



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

ANNEE 2017

THESE N°041

Prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde par le médecin généraliste au Maroc

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/04/2017

PAR

Mlle. Khadija AIT MBAREK

Née le 25 Juillet 1991 à Taroudant

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

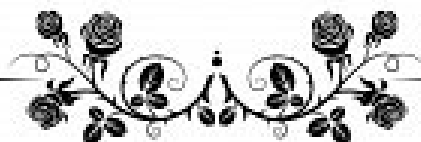
MOTS CLES :

Polyarthrite rhumatoïde – Médecin généraliste – Maroc

JURY

Mme.	L. ESSAADOUNI Professeur de Médecine interne	PRESIDENTE
M.	R. NIAMANE Professeur de Rhumatologie	RAPPORTEUR
Mme.	I. EL BOUCHTI Professeur agrégée de Rhumatologie	} JUGES
Mme.	A. BELKHOU Professeur agrégée de Rhumatologie	
M.	M. ZYANI Professeur agrégé de Médecine interne	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



إِقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ۝ خَلَقَ الْإِنْسَانَ
مِنْ عَلَقٍ ۝ إِقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ ۝ الَّذِي
عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ۝ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ ۝
صدقة الله العظيم



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.





**LISTE
DES**

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
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KISSANI Najib	Neurologie

AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SARF Ismail	Urologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	ZOUHAIR Said	Microbiologie

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HADEF Rachid	Immunologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	JALAL Hicham	Radiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie

BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie

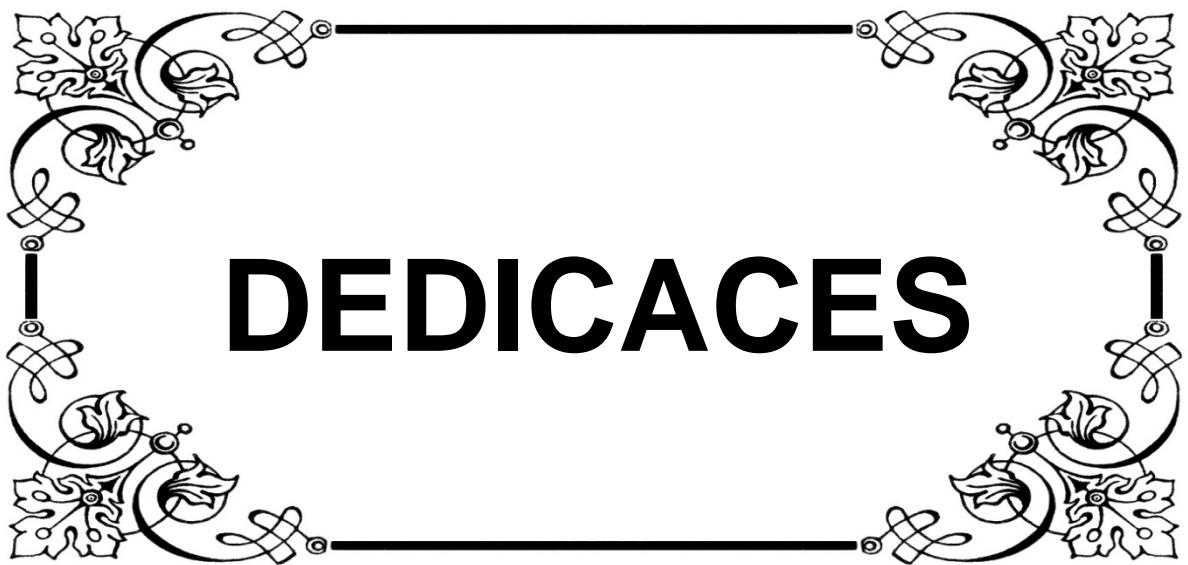
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAQUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFTTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELBACHIR Anass	Anatomie-pathologique	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie

BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-pathologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

HAZI Mirieme	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- Vasculaire
Hammoune Nabil	Radiologie		

