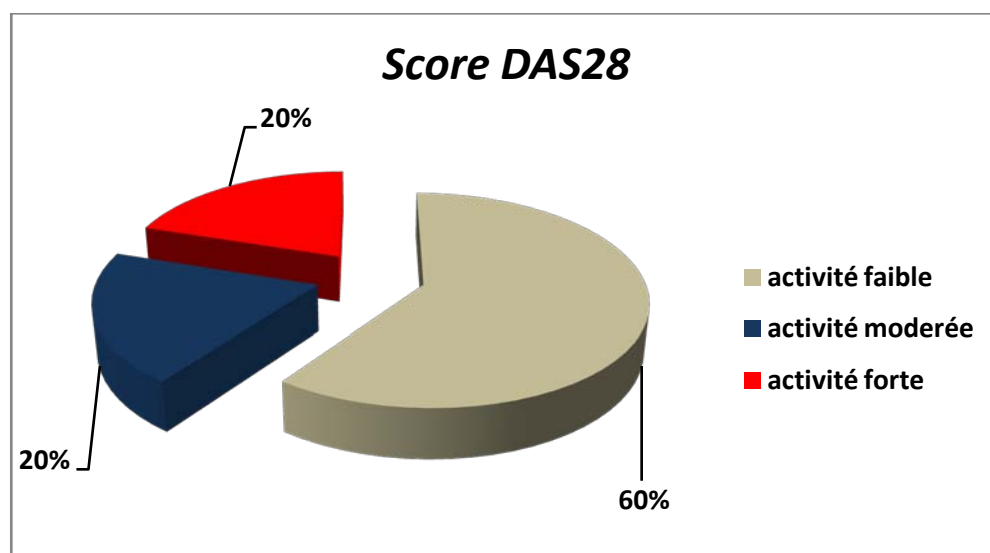


**Figure 13** : Répartition des patients selon l'atteinte structurale de la PR

## 2.5. Activité et sévérité de la PR :

### a. **Disease Activity Score(DAS) 28 :**

L'activité de la maladie a été évaluée par le score de DAS28. Une activité faible est définie par un DAS28 entre 2,6–3,2, une activité modérée entre 3,2–5,1, une activité forte est d'une valeur de DAS28 supérieure à 5,1.

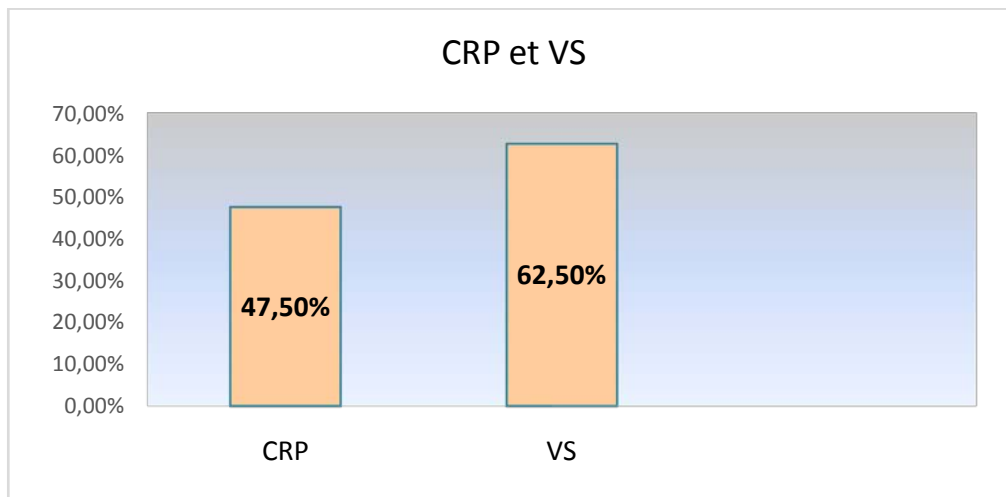


**Figure 14** : Répartition des patients selon l'activité de la PR par le DAS28

**b. Activité biologique de la PR :**

*b.1. La protéine C-réactive (CRP) et la vitesse de sédimentation (VS) :*

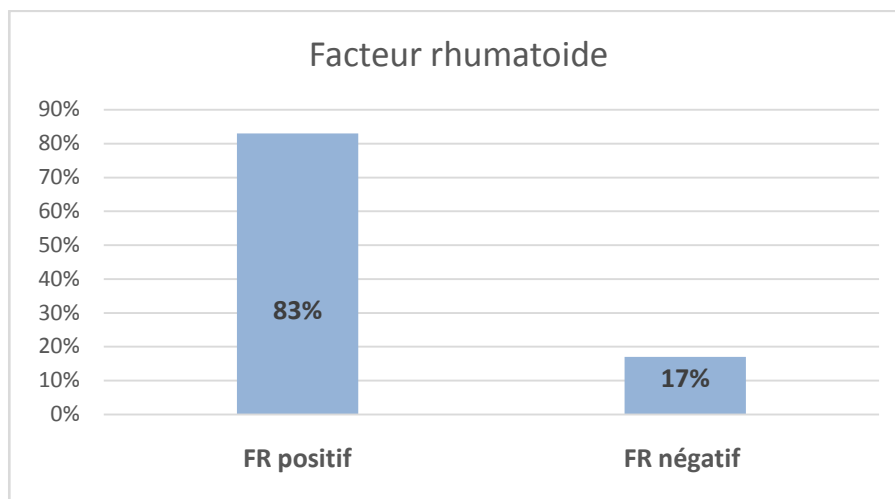
Dans notre échantillon 47,5% des patients avaient une valeur de CRP positive de moyenne de 13,62mg/l, 62,5% avaient une VS positive de moyenne de 27,05 mm/h.



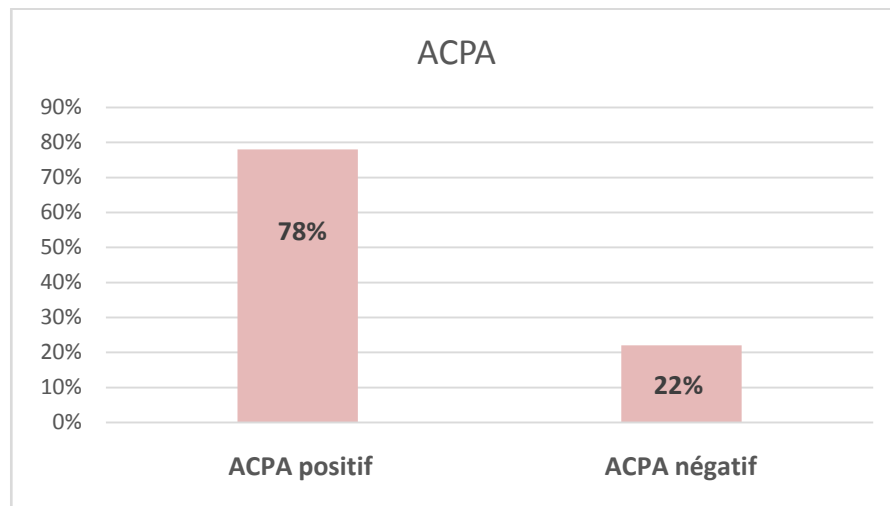
**Figure 15 :** Répartition des patients selon la positivité de la CRP et de la VS

*b.2. Sérologie rhumatoïde : Facteur rhumatoïde (FR) et Anti-CCP*

Plus de 70% de nos patients étaient séropositifs.



**Figure 16 :** Répartition des patients selon la présence de FR



**Figure 17 : Répartition des patients selon la présence d'ACPA**

**2.6. Indice fonctionnel de Health assessment questionnaire (HAQ) :**

Le HAQ est le questionnaire d'évaluation de la santé et la QDV en rhumatologie. Des scores HAQ croissants indiquent une détérioration du fonctionnement, 0 indiquant une absence de déficience fonctionnelle et 3 une déficience complète.

Dans notre étude le score de HAQ était supérieur à 0,5 chez plus de 90% des patients avec un moyen de 1,52 (1-2,70).

**3. Traitements reçus :**

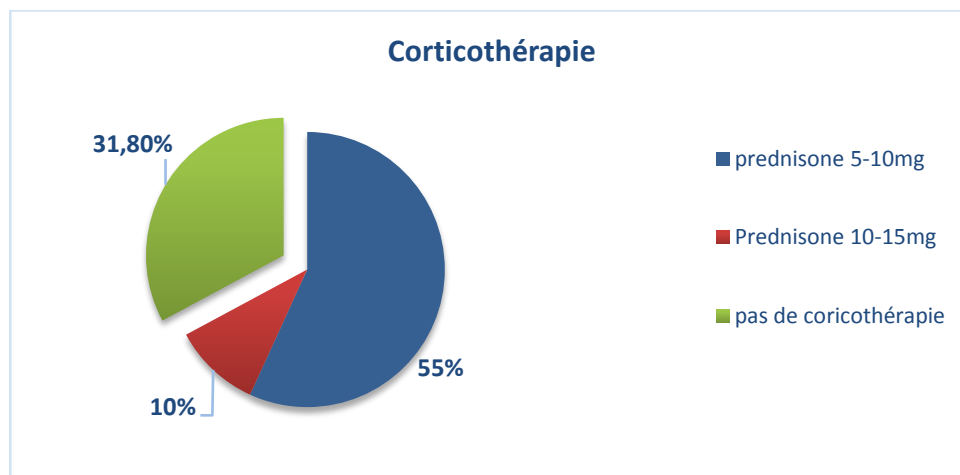
**3.1. Traitements symptomatiques :**

**a. AINS (Anti-inflammatoires non-stéroïdiens) :**

Dans notre étude, 70% des patients ont reçus des AINS comme traitements antalgiques.

**b. Corticothérapie :**

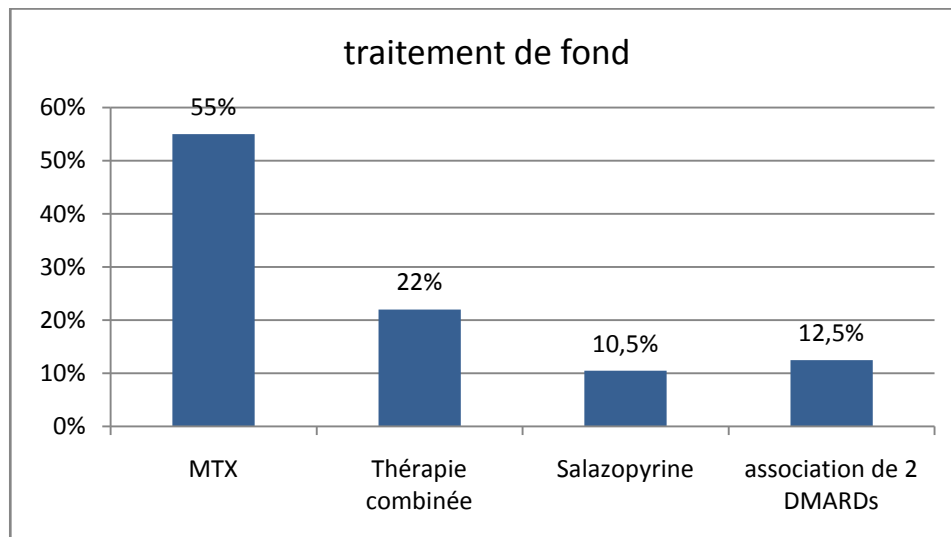
Parmi nos 40 patients, 68,2% étaient sous corticothérapie à dose moyenne de 7,5mg/j sur une durée moyenne de prise de 7,2ans.



**Figure 18** : Répartition des patients selon la dose administrée de la CTC

### 3.2. Traitement de fond :

Dans notre étude, 97,5% des patients étaient sous DMARDs à base de Méthotrexate (MTX) et/ou de sulfasalazine (Salazopyrine), Plus de la moitié (soit 55%) ont reçu une monothérapie sous MTX, tandis que 22% ont reçu une thérapie combinée (DMARDS+biothérapie). La biothérapie utilisée était le rituximab (Mabthera).



**Figure19** : Le traitement de fond reçu par les patients en < 6mois

Au total, nous avons inclus 40 patients atteints de PR. L'âge moyen était de 51,7ans (30-80ans) avec une prédominance féminine (85% des cas). La durée moyenne d'évolution était de

7,97 ± 6,8 ans (1–20ans). Nous avons relevé 92,2% marié, 5,2% veufs, 2,6% célibataires. Le salaire moyen était de 2540,80 Dhs (0–9000). 50% des patients étaient illettrés. Le HAQ moyen était de 1,52(1–2,70). Le DAS28 moyen était de 2,8 (activité faible). La vitesse de sédimentation était de 27,05mm/h (6–91). Concernant l'activité professionnelle, 95% des femmes étaient sans profession, alors que 62,5% étaient des hommes retraités. Le facteur rhumatoïde était positif dans 83% des cas. Les ACPA étaient positifs dans 78% des cas. Le caractère érosif de la PR est retrouvé dans 20% des cas. 68,2% étaient sous corticothérapie à dose moyenne de 7,5mg/j sur une durée moyenne de prise de 7,2 ans. 97,5% étaient sous DMARDs.

### III. Croyances et Peurs selon les réponses des patients :

#### 1. Les Croyances :

##### 1.1. Facteur(s) responsable(s) de la maladie:

- Plus de la moitié de nos patients ont des croyances culturelles et mythiques (djinn, ensorcellement, mauvais œil) quant aux facteurs responsables de la maladie, alors que 25% des patients attribuent l'apparition de leur PR à l'hérédité et/ou un antécédent familial d'arthralgie.
- 22,5% ont des croyances sur la prédisposition génétique.

**Tableau III : Croyances des patients et facteurs responsables de la PR**

Croyances à propos des facteurs responsables de la PR	Patients en %
Croyances culturelles (mauvais œil, djinn, ensorcellement)	52,50
Un membre de la famille à la même maladie (héréditaire)	25
Un membre de la famille à une arthralgie (arthralgie familiale)	25
Prédisposition génétique	22,5
Maladie cancéreuse	2,5
Problème intestinal	2,5
Maladie auto-immune (Crohn familial)	2,5

**1.2. Facteur(s) déclenchant(s) de la maladie :**

- Plus de 80% des patients croient que la PR est déclenchée par l'environnement et spécifiquement le climat froid et le stress, alors que plus de 60% pensent que le l'activité physique et les travaux pénibles sont des facteurs déclenchants de la PR et de ses poussées.
- La dépression était mentionnée comme facteur déclenchant de la PR chez 35% des patients.

**Tableau IV : Croyances des patients et facteurs déclenchants de la PR**

Croyances à propos des facteurs déclenchants de la PR	Patients en %
Environnementaux (Froid, Humidité)	83
Psychologiques (Stress)	82,5
Activité physique/travaux pénibles	62,50
Maladie psychiatrique (dépression)	35
Régime alimentaire	12,50
Qualité de sommeil (dette du sommeil ...)	5,50
Métabolique (trouble de calcification, hypocalcémie)	3
Mode de vie (alcool, tabac, ...)	2,5
Vaccination (Hépatite B ou autre)	0,80

**2. Les peurs :**

**2.1. Peurs de l'évolution de la maladie :**

- Parmi nos 40 patients, 80% craignaient l'évolution imprévisible de la PR, la variabilité de ses exacerbations et les déformations physiques qui en résultent.

**Tableau V : Peurs concernant l'évolution de la PR**

peurs concernant l'évolution de la PR	Patients en %
Déformation physique, ankylose	82,5
Rapidité d'évolution des exacerbations	80,2
Recrudescence de la maladie ou des exacerbations	80
Imprévisibilité de l'évolution de la maladie	80
Invalidité	48
Extensions/ autres articulations ou autres organes	22,5
Réduction espérance de vie	15

**2.2. Peurs concernant l'impact de la maladie :**

- Concernant l'impact socio-économique de la maladie, plus des deux tiers des patients ont peur de perdre leur autonomie, d'être une charge pour la famille, voire devenir incapable de s'occuper de leurs enfants.

**Tableau VI : Peurs liées à l'impact de la PR**

La peur concernant l'impact de la PR	Patients en %
Dépendance /perdre l'autonomie	67,5
Être incapable de s'occuper de ses enfants	57,5
Une incapacité ou une déformation	50
Incapacité à faire des projets	25
Besoin de modifier l'environnement	20
Les relations sociales	18
Être abandonné par son partenaire	15
Perte d'emploi et de la sécurité financière	15
Décisions médico-militaires	10
Incapacité d'entreprendre une relation sentimentale	8
Grossesse et procréation	5

**2.3. Peurs liées aux effets secondaires des traitements :**

Les peurs liées aux effets secondaires des traitements reçus, voire du risque lié à la CTC étaient présent chez plus de 75% de nos patients, 28% avaient une crainte de la tératogénicité et 15% ont exprimé le souci du risque de stérilité.

**Tableau VII : Peurs liées aux effets secondaires des traitements**

Peurs liées aux effets secondaires des traitements	Patients en %
Souci des effets indésirables spécifiques	88
Risque par rapport à la CTC	78
Besoin de changer le traitement pour ses effets secondaires	75
Risque pour le fœtus	28
Risque de stérilité ou d'infertilité	15
Risque de cancer (osseux)	2,50

**2.4. Peurs liées à l'efficacité des traitements :**

Plus des deux tiers des patients ont des peurs liées à l'efficacité des traitements à long terme, 33% des patients ont eu recours aux thérapeutiques traditionnelles avec le traitement médicamenteux, alors que 18% utilisaient ses thérapeutiques seules.

**Tableau VIII : Peurs liées à l'efficacité du traitement**

Peurs liées à l'efficacité du traitement	Patients en %
Traitement non curatif à long terme	85
Perte de l'efficacité au fil du temps	80
Traitement non efficace	70
Action immédiate du Traitement	70
Besoin de changer le Traitement pour plus d'efficacité	42,5
Thérapeutiques traditionnelles avec le Traitement médicamenteux	33
Être le Traitement de « dernière chance »	25
Thérapeutiques traditionnelles seules	18

### 3. Alliance thérapeutique :

- L'alliance thérapeutique dépend selon plus de 80% des patients de la qualité d'information délivrée par leur médecin, des effets secondaires et du coût des traitements.

**Tableau IX : les déterminants de l'alliance thérapeutique selon les patients**

Alliance thérapeutique dépend de la qualité d'information	95,10%
Alliance thérapeutique dépend des effets secondaires	82,20%
Alliance thérapeutique dépend du coût	82,20%



*DISCUSSION*



La PR est le RIC de l'adulte le plus fréquent. C'est une pathologie auto-immune qui affecte près de 1% de la population mondiale et se caractérise par une inflammation articulaire, des altérations cartilagineuses et osseuses notamment associées à des douleurs chroniques articulaires, souvent résistantes aux thérapeutiques actuelles. Que ce soit à un stade préclinique, ou à un stade établi de la pathologie, ces douleurs constituent un réel handicap pour les patients atteints. La stratégie thérapeutique actuelle vise en premier lieu à diminuer l'activité et arrêter la progression de la maladie.

La PR est une maladie avec une hétérogénéité importante compliquant ainsi sa prise en charge thérapeutique. Il est possible de rencontrer des formes bénignes et des formes très agressives. La PR est aussi une maladie systémique susceptible d'atteindre, en l'absence de traitement, de multiples organes. Son évolution et son pronostic ont considérablement bénéficié, au cours de cette dernière décennie, d'une meilleure compréhension de sa physiopathologie et de ses traitements majeurs.(3)

Par son potentiel destructeur et son évolution par poussée, la PR se présente comme un rhumatisme inflammatoire avec un haut risque fonctionnel .(4) En effet, le caractère chronique de ces rhumatismes, la variabilité des manifestations et l'impossibilité de prédire de manière précise l'évolution de ces maladies et la survenue de poussées, sont autant de facteurs qui peuvent avoir un réel impact sur la vie quotidienne des patients. Cet impact a largement été décrit, aussi bien pour les aspects sociaux que physiques. (5)

La PR est une source potentielle d'un handicap important, dans les formes sévères notamment, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Globalement, c'est une pathologie qui retentit sur la QDV, sur la capacité de travail et à long terme sur l'espérance de vie (1). Au bout de cet impact psychosocial négatif de la PR, les patients peuvent développer des croyances et des peurs subjectives à propos de leur maladie, ses causes, son évolution qui risquent de ralentir leur capacité d'adaptation avec la maladie et d'adhérence thérapeutique. Ces peurs et croyances peuvent les détourner des traitements et recommandations qui leur sont faites pour traiter les

symptômes et surtout contrôler l'inflammation. Elles peuvent retarder leur prise en charge optimale, et augmenter leur stress connu pour influencer négativement l'évolution de la maladie.

Une revue de littérature sur les peurs et les croyances chez les patients atteints de PR (6) a montré que les croyances des patients sont liées à l'impact de la maladie et l'alliance thérapeutique. Malgré l'intérêt croissant des rhumatologues pour la perspective des patients au cours de la dernière décennie et l'utilisation des résultats rapportés par les patients dans l'évaluation de la PR, les principales craintes et croyances de ce groupe de patients et leurs conséquences sur les résultats du traitement ne sont pas claires.(6) En effet, Cette étude qualitative a permis d'identifier une série de croyances et de peurs relatives à la maladie, son impact, son évolution, ses traitements chez les patients atteints de PR, et nombreuses de ces perceptions peuvent être considérées comme inappropriées d'un point de vue médical.

Le protocole suivi dans notre étude est similaire à celui d'une étude antérieure descriptive faite sur une population d'au moins 1000 malades souffrant de PR et de SPA, interrogés lors d'entretiens face à face, suivant un questionnaire traitant des «Opinions et Craintes des patients souffrant de RIC » (QOC-RIC). En concordance à notre objectif d'étude, la finalité de cette étude était de décrire les craintes et les opinions d'un échantillon représentatif de patients souffrant de RIC en France en 2014, et d'explorer les opinions et craintes en fonction de variables démographiques et de la maladie sous-jacente (PR, SPA).(7)

## **I. Caractéristiques sociodémographiques :**

### **1. Age et Sexe :**

D'après des études épidémiologiques, la PR est observée trois fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Elle est le plus souvent diagnostiquée au cours de la troisième à cinquième décennie de la vie(8). L'âge d'apparition de la maladie chez les femmes adopte une distribution aléatoire avec un pic à l'âge de 45-54 ans et un déclin relatif à un âge plus avancé.

Dans notre étude, les femmes représentent 85% de la population étudiée contre 15% des hommes. Ce pourcentage fait presque six fois de prédominance féminine dans l'atteinte de PR. La moyenne d'âge était de 51,7 ans. La tranche d'âge la plus fréquente soit 33% de l'échantillon était entre 41-50 ans, 23% des sujets étaient âgés de plus de 60 ans, alors que 18% de l'échantillon était âgé de moins de 40 ans.

## **2. Niveau socioéconomique :**

Il a été constaté qu'un faible statut socioéconomique (SSE) est associé à de plus mauvais résultats cliniques, à une diminution de la capacité fonctionnelle et de la QDV, mais on en sait moins sur l'association entre le SSE et le développement de la PR. Dans la population générale, les personnes issues d'un milieu socioéconomique défavorisé sont plus susceptibles d'avoir des habitudes toxiques, d'avoir un IMC plus élevé, d'avoir plus de carences en certains nutriments et sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques, telles que l'asthme et le diabète.(9) Ces facteurs se sont également avérés être associés à la PR et doivent être pris en compte lors de l'étude de l'association indépendante entre le SSE et la PR, ce qui pourrait éclairer les interventions futures visant à prévenir ou à réduire le risque de développer une PR. Seulement quelques études de cas-témoins et de cohortes ont étudié l'association entre le SSE et le risque de développer une PR.(10,11).Une association entre un SSE élevé et un risque plus faible de développer une PR a été trouvée plus prononcée chez les patients qui ont développé une PR à FR positif que chez les patients qui ont développé une PR à FR négatif. Parmi nos 40 patients, 63% ont un niveau socioéconomique classé comme bas, lié à un niveau d'instruction bas (soit 50% des patients sont illettrés) et sans activité professionnelle. Ces résultats concordent avec ceux des études précédemment citées, dont la population de patients atteints de PR incluse était des femmes au foyer d'un niveau d'instruction bas et d'âge moyen entre 50 et 60ans. Selon ces études, l'éducation pourrait devenir un marqueur plus fiable du SSE dans un avenir proche.

## **II. Caractéristiques de la PR et thérapeutiques :**

### **1. Délai du diagnostic :**

Le diagnostic de la PR est posé devant un faisceau d'arguments cliniques et para cliniques.(12) L'évolution de cette affection se fait par poussées entrecoupées de rémissions avec diverses manifestations cliniques. La variabilité de présentation clinique et d'évolution de la PR peut être un facteur de retard à la consultation par les patients, et par la suite du délai de diagnostic. Dans notre étude, le délai moyen du diagnostic était de 30,5 mois. Ce retard pourrait être dû probablement à des facteurs liés au patient et/ou au médecin. Dans une étude transversale faite en Afrique à propos du profil et de la qualité de vie des patients atteints de PR, le délai diagnostique long était lié au retard de consulter ;Car dans ces pays, les patients consultent souvent les tradipraticiens avant les médecins.(13)

Cependant, les retards de diagnostic et de prise en charge de la PR peuvent aussi provenir de la consultation médicale différée par les patients. Dans ce sens, les patients atteints de PR ne consultent pas les Rhumatologues dès l'apparition des symptômes et les médecins non-Rhumatologues (généralistes le plus souvent) n'orientent par les patients vers les Rhumatologues.(14)(15)Ainsi, doit-on apprécier la place des médecins généralistes dans la prise en charge de la PR parce qu'ils sont souvent les premiers à évaluer les patients. Selon une revue de littérature sur la prise en charge de la PR en médecine générale, le délai entre le début des symptômes et le début du traitement de fond dont la médiane est de 19 mois, était principalement dû au délai de prise en charge par le rhumatologue. Par ailleurs, les traitements de fond de la PR étaient rarement prescrits par les médecins généralistes.(16)

Dans notre contexte, une étude menée à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech en 2017 avait conclu que les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de la PR semblent être sous optimales et mal concordantes avec les recommandations de bonnes pratiques, ce qui rend le délai du diagnostic très long au Maroc.(17)

Ainsi, reconnaître la nécessité d'une demande d'avis ou de prise en charge appropriée dans le temps doit donc être un objectif important de la formation des médecins généralistes et des étudiants. Une réflexion et un travail commun entre les médecins généralistes et les rhumatologues sur la prise en charge de pathologies rhumatologiques telle la PR en médecine générale doivent être encouragés pour une meilleure coordination de soins ; et des efforts supplémentaires doivent être faits pour sensibiliser les médecins généralistes à l'adhésion aux recommandations de bonnes pratiques.

## **2. Présentation clinique de la PR :**

### **2.1. Atteintes articulaires :**

La PR se manifeste par une polyarthrite bilatérale, symétrique et distale. Elle concerne en général plus de 3 articulations : En particulier les poignets, les articulations métacarpo-phalangiennes ou inter-phalangiennes proximales, et les métatarso-phalangiennes. Le patient décrit des douleurs inflammatoires et l'examen objective des synovites. À la phase du début, les lésions sont douloureuses mais réversibles. Les phases inflammatoires évoluent par poussées successives favorisées par les infections, le stress, et les interventions chirurgicales. En l'absence de traitement adapté, les articulations sont déformées par ces poussées inflammatoires du fait de la destruction du cartilage articulaire et des lésions tendineuses touchées. L'atteinte des mains est la plus fréquente et souvent inaugurale (90% des cas). La corrélation entre les déformations et la fonction de la main n'est pas bonne, certains malades ayant des mains très déformées conservant une fonction satisfaisante. Une maladie active entraîne une déformation des articulations, une invalidité et une exclusion sociale chez un nombre considérable de patients ce qui influence négativement la QDV en augmentant l'anxiété des patients. Les déformations les plus typiques aux mains sont le pouce en Z (hyper flexion de la 1<sup>ère</sup> métatarso-phalangienne), les doigts en maillet, en col de cygne, en boutonnière (rupture des extenseurs et fléchisseurs des doigts). Dans notre étude, 94.3% des patients avaient une arthrite des petites et

des moyennes articulations (poignets et MCP) de la main, dont 55% ont présenté des déformations articulaires au niveau des mains à type de : doigt en boutonnière, pouce en Z, doigt en maillet, col de cygne. Tandis que 20% des patients avaient une PR érosive avec une atteinte articulaire infra clinique. Plus de la moitié de nos patients avaient une coxite. L'atteinte précoce de l'articulation de la hanche est rare, mais peut causer un handicap sévère chez 50 % des patients atteints de PR où elle est observée. La douleur de la hanche chez les patients atteints de PR peut être due à une atteinte des bourses, c'est-à-dire des bourses trochantériennes, iliaques ou ischiatiques.(18) La synovite avancée de la hanche entraîne un handicap sévère car le patient ne peut pas marcher et effectuer toutes les activités de la vie quotidienne basées sur la rotation et l'abduction de la hanche.

Ce caractère déformant de la PR et le handicap en résultant étaient sources de peur et d'anxiété inévitables quant à l'évolution de la maladie chez plus de 80% de nos patients.

## **2.2. Comorbidités :**

Les comorbidités traduisent le caractère systémique de la maladie rhumatoïde qui peut toucher de nombreux tissus. Elles sont parfois au premier plan et la gravité de certaines localisations peut mettre en jeu le pronostic vital. Ces manifestations systémiques s'observent surtout dans les polyarthrites érosives, nodulaires, anciennes, fortement séropositives et ayant des anticorps antinucléaires. Les comorbidités ont pris de l'importance pour les médecins et les chercheurs parce qu'elles influencent la QDV du patient, l'efficacité du traitement et le pronostic de la maladie primaire.

Plusieurs études ont montré l'impact des comorbidités dans l'évolution naturelle de la PR. Elles sont observées à un taux plus élevé que prévu dans la PR par rapport à la population générale (ex. Maladies cardiovasculaires liées à l'athérosclérose, ostéoporose, dépression, infections, lymphome, cancer du poumon...).

Les Maladies cardiovasculaires liées à l'athérosclérose sont les comorbidités les plus fréquentes et les plus graves. Elles sont responsables de 50 % de la mortalité accrue observée dans la PR par rapport à la population générale.

L'incidence du risque cardio-vasculaire chez les patients atteints de la PR est liée généralement à l'augmentation des facteurs de risque classiques (tabagisme, hypertension, diabète, corticothérapie) mais aussi au mécanisme sous-jacent de l'inflammation au cours de la PR et/ou les traitements proposés.(19) Dans notre étude, on a rapporté deux principaux facteurs de risque cardiovasculaire, le diabète de type 2 (12%) et l'hypertension artérielle (12%). 63% des patients ne présentaient aucune comorbidité, 5% ont une ostéoporose, et 3% souffraient d'un syndrome dépressif minime. Selon une étude réalisée au service de rhumatologie à l'hôpital militaire Avicenne à Marrakech, le tiers des patients étaient diabétique et suivi pour une dyslipidémie Cette étude a montré que 90 % des patients PR sont à risque cardiovasculaire faible , ceci étant dû probablement à l'âge jeune , le profil dyslipidémique correct, la prédominance féminine , l'absence de tabagisme , la faible dose de corticoïdes et l'activité faible de la PR

### **3. Activité de la PR :**

#### **3.1. Syndrome biologique inflammatoire :**

Les paramètres biologiques de l'inflammation sont actuellement parmi les meilleurs facteurs pronostiques de l'évolution d'une PR débutante. La vitesse de sédimentation (VS) et la protéine C réactive (CRP) sont sélectionnées par la plupart des études, que ce soit par les analyses uni-variées ou surtout multi-variées.

Il existe dans 90 % des cas de PR un syndrome inflammatoire non spécifique (20), avec augmentation de la VS et/ou de la CRP. La normalité de ces examens n'élimine toutefois pas le diagnostic. Dans notre échantillon 47,5% des patients avaient une valeur de CRP positive de moyenne de 13,62mg/l, 62,5% avaient une VS positive de moyenne de 27,05 mm/h. Nos résultats sont concordants avec ceux d'une étude faite récemment au service de rhumatologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech. (21)

### **3.2. Sérologie rhumatoïde : FR et ACPA**

Le facteur rhumatoïde (FR) est un anticorps anti-gammaglobulinique qui appartient le plus souvent à la classe des IgM. Il peut être aussi de type IgA, IgG, IgD ou IgE. Au début de la PR, la recherche du FR est classiquement souvent négative et se positiviserait secondairement. La présence d'un taux significatif de FR à ce stade est un élément de mauvais pronostic (22). Chez certains patients, le FR peut être présent dans le sérum sans aucune manifestation clinique et ceci plusieurs années avant le début de la PR.

Comme pour le FR, on peut mettre en évidence des anticorps anti-peptides citrullinés (ACPA) dans le sérum des patients des mois et même des années avant le début de la PR.

La recherche d'ACPA au même titre que celle du FR doit actuellement faire partie du bilan biologique initial de tout rhumatisme inflammatoire périphérique débutant (23). On parle de PR « Séropositive » en cas de positivité des ACPA et/ou du FR. Dans notre échantillon, plus de 70% des patients étaient séropositifs alors que 6,87% avaient une sérologie dissociée. Ces résultats sont proches de ceux d'une étude rétrospective faite à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech en 2018 auprès de 40 patients suivis pour la PR.(24)

### **3.3. Disease Activity Score (DAS)28 :**

L'activité de la PR définit l'importance de l'inflammation articulaire et générale à un moment donné. L'évaluation de l'activité clinique de la PR dans les études cliniques est actuellement parfaitement codifiée et repose soit sur les critères de l'American College of Rheumatology (ACR) et l'on parle de patients répondeurs ACR 20%, ACR 50% ou ACR 70 % en fonction de l'importance de cette réponse, soit sur les critères européens de l'EULAR basés sur le score d'activité DAS (Disease Activity Score).(25) Pour plus de commodité, on recommande pour évaluer l'activité clinique de la PR au quotidien d'utiliser un score composite validé (score DAS évalué sur 28 articulations) et/ ou ses composants (Nombre des articulations douloureuses et gonflées, l'évaluation de la santé globale du patient (EVA de 0 à 100), la VS ou la CRP).(26) Une activité élevée est définie par un  $DAS_{28} > 5,1$ , une activité modérée par un  $DAS_{28}$  entre  $]3,2-5,1]$ , une faible activité par un  $DAS_{28} \leq 3,2$  et une rémission par un  $DAS_{28} < 2,6$ . Il existe

également une version du DAS28 à 3 variables sans la santé globale. Dans notre échantillon, la moyenne du DAS était de 2,8. La majorité des patients avaient une PR de faible activité, alors que 20% avaient une PR très active. Ceci pourrait être dû à l'âge jeune, une bonne adhérence au traitement, l'absence du tabagisme, une courte durée d'évolution de la PR, l'absence de comorbidités chez la majorité des patients. Ces résultats sont discordants avec ceux d'une étude faite à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech en 2007 sur « la qualité de vie chez les patients atteints de PR » qui a montré une grande part des PR active, voire plus de la moitié des malades avaient une PR très active et plus du tiers avaient une PR modérément active. Cette différence pourrait être due au choix de la période d'étude, étant donné que la population étudiée provenait du milieu hospitalier et déterminait donc une gravité potentielle de la maladie.

#### **4. Stratégie thérapeutique de la PR :**

L'objectif principal du traitement de la PR est de contrôler l'activité de la maladie, de réduire la douleur, de prévenir et contrôler les destructions articulaires, de prévenir la perte de fonction dans les activités quotidiennes et au travail et d'optimiser la QDV.(27)

La société marocaine de rhumatologie(SMR) avait élaboré, sur la demande de l'Agence d'Assurance Maladie (ANAM) des recommandations de bonnes pratiques médicales pour la prise en charge de la PR, qui sont composées de trois principes généraux et de 14 recommandations. Celles-ci mettent le point sur l'importance du diagnostic précoce et du contrôle rapproché des patients jusqu'à l'obtention de l'objectif qui est la rémission ou au moins un faible niveau d'activité de la maladie.

La stratégie adoptée consacre le méthotrexate (MTX) en monothérapie comme traitement de première ligne. La corticothérapie est utilisée comme traitement d'appoint pour atteindre la rémission et doit être arrêtée le plus tôt possible. En cas d'échec au MTX (absence de réponse en 3mois ou objectif non atteint à 6 mois), recourir à un traitement de fond synthétique à base de léflunomide ou sulfasazaline, voire opter pour une association de traitements de fond ou de

méthotrexate en plus d'une biothérapie tout en tenant compte des facteurs pronostiques et des caractéristiques des patients. En cas d'échec d'une première biothérapie, une deuxième biothérapie est recommandée. Enfin, une fois la rémission persistante est atteinte, les traitements de fond peuvent être diminués mais prudemment.

#### **4.1. La corticothérapie :**

Plus des deux tiers de nos patients étaient sous corticothérapie à la dose moyenne de 7,5mg/j sur une durée moyenne de prise de 7,2 ans. Selon les recommandations de la SMR(28), les corticoïdes doivent être considérés comme faisant partie de la première approche thérapeutique. Les faibles doses se réfèrent principalement à des doses de prédnisone inférieures ou égales à 7,5 mg/jour. De plus, les corticoïdes ont montré leur capacité avérée à amplifier la réponse clinique et l'efficacité structurale lorsqu'ils sont combinés aux DMARDs. Il faut cependant retenir que l'utilisation des corticoïdes est considérée comme une thérapie de liaison ou d'appoint (bridging therapy) et il faut limiter leur utilisation à 6 mois au maximum. De nombreuses études ont montré un sur-risque d'infections sévères lié aux corticoïdes même en cas de dose faible de prédnisone (5mg/jour). Dans notre échantillon, la majorité (soit 55%) des patients ont reçu des doses entre 5 et 10mg de corticothérapie. Cependant, 20% des patients ont présenté des effets indésirables aux traitements reçus y compris deux cas causés par la corticothérapie (cataracte cortisonique). Deux études récentes ont également montré une augmentation de la mortalité associée à l'utilisation des corticoïdes pour des doses >5 mg/j [(29),(30)]. Les corticoïdes ne sont pas recommandés en monothérapie et ne doivent être utilisés que dans des cas exceptionnels, lorsque tous les autres traitements de fonds ont contre-indiqués.(31) Pourtant, les infiltrations intra-articulaires de corticoïdes sont fréquemment une alternative ou une thérapie adjuvante. Elles gardent une place de choix dans la gestion d'une mono-arthrite ou d'une ténosynovite échappant au traitement systémique et peuvent améliorer les symptômes et l'inflammation locale avec l'avantage important d'avoir peu d'effets secondaires.

#### **4.2. Le traitement de fond :**

Les traitements de fond de la PR sont parfaitement codifiés, ils reposent sur les recommandations de la SMR. Ils sont appelés « DMARDs » (Disease modifying anti-rheumatic drugs). Il s'agit de molécules chimiques dont le rôle consiste à réduire, voire contrôler les manifestations inflammatoires cliniques de la maladie et à freiner son évolution. Leur efficacité est en général retardée (un à trois mois), suspensive, inconstante, et épuisable, obligeant à changer de molécule. Ils doivent donc être constamment adaptés à l'activité inflammatoire et à la sévérité de la maladie. Dans notre étude, 97,5% des patients étaient sous DMARDs. Le MTX constitue le traitement de fond classique le plus utilisé et ce chez plus de la moitié de notre échantillon. Dans deux études menées au CHU de Rabat, le MTX était utilisé chez 65% à 76,2% des patients(32,33). Une étude menée en France montre que le pourcentage d'utilisation du MTX était de 70%(34). Dans une étude menée à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech en 2020, le pourcentage était de 81 % (35). Au Maroc, par manque d'information, et par manque d'accès au soin, beaucoup de patients tardent à consulter, perdant ainsi cette fenêtre d'opportunité.

##### **a. La stratégie thérapeutique non pharmacologique :**

Pour ce faire une prise en charge globale de la PR, un grand nombre de disciplines selon l'évolution de la maladie sont nécessaires. Les prises en charge physiques, psychologiques et chirurgicales sont proposées de manière complémentaire et sont indissociables des mesures sociales et professionnelles. Un versant psychosocial est aussi essentiel avec l'implication active du patient où l'éducation thérapeutique de ce dernier sera au cœur de la prise en charge. Afin de couvrir ces différentes approches, la Haute Autorité de santé (HAS) propose d'élaborer trois recommandations pour la pratique clinique concernant la prise en charge de la PR: prise en charge au début(36), prise en charge en phase d'état(37), aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie, et aspects médico-sociaux et organisationnels.(38) La stratégie thérapeutique non pharmacologique doit être définie et adaptée au même titre que le traitement pharmacologique et doit prendre en compte le projet du patient. Elle nécessite une évaluation

clinique de la douleur, des déficiences et incapacités fonctionnelles, de l'état psychologique et de l'environnement social et professionnel du patient.

La prise en charge pluridisciplinaire est définie comme un travail coordonné autour du patient par une équipe de professionnels aux compétences complémentaires, intervenant de manière synergique et coordonnée, le plus souvent dans une même unité de lieu. Outre la prise en charge médicale de la PR et celle de la douleur, des séances d'éducation thérapeutique, un programme de rééducation et de réadaptation, la physiothérapie, des conseils diététiques, un suivi psychologique, des entretiens d'assistance sociale, des consultations chirurgicales peuvent être proposés en fonction des besoins du patient.

Dans notre contexte, le recours aux thérapeutiques non-pharmacologiques se concentre plutôt sur les médecines traditionnelles comme l'utilisation des plantes médicinales, la thermothérapie, la saignée, etc. L'usage de ces remèdes accompagne le plus souvent les traitements médicaux, mais peut dans certains cas se substituer au traitement habituel ce qui n'est pas sans danger. Les patients qui choisissent ces procédés thérapeutiques ont l'impression de diriger leurs soins et donc de ne pas être passifs. Ils sont satisfaits d'être les acteurs de leur santé et de leur guérison, si elle survient. En effet, ces conduites alternatives sont aussi souvent justifiées selon les patients par l'inefficacité présumée selon leurs croyances, du traitement médicamenteux prescrit ou par la peur des effets secondaires potentiels des traitements. L'échec du traitement médical à répondre aux attentes de ces patients, est ainsi un facteur dans leur croyance dominante que tout ce qui a une chance d'améliorer leur état et peu de chances de l'aggraver, mérite d'être tenté, qu'il s'agisse de médecine ou de pratiques alternatives.

**b. Coût des traitements et adhérence thérapeutique :**

A travers l'étude des différents traitements instaurés, nous avons constaté une grande part de la médecine traditionnelle pratiquée chez 33 % de nos malades. Ceci pourrait être aussi expliqué par le bas niveau d'instruction de ces patients et 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 le cas des patients résidents en milieu rurale où l'offre de « soins » par des « guérisseurs » dépasse de loin l'offre par les établissements de soins de santé en particulier du secteur public. 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 (39). Il reste à préciser que ce pourcentage de patients recrutés et adhérents à ces pratiques reste inférieur aux pourcentages attendus(39). 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 PR, le recours à de tels pratiques peut aggraver 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 18 % des patients avaient rapporté des arrêts de traitement de fond et ceci de façon épisodique dans 42 % des cas. Le coût élevé des thérapeutiques de fond a constitué la cause avancée par 82,4 % 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, pourvu qu'une corrélation statistiquement significative pourrait être mise en évidence entre l'observance thérapeutique et l'adhésion à un système d'assurance. 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.

### **III. Peurs et croyances des patients au cours de la PR :**

La croyance est le processus mental expérimenté par une personne qui adhère à une thèse ou une hypothèse, de façon qu'elle les considère comme vérité. La peur est définie comme une émotion ressentie auprès d'un danger ou d'une menace. Aussi bien chez les chercheurs dans les sciences de la santé que chez les praticiens, on s'est intéressé aux croyances alliées aux peurs, représentations et « théories profanes » du grand public concernant la santé et la maladie. On pense en effet, que ces croyances déterminent en grande partie les comportements de santé des usagers (comportements sains, comportements à risques) et leurs relations avec les professionnels de santé et avec leur maladie. Diverses approches en psychologie clinique et en psychologie sociale considèrent que ces croyances, malgré leurs lacunes et leurs distorsions de point de vue médical, jouent un rôle essentiel car elles prédétermineraient l'adoption de modes de vie sains ou à risques. Elles permettraient aux individus de croire qu'ils contrôlent leur état de santé et d'intégrer la maladie, lorsqu'elle survient dans leur histoire personnelle. Il semble que la maladie soit pour le patient une expérience subjective, et pour le médecin, la maladie est une affection dont il essaye en toute objectivité d'identifier les symptômes, le nom, la cause et d'évaluer la gravité, l'évolution et les traitements jusqu'ici les plus appropriés. Cependant, selon Pédinieli(40), il est essentiel d'étudier les conceptions, peurs et croyances des patients pour comprendre l'expérience individuelle subjective de la maladie et son sens chez le patient. Cet intérêt pour l'expérience subjective du patient module l'efficacité de toute intervention thérapeutique ultérieure (compréhension et acceptation du diagnostic et des traitements par le patient, attitude envers les soins, observance et adhésion thérapeutique, adoption de comportements sains, élaboration de stratégies de coping plus ou moins fonctionnelles, etc.). En effet, la maladie peut avoir plus d'impact en cas de croyances erronées. Les croyances et les peurs face à la maladie peuvent influencer en particulier la douleur et l'état physique. Elles peuvent aussi augmenter le stress et la dépression, ce qui, en soi, peut influencer défavorablement sur l'évolution de la maladie.(41)

En 2012, une revue systématique de la littérature a identifié tous les articles ayant abordé l'impact de la PR et des SPA sur la vie des patients adultes, et notamment leur influence sur les aspects psychologiques. Sur plus de mille résumés identifiés, seules 6 références portaient sur les peurs et croyances des patients(31). Différentes méthodologies ont été utilisées pour explorer les peurs et les croyances des patients (questionnaire écrit, interviews individuelles, ou discussions de groupes dits "focus group"). Dans notre étude, à travers des entretiens individuels avec les patients, bien que les résultats soient tirés d'un échantillon de petite taille, on a pu retenir une somme intéressante de craintes et de croyances des patients sur différents grands thèmes.

## **1. Peurs et croyances et QDV au cours de la PR :**

La PR retentit de façon considérable sur la QDV et ce, de façon plurifactorielle. Il y a d'une part, la fatigue (présente chez 50% des patients au diagnostic), les douleurs articulaires, et en cas d'évolution prolongée l'apparition de déformations articulaires aboutissant à des séquelles fonctionnelles. Elles peuvent susciter un sentiment de gêne voire de honte chez les patients, mais elles entravent aussi les relations avec autrui entraînant un sentiment de curiosité , voire parfois malheureusement de dégoût. Ce vécu de « stigmatisation » peut être pourvoyeur d'une grande détresse psychologique et entraîner un repli sur soi avec évitement social, une anxiété liée à l'apparence voire d'une dépression.

Ces dernières années, il est devenu plus clair que la réponse des patients à la maladie et leur QDV sont fortement influencées par la façon dont ils perçoivent leur état.(42) En effet, les croyances relatives à la maladie ont été associées au fonctionnement physique et psychologique dans une série de maladies chroniques((43),(44)). La recherche montre que les croyances (en particulier les conséquences perçues de la maladie) jouent un rôle important dans l'adaptation. On suggère que les croyances à propos des conséquences négatives graves de la maladie sont courantes chez les patients (45), des études montrent des associations entre ces croyances et des aspects du bien-être y compris la satisfaction dans la vie, les symptômes physiques et la

dépression (46). De fortes croyances en des conséquences négatives ont également amené à prévoir un mauvais fonctionnement physique (47) et des troubles d'humeur (48).

### **1.1. Le Catastrophisme :**

Le catastrophisme a été défini comme une attitude mentale exagérément négative, qui se construit durant une expérience en cours ou future de la douleur. Le catastrophisme, ou dramatisation, est une réponse cognitive et affective qui repose sur une expression inadéquate de la douleur. Il se caractérise par une focalisation exclusive du patient sur les aspects aversifs et négatifs de son expérience douloureuse. Il s'exprime le plus souvent par une attitude de rumination du patient sur sa propre douleur associée à un vécu véritablement obsessionnel de son propre état. Le catastrophisme entraîne une amplification de l'intensité de la douleur, des comportements douloureux, de la détresse émotionnelle, des évitements, du handicap et des prises médicamenteuses. Il y a peu d'outils d'évaluation du catastrophisme, on peut cependant noter le PCS (Pain Catastrophization Scale).

### **1.2. Evaluation de la QDV :**

Le questionnaire d'évaluation de la santé HAQ (Health Assessment Questionnaire), développé par James F. Fries et publié en 1980 par le Centre de l'Arthrite de Stanford, fait partie des premiers instruments génériques validés d'auto-évaluation du handicap des patients dans de nombreuses pathologies rhumatismales. Couramment utilisé, notamment dans la polyarthrite rhumatoïde, il est divisé selon cinq dimensions : le handicap, la douleur, les effets indésirables du traitement, le coût des soins et la mortalité. Il a été proposé de diviser les scores HAQ en catégories de pertes fonctionnelles légères ( $HAQ < 1,3$ ), modérées ( $1,3 < HAQ < 1,8$ ) et sévères ( $HAQ > 1,8$ ).<sup>(49)</sup> Dans notre étude, le HAQ moyen était modéré de 1,52. Des études récentes montrent qu'après une augmentation immédiate du HAQ au début de la PR, les scores moyens du HAQ augmentent lentement au fil du temps (0,01–0,016 unités par an), comme dans la population générale, et sont affectés par le traitement et les comorbidités.<sup>(49)(52)</sup> Cependant aucune corrélation statistiquement significative n'était établie entre le score de HAQ et les

croyances et peurs des patients. Selon une étude réalisée pour évaluer l'impact des croyances sur la maladie, On a pu isoler des facteurs protecteurs et aggravants en rapport avec ces croyances et la QDV des patients atteints de PR : les patients qui attachaient beaucoup de symptômes à la PR et qui pensaient fortement que cela allait impliquer des conséquences négatives dans leurs vies avaient une moins bonne qualité de vie. Alors que, la sensation d'avoir un contrôle sur la maladie était par contre associée à une meilleure QDV. Dans notre étude, la cohérence de la représentation de la maladie, la croyance de l'évolutivité de la maladie (par crises ou chronique) ainsi que les représentations émotionnelles de la maladie n'étaient pas associées de façon significative avec le score HAQ.

### **1.3. Corrélation entre les peurs et les croyances et la QDV :**

Les peurs et croyances sont particulièrement connues en rhumatologie mécanique notamment chez les patients lombalgiques où l'on dispose de nombreuses études. Il a été démontré que les patients catastrophistes avaient une moins bonne QDV et un handicap plus important. Moins d'études de ce type sont disponibles sur le versant inflammatoire de la rhumatologie. Nous retrouvons cependant dans deux études des arguments en faveur d'un impact négatif des croyances sur la qualité de vie des patients PR.(51,53) En effet, dans ces deux études : on retrouve un impact négatif significatif sur la QDV de certaines sous parties des croyances concernant : l'identité, les conséquences, la compréhension, l'évolutivité et les émotions associées à la maladie. En parallèle à ces études, nous avons constaté dans notre étude un impact positif de la compréhension de la maladie et de la croyance d'un contrôle de la maladie par soi-même et par les traitements sur la QDV.

## 2. Les croyances :

### 2.1. Croyances et origine de la PR :

Selon les croyances de certains de nos patients, il existerait un facteur responsable de l'apparition de leur PR. En termes pratiques, les croyances liées aux causes des rhumatismes inflammatoires chroniques peuvent influencer sur l'acceptation de la maladie.

Dans l'étude présente, plus de la moitié des patients avait des croyances culturelles quant aux facteurs responsables de leur PR. A noter que le contexte socioculturel est perçu parmi les facteurs essentiels dans la génération de croyances et représentations chez les patients à propos de la maladie ; Un nombre croissant de données sur diverses maladies chroniques soutient l'hypothèse selon laquelle les facteurs psychologiques, sociaux et culturels exercent des effets modérateurs sur l'intrusion de la maladie et son impact émotionnel. Des preuves démontrent que les facteurs culturels de développement tout au long de la vie modèrent l'impact émotionnel d'intrusion de la maladie dans la PR.(54) Dans certains cas, l'effet modérateur des syndromes culturels a été protecteur (surtout chez les jeunes). Dans d'autres, l'effet a été d'amplifier l'impact émotionnel négatif de la maladie. (10). Selon une étude française (55) à propos des croyances populaires en consultation de médecine générale, les médecins interviewés ont affirmé que les représentations de la maladie, mêlées aux croyances culturelles voire religieuses des patients peuvent amener ceux-ci à refuser certaines de leurs conduites de prise en charge. Ainsi, les interactions entre les croyances et la démarche de soins apparaissent à plusieurs niveaux. Toujours selon ces médecins ; lorsque le patient était persuadé qu'un mauvais sort est à l'origine de ses maux, il n'acceptait pas les traitements ou la démarche de soins proposée par son médecin. Entre croyances et superstitions, les croyances populaires culturelles et les savoirs traditionnels perduraient plus ou moins, bien que la société évolue surtout dans l'histoire de la maladie des personnes âgées. Allons de pair avec ces conclusions, on a constaté dans notre étude que les croyances culturelles d'interprétation superstitieuse (mauvais œil, ensorcellement, Djinns) étaient souvent prononcées par des patients d'âge avancé (soit 83% étaient entre 61-75ans). Bien que ces croyances soient fausses de point de vue scientifique, ces patients semblaient s'en tenir pour expliquer perpétuellement la cause de leur maladie. Ainsi, semble-t-il

que dans certaines couches de la population, il existerait toujours des systèmes culturels d'interprétation et de traitement du mal, et de la maladie.

En revanche, on a trouvé que 47,5% de nos patients pensaient que le facteur responsable de l'apparition de leur maladie est génétique et/ou héréditaire. C'est une croyance qui peut être jugée « vraie », soutenue par des résultats d'anciennes études qui ont montré l'implication du terrain génétique et l'histoire familial dans l'incidence des maladies, où il a été confirmé que 50 % du risque de développer la maladie serait attribuable aux facteurs génétiques.(56) Concernant la PR, un antécédent familial de PR augmenterait le risque de développer la maladie de 3 à 5 fois.(57).

Par ailleurs, deux de nos patients ont répondu différemment à notre question sur la cause de leur PR, étant porteurs d'une maladie antécédente : Une patiente souffrant d'une maladie cancéreuse et un patient suivi pour une maladie intestinal incriminaient leurs maladies initiales dans l'apparition de la PR. Il est à signaler que ces patients avaient des croyances ancrées surtout sur leur souffrance de ces maladies plus que sur la PR.

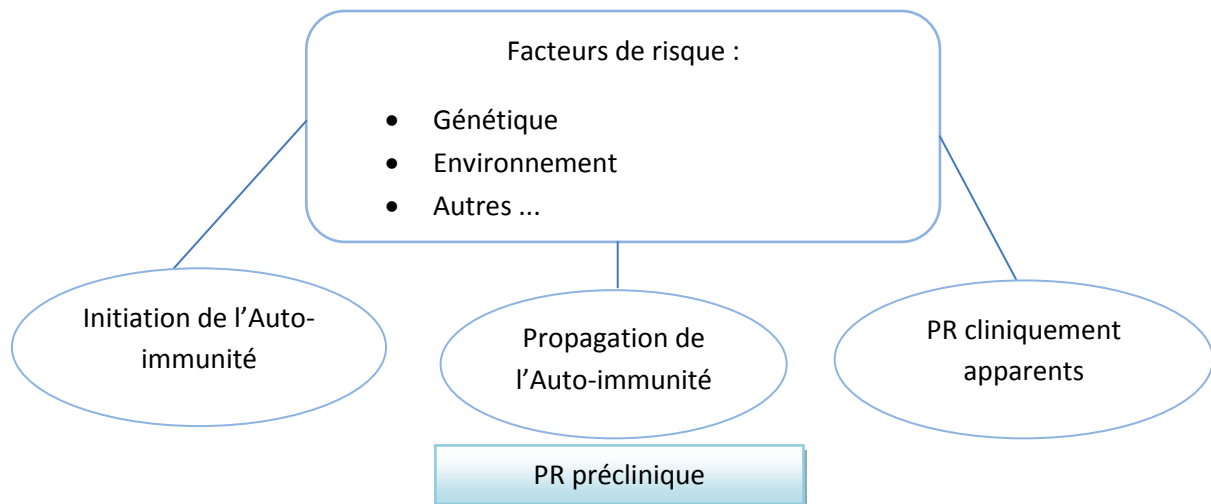
## **2.2. Croyances et facteurs déclenchants de la PR :**

Les résultats de l'étude ont mis en évidence des facteurs déclenchants de la PR, ses poussées, et ses exacerbations selon les croyances des patients.

Selon la littérature, l'apparition d'au moins 50 % des maladies auto-immunes a été attribuée à des facteurs déclencheurs inconnus.(58) La susceptibilité aux maladies auto-immunes est un phénotype multi-génique affecté par une variété de facteurs génétiques et environnementaux ou stochastiques.(59) Selon des études récentes(60,61), les facteurs génétiques et environnementaux sont associés à une augmentation du risque de PR. La compréhension des facteurs génétiques et environnementaux qui contribuent au développement de la PR, et en particulier de la PR préclinique, a pris une nouvelle importance en raison des multiples essais de prévention pharmacologique en cours.(62) Une avancée majeure dans l'étude de l'impact de ces facteurs sur le développement de la PR a été l'émergence d'un modèle de développement de la PR, et en particulier du développement de la PR séropositive, où il y a

typiquement une période d'élévation des auto-anticorps circulants qui peut durer plusieurs années avant la première apparition de l'Initiation de l'Auto-immunité (IA).(62)

Avant la première apparition de l'IA. Cette période peut être qualifiée de " PR préclinique".



Une meilleure compréhension des facteurs de risque environnementaux pourrait aboutir à une meilleure sensibilisation à la maladie, dans le but de prévenir l'apparition de la PR. Par conséquent, une meilleure gestion des indicateurs d'activité de la maladie, l'accès au traitement et l'adhésion au traitement et une réduction de la mortalité liée à la maladie.(11) Dans notre étude ,83% des patients imputaient une responsabilité de l'environnement (climat, pollution, infection...) dans le déclenchement de leur PR, le climat et ses variations et particulièrement le temps humide/ le froid, était souvent évoqué comme ayant un retentissement sur les douleurs inflammatoires liées à la PR. Pour cette raison, 20% de notre échantillon ont exprimé le besoin de modifier leur environnement. En outre, selon les croyances de 80% nos patients les facteurs psychologiques et principalement le Stress était le facteur déclenchant le plus redouté. La croyance selon laquelle ces facteurs étaient déclencheurs des exacerbations était plus forte que la croyance selon laquelle ils étaient à l'origine de la maladie, puisque les patients affirmaient

avoir une expérience directe du fait que les exacerbations et les poussées avaient tendance à suivre de près les périodes de stress ou de fatigue.

De nombreuses études rétrospectives (59,63) ont révélé qu'une forte proportion élevée (jusqu'à 80 %) de patients déclarent avoir subi un stress émotionnel peu commun avant l'apparition de la maladie. Ces études suggèrent que le stress n'est pas seulement un facteur participant, mais qu'il peut en fait provoquer une exacerbation de la maladie. Malheureusement, non seulement le stress est à l'origine de la maladie, mais la maladie elle-même provoque un stress important chez les patients, créant ainsi un cercle vicieux.(58)

### **2.3. PR et régime alimentaire :**

Parmi les autres facteurs cités par nos patients comme pouvant déclencher des exacerbations de la PR, citons la qualité du sommeil (insomnie, dettes de sommeil), l'alimentation malsaine et une mauvaise posture. Concernant l'alimentation, selon une étude sur le régime alimentaire au cours de la PR, 22 % des patients ont évoqué l'alimentation comme cause soit de déclenchement, soit d'amélioration des poussées. L'alimentation est souvent modifiée dans la PR.(64) Cependant, en tout état de cause, aucun régime (en particulier excluant les aliments comme le gluten ou les produits laitiers) n'a démontré son efficacité dans les rhumatismes inflammatoires chroniques...(65). En effet selon les recommandations de la SMR, les régimes d'exclusion en vue de contrôler la douleur ou l'activité de la maladie, en particulier les régimes carencés en produits laitiers, sont déconseillés avec accord professionnel. Actuellement, il n'y a pas de lien démontré entre l'alimentation et le déclenchement d'un rhumatisme inflammatoire chronique sauf pour les sodas sucrés (et non "light") récemment incriminés dans la PR.(66) Les régimes alimentaires visant à contrôler la douleur ou l'activité de la maladie, y compris les régimes riches en oméga-3, ne sont pas recommandés aux patients atteints de PR en raison de l'efficacité clinique inconstante et modeste sur la douleur et la raideur et du risque de carences induit par les régimes déséquilibrés. En revanche, des mesures diététiques appropriées ont été prouvées nécessaires pour corriger les carences et pour prévenir

ou traiter les comorbidités (surcharge pondérale, ostéoporose, pathologie cardio-vasculaire, diabète), certaines pouvant être iatrogènes du fait des traitements corticoïdes.(67)

**a. PR et Activité physique :**

L'activité physique professionnelle (travaux pénibles, fatigue...) était un autre facteur prépondérant pour déclencher les poussées de leur PR selon les croyances de 62% de nos patients. Une étude scandinave publiée en 2014 (68) a porté des données sur les croyances de peur et d'évitement de l'activité physique mesurées par le FABQ (Fear Avoidance Belief Questionnaire) et leurs corrélations avec des facteurs sociodémographiques, spécifiques à la maladie et psychosociaux chez les adultes atteints de PR. Cette étude a démontré que les pensées catastrophistes et les croyances de peur à propos de l'activité physique peuvent être traitées comme des émotions à tonalité négative. Ces croyances négatives mal adaptées peuvent renforcer l'inactivité, tandis qu'une activité physique réduite peut conduire à une perception accrue de la douleur, des attentes négatives et un évitement accru de l'activité physique. Cependant, Un niveau plus élevé d'activité physique déclaré chez les personnes atteintes de PR est associé à un niveau plus faible de dysfonctionnement artériel, indépendamment des autres événements cardiovasculaires et des facteurs rhumatologiques

**b. PR et dépression :**

Dans notre échantillon, 35% des patients ont attribué l'initiation de leur PR à un trouble psychiatrique (dépression). Une étude de cohorte de patients britanniques basée sur la population provenant du « The Health Improvement Network » a été analysée pour estimer le risque d'incidence de PR chez les personnes atteintes de TD (Trouble dépressif) par rapport à une cohorte de la population générale sans TD. Le taux d'incidence était de 85 cas pour 100 000 personnes-années. Après ajustement en fonction de l'âge, du sexe, du tabagisme, de l'IMC, des comorbidités et de l'utilisation d'antidépresseurs, les personnes de la cohorte du TD présentaient un risque accru de 38 % de développer une PR.(69) En outre, une étude polonaise(41) s'est consacrée pour expliquer le rôle de médiation de l'adaptation dysfonctionnelle dans la relation

entre les croyances sur la maladie et le niveau de dépression chez les patients atteints de PR. L'analyse menée a confirmé l'importance de certains éléments de l'image de soi et de l'adaptation dysfonctionnelle sur le niveau de dépression chez les personnes atteintes de PR. Le mécanisme de défense (La fonction d'Autoprotection), en relation avec le niveau de dépression, a été identifiée comme la perception de sa maladie comme un état transitionnel, la perception d'opportunités d'implication active dans le processus de traitement, sa compréhension, le fait de ne pas avoir une réaction émotionnelle très forte au fait d'être malade (le plus souvent, ne pas avoir d'émotions telles que la colère, la peur et l'impuissance), et ne pas considérer sa maladie comme une conséquence des facteurs de risque ou de facteurs psychologiques et/ou psychiatriques.

### **3. Les peurs :**

#### **3.1. Peurs liées à l'évolution de la PR :**

Dans notre étude, la peur la plus fréquemment mentionnée était la déformation physique (82,5 % de l'échantillon). Il n'y avait pas de façon statistiquement significative une prédominance masculine ou féminine pour cette crainte. L'atteinte articulaire et la déformation qui en résulte sont sources de préjudice esthétique avec parfois un impact psychologique non négligeable. La peur de la déformation physique semblait être renforcée selon ces patients par leur inquiétude vis-à-vis la sensibilité au corps de nos sociétés individualistes, l'importance attribuée à l'allure, à la ligne physique, dont tout ce qui peut porter atteinte à cette ligne est stigmatisé comme révélant un vieillissement et/ou une perte de force. Au départ, les patients se concentraient souvent sur les résultats à long terme et sous-estimaient le fardeau quotidien de la maladie en termes de douleur et de fatigue. Pendant les périodes de rémission ou s'ils considéraient que leurs traitements sont efficaces, la crainte d'un futur handicap s'estompe temporairement. Cependant, lorsqu'une exacerbation se produisait ou que le traitement ne fonctionnait plus, les craintes initiales étaient souvent ravivées. L'imprévisibilité d'évolution de la PR était la seconde source de préoccupation de

nos patients ,80% de l'échantillon ont mentionné la peur de la recrudescence de leur PR, sa rapidité d'évolution et des exacerbations imprévisibles à long terme. Ces craintes semblaient évoluer au fur et à mesure que les patients prenaient conscience de la variabilité inhérente à la maladie en termes de présentation clinique, de gravité des symptômes et d'évolution.

En effet, la variabilité de l'évolution et de la présentation de la maladie était en soi une source majeure d'incertitude et d'inquiétude quant à l'avenir.(70)

### **3.2. Peurs liées à l'impact de la PR :**

#### **a. Impact de la PR sur la vie sociale :**

On a visé dans notre étude à explorer les peurs des patients vis-à-vis de l'impact de la maladie sur leur vie socioprofessionnelle. La crainte la plus exprimée par nos patients (soit 67,5% de l'échantillon) était la dépendance et/ou la perte d'autonomie. Ce résultat est similaire au pourcentage retrouvé dans une étude française quantitative à propos de 25 patients atteints de PR interviewés sur leurs peurs et leurs croyances (64%).(71) Beaucoup de nos patients ont fait remarquer que leur volonté de rester autonome fait qu'ils ne communiquent pas toujours de manière explicite à leur entourage. Un autre thème majeur concernant l'isolement social, l'inquiétude chez 57,5% de nos patients de ne plus pouvoir remplir leurs rôles sociaux ou familiaux, comme s'occuper de leurs enfants. Une étude Anglaise(72) qui a visé à étudier la situation sociale chez des femmes au foyer atteintes de PR a trouvé que celle-ci était une source de détresse pour tous les patients, notamment en raison de la fatigue et de la limitation générale des activités. En parallèle à nos résultats, la peur d'être un fardeau était présente dans 67 % des cas, 78 % approuvaient la peur de perdre leur indépendance, 59 % des personnes interrogées se sentaient coupables, car elles avaient l'impression d'être un "boulet". En outre, 18% de notre étude ont mentionné la crainte de ne plus pouvoir entreprendre des relations sentimentales car ils ne sentaient pas bien dans leur corps, en particulier les femmes, qui se sentaient atteintes dans leur féminité.

**b. Impact de la PR sur la vie professionnelle :**

Il a été démontré qu'un traitement agressif au début de la PR peut réduire l'incapacité fonctionnelle au fil du temps et influencer positivement l'emploi.(73)(74) L'absence de contrôle optimal conduit à des lésions articulaires irréversibles, une perte de la fonction physique, à une incapacité de travail et finalement à une incapacité de travail permanente.(75) Des résultats d'anciennes études concernant le poids de la PR sur la productivité au travail ont démontré un impact important de la maladie sur la vie professionnelle. Selon une étude française faite par l'ANDAR (Association nationale de défense contre la PR) (76) sur l'impact de la PR sur la vie professionnelle des patients, 35% parmi les patients actifs bénéficiaient du statut de travailleur handicapé, 6,4% étaient en recherche d'emploi dont 68% ont estimé que la perte de leur dernier emploi est liée à la PR, alors que 19% sont sortis définitivement du marché du travail dont 75% ont déclaré avoir cessé leur activité à cause de leur PR. Dans notre étude, 10% des patients fonctionnaires ont exprimé un souci quant au devenir de leur carrière. Nos résultats concernant le poids de la PR sur la productivité au travail chez ces patients ont démontré un impact important de la maladie sur leur vie professionnelle. En effet, ces patients trouvent qu'ils travaillent avec une performance réduite suite à la fatigue et le surmenage psychosomatique de leur maladie, hantés par l'idée de perdre son emploi et sa sécurité financière. Ce qui amplifie leur anxiété.

**c. Impact de la PR sur la grossesse et la procréation :**

Dans notre étude, 5% des patients (de sexe féminin) avaient une peur sur leur profil de conception et la grossesse au cours de la PR. Selon une revue de littérature il a été démontré qu'il n'y a pas d'association entre la PR et une évolution défavorable de la grossesse, en termes d'avortement spontané, de prématurité, de petit poids de naissance.(77) Une étude sur la fertilité chez les femmes atteintes de PR a montré que le pronostic obstétrical est favorable dans la PR avec un terme moyen et un poids de naissance moyen normaux. Cependant, dans cette étude on a mis en évidence une tendance à une baisse de la fertilité spontanée dans la PR puisque 26% des patientes ayant essayé de concevoir n'ont pas obtenu de grossesse et que 32% d'entre elles n'ont pas eu d'enfants. En

revanche, on avait conclu selon cette étude que le délai de conception moyen était similaire avant et après le diagnostic de la PR, et comparable à la population générale.(78) Dans notre étude, le profil conceptif était favorable chez plus de 70% des patients.

### **3.3. Peurs relatives aux traitements de PR :**

Il est de plus en plus évident que les gens veulent connaître les risques associés aux différentes options de traitement prescrit.(79) Les patients ont des peurs concernant les traitements et craignent en particulier leurs effets indésirables à long terme. Dans le cas de la prise de médicaments, ils veulent notamment connaître les effets secondaires potentiels du médicament envisagé. Les croyances, et en particulier la perception par le patient de la nécessité d'un traitement, et ses craintes des effets indésirables, vont expliquer l'adhérence au traitement.(80) Ces croyances, concernent les traitements prescrits, mais également les aspects non pharmacologiques des médecines alternatives que les patients pensent très efficaces.

#### **a. Observance thérapeutique :**

L'observance thérapeutique est un processus continu qui peut être divisé en trois parties : initiation (ou acceptation), la mise en œuvre et l'arrêt du traitement.(81)

Dans la phase d'initiation, le patient apprend à accepter la nécessité du médicament et apprend à intégrer le programme de médication dans sa vie quotidienne.(82) La durée de la phase d'initiation diffère selon les maladies. Pour les arthrites inflammatoires, nous fixons cette phase à 3 mois d'utilisation d'un DMARD parce qu'il faut généralement 3 mois avant que l'efficacité du DMARD puisse être ressentie et testée. L'objectif ultime du traitement DMARD est d'obtenir une rémission. Avec l'amélioration des stratégies de traitement et d'un nombre croissant de traitements efficaces disponibles, la proportion de patients atteignant une rémission durable a augmenté. Si une rémission complète ne peut être obtenue, les objectifs de la prise en charge sont de contrôler l'activité de la maladie et de maximiser la QDV du patient.(83) La phase d'initiation est suivie de la phase de mise en œuvre, au cours de laquelle le patient doit maintenir l'adhésion au traitement. Cette phase peut durer toute la vie car l'arthrite inflammatoire est une

maladie chronique.(81)Les autres facteurs qui ont influencé la prise de médicaments chez les patients atteints de PR dans la phase de mise en œuvre étaient l'ignorance et la confusion concernant le régime de médication, et les modifications de la routine quotidienne.(84).

Les croyances relatives aux médicaments sont des déterminants pertinents et modifiables de la non-observance chez les patients atteints de PR. Il arrivait fréquemment selon les testaments des médecins que les patients cessent le traitement allopathique prescrit pour prendre de la phytothérapie par exemple.(85)Ainsi, l'intérêt potentiel de cibler les croyances sur les médicaments et les obstacles pratiques à la prise de médicaments pour améliorer l'adhésion au traitement ne doit pas être exclue dans la pratique clinique.(86) Une étude a cherché à examiner les facteurs influençant les croyances des patients sur les DMARDs et l'effet de celles-ci sur l'adhésion au traitement.(87) Dans notre échantillon, les patients pensaient qu'ils n'avaient pas le choix de prendre ou non les DMARDs car ils sont nécessaires pour préserver les structures articulaires, réduire la douleur et améliorer leur QDV. Cependant, 42,5 % de nos patients ont exprimé le besoin de changer le traitement en vue de plus d'efficacité.

**b. Efficacité et effets secondaires des traitements :**

L'expérience des symptômes joue un rôle clé dans l'évaluation de l'efficacité du traitement (25), de ce fait l'efficacité d'un médicament a été jugée par la réduction des symptômes, la prévention de la détérioration et l'amélioration de la QDV.(80) Mais, tels jugements sont plus complexes dans la PR puisque la prévention de la détérioration est considérée comme un résultat secondaire si le résultat principal qui est le soulagement des symptômes n'est pas atteint. Plus de 80% de nos patients ont exprimé leur peur du risque de perte d'efficacité du traitement prescrit pour leur PR au fil du temps, sous prétexte que « Le traitement est non curatif à long terme » et le risque d'exacerbation est toujours présent à tout moment.

En parallèle à une étude anglaise (88) basée sur un questionnaire sur les croyances des patients atteints de PR sur la médication, on a trouvé que les niveaux de préoccupation chez ces

patients concernant les effets secondaires étaient aussi élevés (chez 88% des patients ) que chez les patients de notre étude et liés à la non-observance du traitement. La peur liée au risque de la corticothérapie a été rapportée chez plus de 70% de nos patients. Cependant, allant en concordance avec un travail fait pour étudier les croyances et les peurs des patients sur les traitements corticoïdes dans la PR(89),les croyances sur la nécessité de l'utilisation des glucocorticoïdes étaient plus importantes que la peur de ce traitement et ses effets indésirables et ce chez 80% des patients de notre étude qui ont exprimé cette peur. En revanche, pour certains de nos patients, ce souci des effets secondaires justifiait leur recours aux différentes interventions thérapeutiques non pharmacologiques telles les plantes médicinales, la thérapie thermale, saignée, etc.

Parmi les autres peurs citées à propos des effets secondaires des traitements de la PR, 28% de nos patients avaient des soucis liés à la tératogénicité et 15% au risque d'infertilité. Pour les patients qui ont éprouvé les peurs de la tératogénicité, la plupart (soit 80%) étaient des jeunes femmes en âge de procréation qui ont reçu l'information sur l'effet tératogène des traitements par leur médecin rhumatologue. En effet, dans le cadre l'éducation thérapeutique au cours de la PR, il est à signaler l'importance du rôle du médecin dans la contre-indication de tous les médicaments qui risquent la conception, y compris le MTX, le chef de fil du traitement de la PR pour son effet tératogène puissant, ainsi que les AINS qui ne sont pas recommandés durant la période de conception et le premier trimestre en raison du risque de mort fœtale.

#### **c. Thérapeutiques non pharmacologiques :**

Les pathologies rhumatologiques sont souvent chroniques et invalidantes, et les médicaments ne peuvent pas toujours répondre aux attentes des patients. Il arrive que les patients se tournent vers d'autres pratiques, comme l'utilisation des plantes médicinales.

Dans notre étude, la proportion de patients ayant déjà eu recours aux plantes médicinales était de 33%. Ce résultat est proche de celui d'une étude faite à la faculté de médecine et de pharmacie de rabat par le service militaire de rhumatologie sur l'« Usage des

plantes médicinales en rhumatologie ». L'utilisation des plantes médicinales a été retrouvée chez 39% des patients, l'effet attendu était antalgique et l'efficacité était rapportée dans 47,4% des cas, en parallèle à cette étude l'usage des plantes médicinales parmi nos patients a été élevé chez les personnes âgées (61 ans et plus), chez qui les DMARDs étaient perçus comme étant " puissants ", " forts " et " toxiques " avec des implications pour l'utilisation à long terme, alors que les remèdes traditionnelles « héritées de leurs ancêtres » ,comme le recours aux plantes médicinales, étaient plus sûrs comme traitements et sans risques .L'utilisation par nos patients de ces plantes était souvent principalement complémentaire aux médicaments conventionnels prescrits, et les patients semblaient plutôt satisfaits quant à leur attente vis-à-vis de ces plantes médicinales. Cependant, selon une étude française à ce propos, les plantes médicinales étaient parfois prises de manière concomitante avec les médicaments conventionnels, et des effets indésirables ont été rapportés par les utilisateurs de plantes. L'imputabilité des plantes médicinales dans l'apparition de ces effets non désirés est difficile à mettre en exergue. Ainsi, on avait conclu qu'il est souhaitable de pouvoir apporter par les médecins aux patients, une information sur les possibles interactions ou effets indésirables liés à la prise de plantes.(90)

En effet, dans le cadre d'éducation du patient, le médecin est censé d'expliquer clairement les bénéfices et les risques anticipés du traitement, et expliquer le rôle des différentes interventions non pharmacologiques telles que la physiothérapie, les interventions psychologiques, la thérapie cognitivo-comportementale, qui se sont également avérées utiles pour améliorer l'autogestion de la PR, pour éviter les comportements à risques et tentatives de soins inefficaces par les patients.(91)Le recours aux traitements non pharmacologiques est fréquent, à tous les stades de la PR, mais les modalités thérapeutiques dépendent de l'activité et du stade d'évolution de la maladie et des objectifs thérapeutiques définis. Comme pour les traitements pharmacologiques, il faut distinguer les traitements symptomatiques à action immédiate et de courte durée (traitements à visée antalgique) et les interventions « de fond » dont l'effet est différé mais durable (techniques actives de kinésithérapie, éducation thérapeutique, etc.

Toutes les recommandations professionnelles s'intéressant aux thérapeutiques non pharmacologiques de la PR recommandent les techniques actives, sous différentes formes.(92)

Parmi les autres thérapeutiques qui sont utilisées par nos patients à but antalgique, citons la thermothérapie. Une revue de la littérature(93) sur l'effet de la thermothérapie dans le traitement de la PR n'a montré aucun effet positif ou délétère de la thermothérapie sur les principaux critères de jugement de la destruction articulaire des patients atteints de PR. Ainsi, la thermothérapie peut donc être utilisée autant que de besoin par les patients atteints de PR, comme traitement palliatif ou en thérapeutique adjuvante en association avec les exercices.

#### **4. Alliance thérapeutique :**

##### **4.1. Historique et approche psychologique :**

Le concept d'alliance thérapeutique est trans-théorique, mais il prend ses racines dans la théorie psychodynamique. Freud, sans avoir utilisé le terme d'alliance, a, pour la première fois, défini une relation de collaboration entre le thérapeute et le patient. Par la suite, le terme d'alliance apparaît avec différentes définitions selon les auteurs, mais décrit toujours la relation thérapeutique entre le thérapeute et le patient.

Freud, dans ses écrits élabore le rôle et la fonction du transfert après avoir remarqué tout le paradoxe de la situation de début de la thérapie : le processus thérapeutique active chez le patient des défenses qui devraient entraîner l'arrêt prématuré de la thérapie par le patient ; pourtant, dans le cadre des thérapies qui fonctionnent, le patient poursuit avec le thérapeute à la recherche de ses problématiques. Pour Freud, le patient et le thérapeute s'engagent tous les deux dans une collaboration où chacun accepte son rôle ; cet engagement conscient dans la part du patient est différent de la relation transférentielle que s'établira par la suite.

Pour Brodin (1994), obtenir un consentement éclairé, mutuel sur les objectifs de changement est primordial pour l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité. Du côté du thérapeute, cela requiert une attention sensible de l'état d'esprit du patient, de ses tentatives

et difficultés pour diminuer sa souffrance et ses frustrations et pour augmenter ses satisfactions. Le thérapeute doit donc prêter attention aux formulations et explications du patient sur ses raisons de consultation. Il doit veiller à ce que le patient ait le sentiment que les choses viennent de lui, en le guidant par des questions pertinentes, et en évitant des questions trop directives. Ce procédé permet non seulement d'obtenir des informations cruciales sur le contexte, et de rechercher, ensemble, les objectifs à atteindre, mais également à construire une relation affective respectueuse et honnête. La position du thérapeute est plutôt de pouvoir aider et soutenir le patient à des moments où le sentiment de manque de ressources représente un obstacle au changement.

Ainsi, l'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. Cette notion est actuellement centrale dans les études portant sur les mécanismes des psychothérapies, et l'évaluation de leurs effets. Elle permet notamment de montrer que les méthodes thérapeutiques employées ne sont pas efficaces du fait de leurs outils propres, mais par un jeu subtil d'adéquation entre un praticien et son patient. (94)

#### **4.2. Education thérapeutique :**

L'éducation des patients fait depuis longtemps partie intégrante de la pratique clinique.(91). En rhumatologie, l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de PR fait l'objet du plus grand nombre de publications et de recommandations. Elle est considérée comme un moyen de limiter le handicap dans les maladies rhumatismales et d'obtenir une amélioration de la QDV.(94)

Les patients ne sont pas des " feuilles blanches " qui attendent des instructions, mais possèdent leurs propres croyances et convictions sur leur maladie et son traitement(95). Ils doivent connaître certains points d'informations sur leurs médicaments afin d'éviter les risques du mal usage et de tirer un meilleur profit de leurs prescriptions.(96) A l'instar d'autres études [(97,98)], nous avons constaté que les patients (plus de 80% de notre échantillon) voulaient être

informés de manière complète sur leurs médicaments (effets secondaires, coûts ...) et utilisaient ces informations pour étayer leurs convictions et leurs décisions. Selon ces patients l'information était la plate-forme permettant à eux d'acquérir des connaissances qui seront ensuite transformées en comportements ayant un impact sur la façon dont ils font face à leur maladie, font des choix en matière de soins de santé et respectent leur traitement.

Les patients atteints de maladies rhumatismales doivent s'adapter sur le plan psychosocial et comportemental afin de gérer l'impact des symptômes et du traitement sur leur vie quotidienne, ainsi que les conséquences émotionnelles de la maladie. Cependant, ils peuvent aussi bien améliorer leur bien-être en jouant un rôle actif dans l'autogestion de leur maladie (self-management), par exemple en utilisant des stratégies d'adaptation (coping). Concernant l'objectif éducatif, il s'agit d'améliorer les compétences des patients. Ces compétences peuvent être divisées en compétences d'auto-soins (mettre en œuvre des modifications de son mode de vie, adapter ses traitements, soulager les symptômes, prévenir les complications évitables, faire face aux problèmes occasionnés par la maladie) et d'adaptation (aptitudes à réagir en situation, savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress, prendre des décisions et résoudre un problème, se fixer des buts à atteindre et faire des choix). (43,44) La démarche d'éducation du patient est donc pleinement justifiée. L'information est la première étape. Elle doit être personnalisée, claire, complète, évolutive. Elle permet de dédramatiser et d'aller de l'avant. C'est l'élément clé de la relation médecin-malade, elle aboutit au consentement éclairé et à la décision partagée. L'éducation proprement dite vise à faire acquérir au malade le savoir, savoir-faire et savoir-être, pour mobiliser toutes ses ressources et réussir son coping. Le patient devient un gestionnaire actif de sa maladie. Comme le montre la revue de la littérature faite par Catherine Beauvais (99), les modalités de l'éducation du patient atteint de PR sont diverses.

Plusieurs approches ont été étudiées dans la prise en charge de la PR. On distingue les démarches éducatives (information, conseil, éducation thérapeutique du patient), les démarches psycho-éducatives et cognitivo-comportementales (TCC) et les prises en charge pluridisciplinaires. Le discours des patients était en revanche très intéressant : « la thérapie


permet de nous mettre au point avec nous-mêmes », « de comprendre et d'analyser nos comportements, les symptômes », « de prendre de la distance », « d'accepter la maladie », « de contrôler les sentiments de peur ou de culpabilité », « il apporte de nouvelles façons de penser, la personne trouve ses buts, ses barrières ... » (100)

La Haute Autorité de Santé (HAS) (101) , après une analyse de la littérature, conclut que l'éducation thérapeutique est recommandée pour tout patient atteint de PR. Elle est complémentaire de la prise en charge médicale, réalisée par le rhumatologue. Elle contribue au développement de compétences qui permettent au patient de connaître et comprendre la maladie et les traitements médicamenteux et non-médicamenteux, acquérir les gestes respectant les règles de protection articulaire ,mettre en œuvre des modifications de son mode de vie (équilibre diététique, programme d'activité physique, etc.), prévenir des complications évitables, faire face aux problèmes occasionnés par la maladie, impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des rebondissements qui en découlent. En effet, L'évolution et le pronostic de la PR sont imprévisibles, son impact psychosocial est négatif.(102) L'objectif des programmes d'éducation est de mitiger l'effet psychosocial négatif de cette pathologie et de transférer au patient les compétences dont il a besoin pour retarder cette évolution.

En conclusion, une meilleure alliance thérapeutique est le fruit d'une éducation thérapeutique adéquate offerte par le thérapeute au patient contribuant par la suite à l'amélioration et au maintien de l'état de santé et la QDV du patient et de celle de ses proches, à favoriser son esprit du coping avec la maladie et surtout à éviter les peurs et les croyances erronées qui peuvent s'engendrer inconsciemment chez le patient atteint d'une lourde maladie telle la PR.

#### **IV. Limites de l'étude :**

- Des données sont manquantes, ce qui a retentit sur la taille de l'échantillon. Nous avons trouvé 70 dossiers dans l'archive de patients suivis pour la PR, mais seuls 40 dossiers contenaient les données de PR nécessaires pour notre étude.



*CONCLUSION*



La PR est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent. Elle fait partie des maladies systémiques. C'est une affection dont la pathogénie reste mal élucidée. Elle altère de façon générale la QDV et peut être à l'origine d'un handicap important. Il s'agit d'une maladie chronique, nécessitant des traitements parfois responsables d'effets indésirables. L'acceptation de la maladie et des traitements est souvent compliquée. Parmi les facteurs cognitifs jouant un rôle dans cette dynamique, il y a la présence de peurs et des croyances.

Dans cette étude, nous avons mis la lumière surtout sur ces systèmes de peurs et de croyances qui représentent le ressenti intérieur des patients quant à leur maladie. La majorité des patients avaient des croyances et des peurs à propos de la PR, son origine, son évolution, son impact et une grande part de ces peurs et croyances était invalide de point de vue scientifique.

La culture et les interprétations superstitieuses socioculturelles étaient ancrées parmi les croyances de causalité de la maladie chez plus de la moitié de notre population d'étude.

Les peurs les plus exprimées concernent surtout l'évolution de la PR, à savoir la déformation physique, la dépendance sociale, la recrudescence de la maladie et ses exacerbations fréquentes.

L'acceptation des traitements selon les croyances des patients était dépendante du coût, des effets indésirables, et de l'efficacité immédiate.

La réponse des patients à leur maladie et leur QDV se sont montrées fortement influencées par la façon dont ceux-ci aperçoivent leur état et les idées du catastrophisme. Cependant, nous n'avons pas relevé une corrélation statistiquement significative entre le HAQ et les peurs et les croyances des patients.

Par ailleurs, l'éducation thérapeutique joue un rôle très important face à ces systèmes de croyances et de peurs chez les patients.

Il n'est évidemment pas licite de s'attaquer à ces systèmes de croyances pour les "détruire". Mais il peut en revanche être utile de parler avec les patients d'une croyance ou d'une peur "erronée" ou tout au moins pour laquelle il n'y a pas de fondement scientifique, ceci surtout si cette peur ou cette croyance a des conséquences néfastes sur l'état de santé du patient ou/et peut le détourner d'une prise en charge optimale de sa maladie.



*ANNEXES*



## ANNEXE 1 :

### Fiche d'exploitation

<b>Peurs et croyances dans la polyarthrite rhumatoïde</b>
---

- N° CRF : \_\_\_\_\_ Date : /\_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_/
- Téléphone : /\_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/
  - Nom : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/
  - Prénom : /\_\_\_\_/
  - Age : /\_\_\_/\_\_\_/ ans
  - Sexe : /\_\_\_\_/ 1 : masculin, 2 : féminin
  - Niveau d'instruction : illettré/\_\_\_\_/, niveau primaire/\_\_\_\_/ , niveau secondaire/\_\_\_\_/ , niveau supérieur/\_\_\_\_/ .
  - Etat matrimonial : célibataire : /\_\_\_\_/, marié : /\_\_\_\_/ , divorcé : /\_\_\_\_/ , veuf : /\_\_\_\_/.
  - Nombre d'enfants : /\_\_\_\_/
    - o Age : /\_\_\_\_/, /\_\_\_\_/ , /\_\_\_\_/ , /\_\_\_\_/ .
    - o Sexe : /\_\_\_\_/, /\_\_\_\_/ , /\_\_\_\_/ , /\_\_\_\_/ .
    - o Arrêt prématuré de la scolarité :
  - Profession :
  - Salaire ou salaire du mari : : /\_\_\_\_\_/

#### I. Critères d'inclusion: Critères de l'ACR/ EULAR 2009

- Type d'atteinte articulaire (0-5): /\_\_\_/ 1 articulation moyenne ou grosse: 0 ; 2-10 articulations moyennes ou grosses: 1 ; 1-3 petites articulations: 2 ; 4-10 petites articulations: 3 ; >10 articulations (au moins 1 petite articulation): 5
- Sérologie (0-3): /\_\_\_/ Ni FR ni ACPA: 0 ; Au moins un test faiblement positif: 2 ; Au moins un test fortement positif: 3
- Durée de la synovite (0-1): /\_\_\_/ <6 semaines: 0 ; >6 semaines: 1
- Marqueurs de l'inflammation (0-1): /\_\_\_/ Ni CRP ni VS élevée: 0 ; CRP ou VS élevée: 1
- Durée d'évolution de la PR : /\_\_\_/\_\_\_/ ans

#### II. Clinique et Activité de la PR

- HAQ < 6mois : /\_\_\_/, /\_\_\_/\_\_\_/.
- DAS 28 <3mois : /\_\_\_/, /\_\_\_/\_\_\_/
- CRP : /\_\_\_/, /\_\_\_/\_\_\_/. VS : /\_\_\_/\_\_\_/.
- Déformations : : /\_\_\_/ oui = 1, non = 0,
  - o Siège :

### III. Critères de sévérité

- Facteur Rhumatoïde positif : /\_\_/ oui = 1, non = 0, NSP= 2
- Anticorps anti CCP positifs : /\_\_/ oui = 1, non = 0, NSP= 2
- Erosive : /\_\_/oui = 1, non = 0, NSP= 2
  - o Atteinte structurale de la hanche : coxite /\_\_/ oui = 1, non = 0 ; PTH :/\_\_/ oui = 1, non = 0
  - o Atteinte structurale des genoux : PTG /\_\_/ oui = 1, non = 0
  - o LAA : /\_\_/ oui = 1, non = 0

### IV. Les traitements symptomatiques :

- AINS: /\_\_/ oui = 1, non = 0
- Corticoïdes oraux et bolus:
  - o En cours : /\_\_/ oui = 1, non = 0
  - o Dose actuelle : /\_\_/\_\_/ mg/j
  - o Durée de la corticothérapie : /\_\_\_\_\_/

### V. Traitement de fond au cours des 6 derniers mois :

- o DMARDs : /\_\_/ oui = 1, non = 0, Lequel: /\_\_\_\_\_ /
- o Biothérapie : /\_\_/ oui= 1, non= 0, laquelle : /\_\_\_\_\_ /

	Date	Echec	Effets secondaires
DMARDs			
Biothérapie			

### VI. Comorbidités :

#### 1. Les croyances :

##### 1.1. Croyances / Facteurs responsables de la maladie

- Prédisposition génétique /\_\_/ oui ; /\_0\_/non
- Un membre de la famille a la même maladie (Héréditaire) /\_\_/ oui ; /\_0\_/non
- Un membre de la famille a des arthralgies (Familial) /\_\_/ oui ; /\_0\_/non
- Maladie cancéreuse /\_\_/oui ; /\_0\_/non
- Maladie auto immune ( Crohn familial) /\_\_/oui ; /\_0\_/non
- Problème intestinal /\_\_/oui ; /\_0\_/non
- Croyances culturelles /\_\_/oui ; /\_0\_/ non (A détailler selon les entretiens, ex) :
- Mauvais œil
- Djinns

- Ensorcellement
- Autres :

### **1.2. Croyances / Facteurs déclenchant de la maladie**

- Facteurs psychologiques (stress) /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Maladie psychiatrique (Dépression) /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Environnementaux (pollution, infection mal traitée, climat, allergies) /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Activité physique ou professionnel (pénible, fatigue, mauvaise posture) /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Mode de vie (alcool, tabac...) /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Vaccination (Hépatite B ou autre) /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Métabolique (Hypocalcémie, trouble de calcification, régime) /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Qualité du sommeil (dette du sommeil ...) /\_\_/oui ;/\_0\_/non

## **2. Les peurs :**

### **2.1. Peurs de l'évolution de la maladie**

- Imprévisibilité de l'évolution de la maladie /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Recrudescence de la maladie ou des exacerbations /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Rapidité d'évolution ou des exacerbations fréquentes /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Extensions/ autres articulations ou autres organes /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Déformation physique, ankylose /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Invalidité /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Réduction espérance de vie /\_\_/oui ;/\_\_/non

### **2.2. Peurs concernant l'impact de la maladie**

- Dépendance /perdre l'autonomie /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Perte de l'emploi et de la sécurité financière /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Etre une charge pour un membre de la famille /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Etre incapable de s'occuper de ses enfants /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Stigmatisation liée à une incapacité ou à une déformation /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Etre abandonné par son partenaire /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Impact sur les relations sociales /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Incapable de faire des projets /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Incapable d'entreprendre une relation sentimentale /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Répercussions sur la grossesse et procréation /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Besoin de modifier l'environnement (changer de domicile) /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Impact quant aux décisions médico-militaires (militaire actif) /\_\_/oui ;/\_\_/non

### **2.3. Peurs liées aux effets secondaires des traitements**

- Besoin de changer le traitement pour ses effets secondaires /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Souci des effets indésirables spécifiques /\_\_/oui ;/\_\_/non

- Réduction de l'espérance de vie /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Risque de cancer (osseux)/\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Risque de stérilité/\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Risque pour le fœtus /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Risque par rapport à la corticothérapie/\_\_/oui ;/\_\_/non
- Retentissement sur l'alliance thérapeutique /\_\_/oui ;/\_\_/non

#### **2.4. Peurs liées à l'efficacité des traitements**

- Traitement non curatif à long terme /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Traitement non efficace /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Perte de l'efficacité au fil du temps /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Besoin de changer le traitement pour plus d'efficacité/\_\_/oui ;/\_\_/non
- Etre dans le traitement de «dernière chance» /\_\_/oui ;/\_0\_/non
- Croire que ce traitement va agir immédiatement /\_\_/oui ;/\_\_/non
- Utilisation de thérapeutiques traditionnelles seules /\_\_/oui ;/\_0\_/non ;
  - o *Plantes médicinales, parties d'animaux, minéraux* /\_\_/oui ;/\_\_/non
  - o *Thérapeutiques physiques*  
(Saignée, acupuncture, ostéopathie, thermale... /\_\_/oui ;/\_\_/non
  - o *Thérapeutiques mentales, spirituelles, impliquant l'esprit* /\_\_/oui ;/\_\_/non
  - o Autres
- Thérapeutiques traditionnelles combinées aux traitements médicamenteux/\_\_/oui ;/\_\_/non

### **3. Alliance thérapeutique**

- L'alliance thérapeutique dépend de la qualité de l'information dispensée /\_\_/oui ;/\_\_/non
- L'alliance thérapeutique dépend des effets secondaires des traitement /\_\_/oui ;/\_\_/non
- L'alliance thérapeutique dépend du coût des traitements/\_\_/oui ;/\_\_/non
- L'alliance thérapeutique dépend d'autres facteurs /\_\_/oui ;/\_0\_/non

## **ANNEXE 2 :**

### **Indice fonctionnel HAQ (Health assessment questionnaire)**

Il s'agit d'un indice reflétant le statut fonctionnel (capacité fonctionnelle) du patient. Le HAQ (Health Assessment Questionnaire) est un auto-questionnaire (adaptation française du Stanford Questionnaire) mesurant les aptitudes quotidiennes du patient la semaine précédente.

Son Mode d'emploi en pratique:

Le patient remplit seul son questionnaire. Chaque question est cotée de 0 à 3 selon la difficulté ressentie par le patient:

- 0 = aucune difficulté.
- 1 = quelques difficultés.
- 2 = beaucoup de difficultés.
- 3 = impossible.

La note pour chacun des 8 domaines est celle correspondant à la note la plus forte obtenue parmi les 2-3 réponses aux questions du domaine (idem si donnée manquante). La notion d'une aide et/ou d'un recours à des appareils modifie la cotation qui devient au moins 2. On attribue la note 3 si la note préalable est déjà =3.

L'indice fonctionnel ou "disability index", est la somme des cotations des divers domaines concernés, divisée par 8 (nombre de domaines évalués). On peut proposer, par exemple, une mesure tous les 6-12 mois.

**Interprétation: le score obtenu est compris entre 0 et 3.**



*RÉSUMÉ*



## Résumé

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le chef de file des rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle concerne environ 1% de la population. C'est une affection qui peut être à l'origine d'un handicap important dans ses formes sévères, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Globalement, c'est une pathologie qui retentit sur la QDV, sur la capacité de travail et à long terme sur l'espérance de vie.

Cet impact psychosocial de la maladie peut être responsable dans la génération de systèmes de peurs et de croyances chez les patients, qui ne sont pas forcément basés sur des éléments objectifs. Ils peuvent être en rapport avec leur système personnel de représentation de la maladie ou avec celui de la société au sens large. Ces peurs et ces croyances ont un impact sur la qualité de vie, l'adhérence aux traitements, et la capacité d'accepter les effets indésirables.

**L'objectif** de notre étude est d'identifier les peurs et les croyances chez les patients atteints de la PR, de différencier les peurs et croyances effectives et les autres plus irrationnelles, et de pouvoir apporter des réponses aux patients dans un objectif pédagogique mais surtout de réassurance.

**Matériels et méthodes** : nous avons mené une enquête descriptive qualitative auprès des patients atteints de PR.

Nous avons élaboré un questionnaire portant sur six dimensions : Les facteurs responsables de la maladie, les causes de déclenchement des poussées de la maladie, les craintes par rapport à l'évolution de la maladie, les craintes par rapport aux conséquences possibles de la maladie, les peurs concernant les traitements de la maladie, et l'alliance thérapeutique.

Des entretiens individuels de 30mn à 1 heure ont été réalisés avec les patients souffrant de PR à base de deux questionnaires : le premier fait par notre équipe et le deuxième par des interviewers psychiatres.

**Résultats :** Nous avons inclus 40 patients atteints de PR. L'âge moyen était de 51,7ans (30–80ans) avec une prédominance féminine (85%des cas). La durée moyenne d'évolution était de  $7,97 \pm 6,8$  ans (1–20ans). Nous avons relevé 92,2% marié, 5,2% veufs, 2,6% célibataire. Le salaire moyen était de 2540,80Dirhams (0–9000). 50% des patients étaient illettrés. Le HAQ moyen était de 1,52(1–2,70). Le DAS28 moyen était de 2,8 (activité faible). La vitesse de sédimentation était de 27,05mm/h (6–91). Concernant l'activité professionnelle, 95% des femmes étaient sans profession, alors que 62,5% étaient des hommes retraités. Le facteur rhumatoïde était positif dans 83% des cas. Les ACPA étaient positifs dans 78% des cas. Le caractère érosif de la PR est retrouvé dans 20% des cas.65% étaient sous corticothérapie à dose moyenne de 7,5mg/j sur une durée moyenne de prise de 7,2 ans.

Dans le domaine des croyances, 52,5% des patients de l'étude ont des croyances culturelles quant aux facteurs responsables de la maladie. Plus de 75% ont des croyances que le stress, les facteurs environnementaux, l'activité physique ou professionnelle sont des facteurs déclenchants de la maladie.

Pour les peurs concernant l'évolution de la maladie, 80% sont à propos de l'imprévisibilité de l'évolution de la maladie, la recrudescence de la maladie ou des exacerbations, la rapidité d'évolution ou des exacerbations fréquentes, la déformation physique et/ou l'ankylose, et l'invalidité.

Plus des deux tiers des patients ont des peurs liées à l'impact de la maladie, à savoir la dépendance, être incapable de s'occuper de ses enfants. Plus de 80% ont des peurs concernant les effets secondaires et l'efficacité des traitements. Enfin, l'alliance thérapeutique dépend selon plus de 80% des patients de la qualité d'information dispensée, des effets secondaires et du coût des traitements prescrits.

**Conclusion :** Les peurs et les croyances des patients peuvent influencer négativement sur l'évolution de la PR. Ils peuvent également détourner les patients d'une prise en charge optimale de la maladie.

## Abstract

Rheumatoid arthritis (RA) is the leading chronic inflammatory rheumatic disease. It affects about 1% of the population. It is a condition that can be the cause of significant disability in its severe forms, and can be life-threatening. Globally, it is a pathology that has an impact on the quality of life, on the ability to work and, in the long term, on life expectancy.

This psychosocial impact of the disease may be responsible of the generation of fear and belief systems in patients, which are not necessarily based on objective elements. They may be related to their personal system of representation of the disease or to that of society at large. These fears and beliefs have an impact on quality of life, adherence to treatment, and the ability to accept adverse effects.

**The aim** of our study is to identify fears and beliefs in patients with RA, to differentiate between effective fears and beliefs and more irrational ones, and to provide answers to patients with a pedagogical objective but above all to reassure them.

**Materials and methods:** We conducted a qualitative descriptive survey of RA patients.

We developed a questionnaire covering six dimensions: Factors responsible for the disease, causes of disease flare-ups, fears regarding the evolution of the disease, fears regarding the possible consequences of the disease, fears regarding the treatments of the disease, and the therapeutic alliance.

Individual interviews of 30mn to 1 hour were carried out with RA patients based on two questionnaires: the first one made by our team and the second one by psychiatrist interviewers.

**Results:** We included 40 patients with RA. The mean age was 51.7 years (30–80 years) with a female predominance (85% of cases). The mean duration of evolution was  $7.97 \pm 6.8$  years (1–20 years). We found 92.2% married, 5.2% widowed, 2.6% single. The average salary was 2540,80Dirhams (0–9000). 50% of the patients were illiterate. The mean HAQ was 1.52 (1–2.70). The mean DAS28 was 2.8 (low activity). The sedimentation rate was 27.05mm/h (6–91).

Regarding occupational activity, 95% of the women were non-occupational, whereas 62.5% were retired men. Rheumatoid factor was positive in 83% of cases. ACPA was positive in 78% of cases. The erosive character of RA was found in 20% of cases. 65% were on corticosteroid therapy at a mean dose of 7.5 mg/d for a mean duration of 7.2 years.

In the area of beliefs, 52.5% of the patients in the study had cultural beliefs about the factors responsible for the disease. More than 75% have beliefs that stress, environmental factors, physical or professional activity are triggers of the disease.

For fears concerning the evolution of the disease, 80% are about the unpredictability of the evolution of the disease, the recrudescence of the disease or exacerbations, the rapidity of evolution or frequent exacerbations, physical deformation and/or ankylosis, and disability.

More than two-thirds of patients have fears related to the impact of the disease, i.e., dependence, being unable to care for their children. More than 80% have fears about the side effects and effectiveness of treatments. Finally, the therapeutic alliance depends according to more than 80% of patients on the quality of information provided, side effects and cost of prescribed treatments.

**Conclusion :** Patients' fears and beliefs can negatively influence the evolution of RA. They may also distract patients from optimal disease management.

## ملخص

التهاب المفاصل الروماتويدي (RA) هو الرائد في الروماتيزم الالتهابي المزمن. يتعلق بحوالي 1٪ من السكان. إنه داء يمكن أن يكون سببًا لإعاقة كبيرة في أشكاله الحادة، والتي يمكن أن تهدد الحياة. بشكل عام، هو مرض يؤثر على جودة العمل والقدرة على العمل وعلى المدى الطويل، على أمد الحياة. قد يكون التأثير النفسي الاجتماعي لهذا المرض مسؤولاً عن توليد أنظمة الخوف والمعتقدات لدى المرضى، والتي لا تستند بالضرورة إلى عناصر موضوعية. يمكن أن تكون مرتبطة بنظامهم الشخصي لتمثيل المرض أو نظام المجتمع ككل. تؤثر هذه المخاوف والمعتقدات على جودة الحياة والالتزام بالعلاج والقدرة على التعامل مع الآثار الجانبية.

**الهدف من دراستنا :** هو تحديد المخاوف والمعتقدات لدى مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي، للتمييز بين المخاوف والمعتقدات الفعلية من تلك غير المنطقية، وللتمكن من تقديم إجابات للمرضى للأغراض التعليمية ولكن قبل كل شيء بهدف بيداغوجي معنوي.

**المواد والطرق:** أجرينا استجواب وصفيًا نوعيًا لمرضى التهاب المفاصل الروماتويدي.

قمنا بتطوير استبيان يغطي ستة أبعاد : العوامل المسؤولة عن المرض، أسباب تفشي المرض، مخاوف بشأن مسار المرض، مخاوف بشأن العواقب المحتملة للمرض، مخاوف بشأن علاج المرض، والتحالف العلاجي.

تم إجراء المقابلات الفردية التي استمرت 30 دقيقة إلى ساعة واحدة مع مرضى يعانون من التهاب المفاصل الروماتويدي على أساس استبيانين : الأول قام به فريقنا والثاني بواسطة أطباء نفسيين.

**نتائج:** قمنا بتضمين 40 مريضًا مصابًا بالتهاب المفاصل الروماتويدي . كان متوسط العمر 51.7 سنة (30-80 سنة) مع غلبة للنساء (85٪ من الحالات). كان متوسط مدة التطور  $7.97 \pm 6.8$  سنة (1-20 سنة). وجدنا 92.2٪ متزوجين، 5.2٪ أرامل، 2.6٪ غير متزوجين . كان متوسط الراتب 540.80،2 درهم (0-9000). 50٪ من المرضى كانوا أميين . وفيما يتعلق بالنشاط المهني للمرضى، كانت 95٪ من النساء

عاطلات عن العمل، بينما 62.5% من الرجال متقاعدین. كان متوسط مؤشر الجودة الوظيفية لتقييم الحياة (HAQ) يساوي 1.52 (1-2.70). بالنسبة لمتوسط النشاط (DAS28) يساوي 2.8 (نشاط منخفض).

كان معدل ترسيب الخلايا الحمراء 27.05 مم / ساعة (6-91). وفيما يخص تحاليل الروماتيزم، تحليل مضادات الأجسام المقاومة للبيتيد السيترووليني (ACPAs) والعامل الروماتويدي (RF) : كانت ACPAs إيجابية في 78% من الحالات بينما كان العامل الروماتويدي موجباً في 83% من الحالات. 65% من المرضى كانوا يتلقون العلاج في الكورتيكوستيرويد بمتوسط جرعة 7.5 ملغ / يوم على مدى 7.2 سنة. تم العثور على الطبيعة التآكلية للمرض عند 20% من الحالات المدروسة.

في مجال المعتقدات، 52.5% من المرضى في الدراسة لديهم معتقدات ثقافية حول العوامل المسؤولة عن المرض. يعتقد أكثر من 75% أن الإجهاد أو العوامل البيئية أو النشاط البدني أو العمل هي من مسببات المرض.. بالنسبة للمخاوف بشأن مسار المرض، فإن 80% منها تتعلق بعدم القدرة على التنبؤ بمسار المرض، وعودة ظهور المرض أو التفاقم، وسرعة التقدم أو التفاقم المتكرر، والتشوه الجسدي و / أو القسط، والعجز.. أكثر من ثلثي المرضى لديهم مخاوف تتعلق بتأثير المرض، وتحديد الإدمان، وكونهم من مقدمي الرعاية للأسرة، وعدم القدرة على رعاية أطفالهم . أكثر من 80% يخشون الآثار الجانبية وفعالية العلاج . أخيراً، وفقاً لأكثر من 80% من المرضى، يعتمد التحالف العلاجي على جودة المعلومات المقدمة والآثار الجانبية وتكلفة العلاجات الموصوفة.

**استنتاج:** يمكن أن تؤثر مخاوف و معتقدات المرضى سلباً على المسار التطوري لمرض التهاب المفاصل

الروماتويدي. يمكنهم أيضاً صرف انتباه المرضى عن إتباع السلوك الأمثل في معالجة وإدارة المرض.



***BIBLIOGRAPHIE***



1. **Guillemin F.**  
Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rheum Dis.* 1 oct 2005;64(10):1427-30.
2. **Miossec P.**  
[Physiopathology of rheumatoid polyarthritis]. *Ann Biol Clin (Paris).* août 1997;55(4):319-22.
3. **Birch JT, Bhattacharya S.**  
Emerging Trends in Diagnosis and Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Prim Care Clin Off Pract.* déc 2010;37(4):779-92.
4. **Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW.**  
Rheumatoid arthritis. *The Lancet.* sept 2010;376(9746):1094-108.
5. **Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC.**  
The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007;133(4):581-624.
6. **Palominos PE, Gasparin AA, de Andrade NPB, Xavier RM, da Silva Chakr RM, Igansi F, et al.**  
Fears and beliefs of people living with rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Adv Rheumatol.* déc 2018;58(1):1.
7. **Berenbaum PF, Chauvin DP, Gossec DL, Hudry DC, Joubert DJ-M, Mathoret-Philibert MF, et al.**  
FONDATION ARTHRITIS et UCB. :5.
8. **Nesher G, Moore TL.**  
Rheumatoid Arthritis in the Aged: Incidence and Optimal Management. *Drugs Aging.* 1993;3(6):487-501.
9. **Verstappen SMM.**  
The impact of socio-economic status in rheumatoid arthritis: What do(n't) we know? *Rheumatology.* 10 déc 2016;kew428.
10. **Bengtsson C.**  
Socioeconomic status and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis.* 26 août 2005;64(11):1588-94.
11. **Harrison MJ, Farragher TM, Clarke AM, Manning SC, Bunn DK, Symmons DPM.**  
Association of functional outcome with both personal- and area-level socioeconomic inequalities in patients with inflammatory polyarthritis. *Arthritis Rheum.* 15 oct 2009;61(10):1297-304.

12. **DAMIEN-ANDAR;**  
Diagnostic précoce de la Polyarthrite Rhumatoïde. [cité 13 sept 2021].
13. **Kamissoko AB, Eloundou P, Traoré M, Diallo ML, Mendo G, Diallo MF, et al.**  
Profil et qualité de vie de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde en Guinée Conakry et au Cameroun. Pan Afr Med J. 19 avr 2021;38:379.
14. **Chan K-WA, Felson DT, Yood RA, Walker AM.**  
The lag time between onset of symptoms and diagnosis of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. juin 1994;37(6):814-20.
15. **Barhamain A, Magliah R, Shaheen M, Munassar S, Falemban A, Alshareef M, et al.**  
The journey of rheumatoid arthritis patients: a review of reported lag times from the onset of symptoms. Open Access Rheumatol Res Rev. juill 2017;Volume 9:139-50.
16. **Masson E.**  
Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde [Internet]. EM-Consulte. [Cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/25085/place-du-medecin-generaliste-dans-la-prise-en-charge>
17. **Khadija AIT MBAREK**  
Prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde par le médecin généraliste au Maroc. 14 Avril 2014.FMPM-these41-17. [Cité 13 sept 2021].
18. **Grassi W, De Angelis R, Lamanna G, Cervini C.**  
The clinical features of rheumatoid arthritis. Eur J Radiol. mai 1998;27:S18-24.
19. **Dougados M.**  
Comorbidities in rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol. mai 2016;28(3):282-8.
20. **Apostolos Kontzias,**  
Polyarthrite rhumatoïde (PR) – Troubles osseux, articulaires et musculaires .Manuels MSD pour le grand public. Faculté de médecine de l'Université Stony Brook [cité 29 sept 2021].
21. **Sara BEN RAHAL**  
La fatigue au cours de la polyarthrite rhumatoïde; 24 juin 2021. FMPM-these89-21. [Cité 29 sept 2021].
22. **Morel J, Combe B.**  
How to predict prognosis in early rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. févr 2005;19(1):137-46.

23. **Combe B, Landewe R, Lukas C, Bolosiu HD, Breedveld F, Dougados M, et al.**  
EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Ann Rheum Dis.* 30 juin 2006;66(1):34-45.
24. **Yassine CHAOUQUI**  
Prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde : Comparaison entre les biothérapies et les traitements classiques; FMPM-these01-18. 05 Janvier 2018.
25. **Van Gestel AM, Prevoo MLL, van't Hof MA, van Rijswijk MH, van de Putte LBA, van Riel PLCM.**  
Development and validation of the european league against rheumatism response criteria for rheumatoid arthritis: Comparison with the preliminary american college of rheumatology and the world health organization/international league against rheumatism criteria. *Arthritis Rheum.* janv 1996;39(1):34-40.
26. **Felson DT, Anderson JJ, Boers M, Bombardier C, Furst D, Goldsmith C, et al.**  
American college of rheumatology preliminary definition of improvement in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* juin 1995;38(6):727-35.
27. **American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines.**  
Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 Update. *Arthritis Rheum.* févr 2002;46(2):328-46.
28. **Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al.**  
EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis.* mars 2014;73(3):492-509.
29. **Dixon WG, Abrahamowicz M, Beauchamp M-E, Ray DW, Bernatsky S, Suissa S, et al.**  
Immediate and delayed impact of oral glucocorticoid therapy on risk of serious infection in older patients with rheumatoid arthritis: a nested case-control analysis. *Ann Rheum Dis.* juill 2012;71(7):1128-33.
30. **Del Rincón I, Battafarano DF, Restrepo JF, Erikson JM, Escalante A.**  
Glucocorticoid Dose Thresholds Associated With All-Cause and Cardiovascular Mortality in Rheumatoid Arthritis: Glucocorticoid Dose Thresholds and Increased Mortality Rates in RA. *Arthritis Rheumatol.* févr 2014;66(2):264-72.
31. **Société Marocaine de Rhumatologie – SMR . [cité 25 juill 2021].**
32. **Hajjaj-Hassouni N.**

- Rheumatoid Arthritis in Morocco: Past and Present. *Int J Med Surg.* 2017;4(s):41 -4. Recherche Google [Internet]. [Cité 19 août 2021].
33. **Ibn Yacoub Y, Amine B, Laatiris A, Wafki F, Znat F, Hajjaj–Hassouni N.**  
Fatigue and severity of rheumatoid arthritis in Moroccan patients. *Rheumatol Int.* juill 2012;32(7):1901-7.
34. **Anne Tournadre, Bruno Pereira, Laure Gossec, Martin Soubrier, Maxime Dougados**  
Impact des comorbidités sur la fatigue dans la polyarthrite rhumatoïde : Résultats d'un programme infirmier de prise en charge des comorbidités (COMEDRA) – November 2019, Pages 597-603.
35. **Brahem M, Marwa H, Hachfi H, Rihab S, Ardhaoui M, Younes M.**  
Perturbation du sommeil au cours de la polyarthrite rhumatoïde et facteurs associés. *Rev Rhum.* déc 2020;87:A144.
36. **HAS; Recommandations professionnelles Novembre 2007**  
Polyarthrite rhumatoïde; Prise en charge initiale. Haute Autorité de Santé.
37. **HAS ; Recommandations professionnelles septembre 2007**  
Polyarthrite rhumatoïde Prise en charge en phase d'état .Haute Autorité de Santé.
38. **Cunningham NR, Kashikar–Zuck S.**  
Non pharmacological Treatment of Pain in Rheumatic Diseases and Other Musculoskeletal Pain Conditions. *Curr Rheumatol Rep.* févr 2013;15(2):306.
39. **Julie VACHON**  
Médecine traditionnelle et médecine conventionnelle en Nouvelle-Calédonie: Opinion des médecins généralistes du territoire. 17 juin 2014
40. **Gérard Reach.,**  
Société d'Education thérapeutique Européenne, N°2, 2ème semestres 2004
41. **Ziarko M, Mojs E, Piasecki B, Samborski W.**  
The Mediating Role of Dysfunctional Coping in the Relationship between Beliefs about the Disease and the Level of Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Sci World J.* 2014;2014:1-6.

42. **Petrie K, Weinman J.**  
Why illness perceptions matter. *Clin Med.* 1 nov 2006;6(6):536-9.
43. **Scharloo M, Kaptein AA, Schlösser M, Pouwels H, Bel EH, Rabe KF, et al.**  
Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Asthma.* janv 2007;44(7):575-81.
44. **Hagger M, Orbell S.**  
A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychol Health – PSYCHOL Health.* 1 avr 2003;18:141-84.
45. **Bruce B, Fries JF. [No title found].**  
*Health Qual Life Outcomes.* 2003;1(1):20.
46. **Treharne GJ, Kitas GD, Lyons AC, Booth DA.**  
Well-being in Rheumatoid Arthritis: The Effects of Disease Duration and Psychosocial Factors. *J Health Psychol.* mai 2005;10(3):457-74.
47. **Groarke A, Curtis R, Coughlan R, Gsel A.**  
The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychol Health.* oct 2005;20(5):597-613.
48. **Schiaffino KM, Shawaryn MA, Blum D.**  
Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illnesses. *Health Psychol.* 1998;17(3):262-8.
49. **Maska L, Anderson J, Michaud K.**  
Measures of functional status and quality of life in rheumatoid arthritis: Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ), Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ), Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ), Health Assessment Questionnaire II (HAQ-II), Improved Health Assessment Questionnaire (Improved HAQ), and Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL). *Arthritis Care Res.* 2011;63(S11):S4-13.
50. **Daltroy LH, Larson MG, Eaton HM, Phillips CB, Liang MH.**  
Discrepancies between self-reported and observed physical function in the elderly: the influence of response shift and other factors. *Soc Sci Med.* juin 1999;48(11):1549-61.

51. **Berner C, Erlacher L, Fenzl KH, Dorner TE.**  
A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. *Health Qual Life Outcomes*. déc 2018;16(1):238.
52. **Wolfe F.**  
A reappraisal of HAQ disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. déc 2000;43(12):2751-61.
53. **Graves H, Scott DL, Lempp H, Weinman J.**  
Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*. nov 2009;67(5):417-23.
54. **Devins GM, Gupta A, Cameron J, Woodend K, Mah K, Gladman D.**  
Cultural syndromes and age moderate the emotional impact of illness intrusiveness in rheumatoid arthritis. *Rehabil Psychol*. 2009;54(1):33-44.
55. **Lartin-Florestan M.**  
Étude de la place des croyances populaires en consultation de médecine générale à l'île de La Réunion: point de vue des médecins. :66.
56. **On the Origin of Rheumatoid Arthritis: The Impact of Environment and Genes—A Population Based Twin Study [Internet]. [cité 19 août 2021].**  
Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0057304>
57. **Carmona L, Cross M, Williams B, Lassere M, March L.**  
Rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. déc 2010;24(6):733-45.
58. **Stojanovich L, Marisavljevic D.**  
Stress as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmun Rev*. janv 2008;7(3):209-13.
59. **Shepshelovich D, Shoenfeld Y.**  
Prediction and prevention of autoimmune diseases: additional aspects of the mosaic of autoimmunity. *Lupus*. mars 2006;15(3):183-90.
60. **Jihyoun Jean, Mengmeng Du, Robert E. Schoen**  
Determining Risk of Colorectal Cancer and Starting Age of Screening Based on Lifestyle, Environmental, and Genetic Factors. 2018 Feb 17
61. **M.AL Laith**  
Arthritis Prevention In the Pre-clinical Phase of Rheumatoid Arthritis with Abatacept. 4juillet2014

62. **Deane KD, Demoruelle MK, Kelmenson LB, Kuhn KA, Norris JM, Holers VM.**  
Genetic and environmental risk factors for rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* févr 2017;31(1):3-18.
63. **Huerta PT, Kowal C, DeGiorgio LA, Volpe BT, Diamond B.**  
Immunity and behavior: Antibodies alter emotion. *Proc Natl Acad Sci.* 17 janv 2006;103(3):678-83.
64. **Salminen E, Heikkilä S, Poussa T, Lagström H, Saario R, Salminen S.**  
Female Patients Tend to Alter Their Diet Following the Diagnosis of Rheumatoid Arthritis and Breast Cancer. *Prev Med.* mai 2002;34(5):529-35.
65. **Smedslund G, Byfuglien MG, Olsen SU, Hagen KB.**  
Effectiveness and Safety of Dietary Interventions for Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Am Diet Assoc.* mai 2010;110(5):727-35.
66. **Hu Y, Costenbader KH, Gao X, Al-Daabil M, Sparks JA, Solomon DH, et al.**  
Sugar-sweetened soda consumption and risk of developing rheumatoid arthritis in women. *Am J Clin Nutr.* 1 sept 2014;100(3):959-67.
67. **recommandations-pr-abrege.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2021].**  
Disponible sur: <http://www.smr.ma/docs/reco-2013/recommandations-pr-abrege.pdf>
68. **Full article: Fear-avoidance beliefs about physical activity in adults with rheumatoid arthritis [Internet]. [cité 28 juill 2021].**
69. **Vallerand IA, Patten SB, Barnabe C.**  
Depression and the risk of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* mai 2019;31(3):279 -84.
70. **Berenbaum F, Chauvin P, Hudry C, Mathoret-Philibert F, Poussiere M, De Chalus T, et al.**  
Fears and Beliefs in Rheumatoid Arthritis and Spondyloarthritis: A Qualitative Study. Wallace GR, éditeur. *PLoS ONE.* 4 déc 2014;9(12):e114350.
71. **Alexandre MORCHAIN**  
CONNAISSANCES, PEURS ET CROYANCES DES PATIENTS SUR LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE : résultats d'une étude observationnelle dans le département du Nord/ 20 sep 2017. [pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/15f928bc-8fc1-49f5-802f-e78b37cf5d62](http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/15f928bc-8fc1-49f5-802f-e78b37cf5d62)
72. **Wright V, Owen S.**  
THE EFFECT OF RHEUMATOID ARTHRITIS ON THE SOCIAL SITUATION OF HOUSEWIVES. *Rheumatology.* 1976;15(3):156-60.

73. **Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T, Hannonen P, Korpela M, Julkunen H, et al.**  
Impact of initial aggressive drug treatment with a combination of disease-modifying antirheumatic drugs on the development of work disability in early rheumatoid arthritis: A five-year randomized followup trial: Aggressive DMARD Treatment and Work Disability in Early RA. *Arthritis Rheum.* janv 2004;50(1):55-62.
74. **Allaire S, Wolfe F, Niu J, Lavalley M, Michaud K.**  
Work disability and its economic effect on 55–64-year-old adults with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 15 août 2005;53(4):603-8.
75. **Prevoo MLL, Van'T Hof MA, Kuper HH, Van Leeuwen MA, Van De Putte LBA, Van Riel PLCM.**  
Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis: MODIFIED DISEASE ACTIVITY SCORE. *Arthritis Rheum.* janv 1995;38(1):44-8.
76. **Gérard THIBAUD, Sonia TROPÉ, ANDAR**  
L'impact de la PR sur votre vie professionnelle, PARLONS-EN ! Polyarthrite-andar.com/IMG/pdf/brochure\_pret\_patients.pdf
77. **Isabelle Carey Berner, Jean Dudler, Nicolas Theumann**  
Polyarthrite rhumatoïde et grossesse. *Revue Médicale Suisse* 2005.
78. **Mona BOURG.**  
Etude relative à la fertilité des femmes atteintes d'un rhumatisme inflammatoire chronique « FERTIRHUM » 17 Octobre 2018. UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER FACULTÉS DE MÉDECINE.
79. **Hobgood C, Peck CR, Gilbert B, Chappell K, Zou B.**  
Medical Errors–What and When: What Do Patients Want to Know? *Acad Emerg Med.* nov 2002;9(11):1156-61.
80. **Ziegler DK, Mosier MC, Buenaver M, Okuyemi K.**  
How Much Information About Adverse Effects of Medication Do Patients Want From Physicians? *Arch Intern Med.* 12 mars 2001;161(5):706.
81. **Pasma A, van 't Spijker A, Luime JJ, Walter MJM, Busschbach JJV, Hazes JMW.**  
Facilitators and Barriers to Adherence in the Initiation Phase of Disease-modifying Antirheumatic Drug (DMARD) Use in Patients with Arthritis Who Recently Started Their First DMARD Treatment. *J Rheumatol.* mars 2015;42(3):379-85.

82. **Van Geffen EC, Gardarsdottir H, van Hulten R, van Dijk L, Egberts AC, Heerdink ER.**  
Initiation of antidepressant therapy: do patients follow the GP's prescription? Br J Gen Pract. 1 févr 2009;59(559):81-7.
83. **Horne R, Albert A, Boone C.**  
Relationship between beliefs about medicines, adherence to treatment, and disease activity in patients with rheumatoid arthritis under subcutaneous anti-TNF $\alpha$  therapy. Patient Prefer Adherence. juin 2018;Volume 12:1099-111.
84. **Lorish CD, Richards B, Brown S.**  
Perspective of the patient with rheumatoid arthritis on issues related to missed medication. Arthritis Care Res Off J Arthritis Health Prof Assoc. juin 1990;3(2):78-84.
85. **Lartin-Florestan M.**  
Étude de la place des croyances populaires en consultation de médecine générale à l'île de La Réunion: point de vue des médecins. :66.
86. **Zwicker HE, van den Ende CH, van Lankveld WG, den Broeder AA, van den Hoogen FH, van de Mosselaar B, et al.**  
Effectiveness of a group-based intervention to change medication beliefs and improve medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. Patient Educ Couns. mars 2014;94(3):356-61.
87. **Goodacre LJ.**  
Factors influencing the beliefs of patients with rheumatoid arthritis regarding disease-modifying medication. Rheumatology. 27 janv 2004;43(5):583-6.
88. **Neame R, Hammond A.**  
Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. Rheumatology. 1 juin 2005;44(6):762-7.
89. **Masson E.**  
Croyances sur l'utilisation des glucocorticoïdes dans la polyarthrite rhumatoïde [Internet]. EM-Consulte. [cité 3 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1416761/article/croyances-sur-l-utilisation-des-glucocorticoïdes-d>
90. **Maxime CORBISIER.**  
Utilisation des plantes médicinales en rhumatologie : évaluation de la prévalence et des facteurs sociodémographiques et médicaux associés. 22 septembre 2015. UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER FACULTE DE MEDECINE.
91. **Hawley DJ.**

- Psycho-educational interventions in the treatment of arthritis. *Baillières Clin Rheumatol.* nov 1995;9(4):803-23.
92. **HAS ; Recommandations professionnelles mars 2007;**  
Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels .Haute Autorité de Santé. [Cité 11 août 2021].
93. **Welch V, Brosseau L, Casimiro L, Judd M, Shea B, Tugwell P, et al.**  
Thermotherapy for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane Musculoskeletal Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 22 avril 2002;
94. **Ramos-Remus C, Salcedo-Rocha AL, Prieto-Parra RE, Galvan-Villegas F.**  
How important is patient education? *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 1 déc 2000;14(4):689-703.
95. **Donovan JL.**  
Patient Decision Making: *The Missing Ingredient in Compliance Research.* *Int J Technol Assess Health Care.* 1995;11(3):443-55.
96. **Charles C, Gafni A, Whelan T.**  
Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* sept 1999;49(5):651-61.
97. **Horne R.**  
Patients' beliefs about treatment. *J Psychosom Res.* déc 1999;47(6):491-5.
98. **O'Brien BJ, Elswood J, Calin A.**  
Willingness to accept risk in the treatment of rheumatic disease. *J Epidemiol Community Health.* 1 sept 1990;44(3):249-52.
99. **Masson E.**  
L'éducation thérapeutique pour la polyarthrite rhumatoïde : pourquoi, quand et comment ? [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 11 août 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1199635>
100. **Dures E, Hewlett S.**  
Cognitive-behavioural approaches to self-management in rheumatic disease. *Nat Rev Rheumatol.* sept 2012;8(9):553-9.
101. **HAS; Recommandations Mai 2007**

Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie – aspects médico-sociaux et organisationnels. Haute Autorité de Santé. [Cité 11 août 2021].

**102. Bykerk V, Keystone E.**

What are the goals and principles of management in the early treatment of rheumatoid arthritis? Best Pract Res Clin Rheumatol. févr 2005;19(1):147-61.

**103. David R.Steinberg,**

Déformation en Boutonnière.MD, Faculté de médecine Perelman de Pennsylvanie, mai 2020.

**104. Jean SENTUCQ-RIGAL**

Saint-Lauren-du-Var, Association Médicale de la Fondation Tzanck, le 8/10/20.

**105. Médical-actu.**

Médecine-sport, Doigt en maillet récent-ancien, 13 décembre 2021

**106. [Mainetsport.com/deformation-col-cygne.html](https://www.mainetsport.com/deformation-col-cygne.html)**

# قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للسالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانياتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

## المخاوف والمعتقدات في التهاب المفاصل الروماتويدي

### الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2021/12/09

من طرف

**السيدة غادة بن الشانع**

المزودة في 12 ديسمبر 1994 بأسفي

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

الكلمات الأساسية:

التهاب المفاصل الروماتويدي - مخاوف - معتقدات

### اللجنة

الرئيس

ر. نعمان

السيد

أستاذ في أمراض الروماتيزم

المشرف

م. غازي

السيدة

أستاذة مبرزة في أمراض الروماتيزم

الحكم

إ. البوشي

السيدة

أستاذة في أمراض الروماتيزم