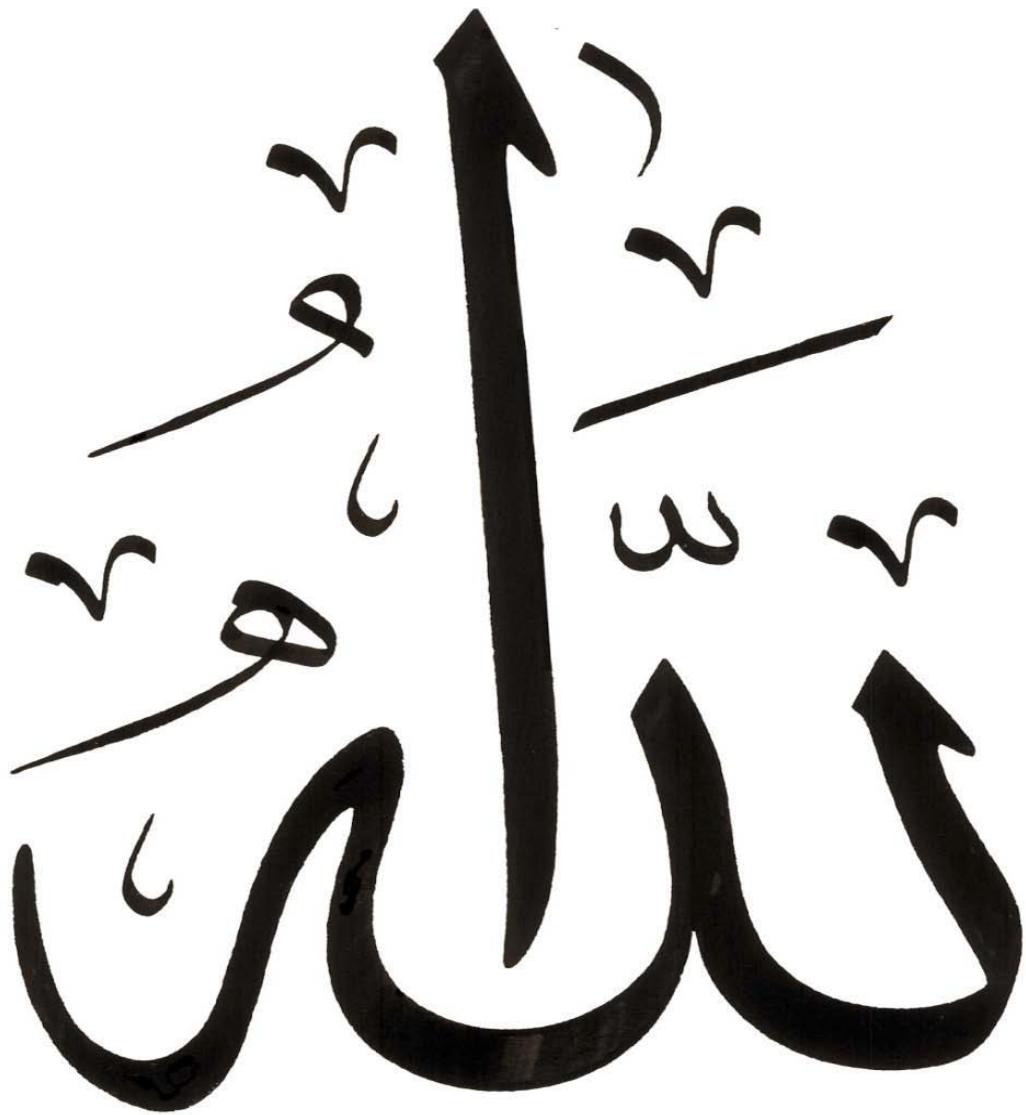


DEDICACES

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
L'amour, Le respect, la reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que :*



🌸 Je dédie cette thèse ... ✍️



*Au Bon dieu
Tout puissant qui m'a inspiré
Qui ma guidé dans le bon chemin
Je vous dois ce que je suis devenu
Louanges et remerciements
Pour votre clémence et miséricorde*

A MES TRÈS CHERS ET ADORABLES PARENTS :

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que vous n'avez jamais cessés de consentir pour mon instruction et mon bien-être.

J'espère être à la hauteur de vos espérances et ne jamais vous décevoir.

Je vous rends hommage par ce modeste travail.

Qu'Allah tout Puissant vous accorde le Paradis et vous procure santé, bonheur et longue vie.

A MES TRÈS CHÈRES SOEURS : RACHIDA ET HANAN,

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection. Vous avez toujours été là pour moi, à partager les moments les plus difficiles, mais aussi les plus joyeux. Veuille trouver, chères sœurs, dans ce travail le fruit de votre dévouement, l'expression de ma gratitude et mon profond amour. Puisse Dieu vous préserver des malheurs de la vie, vous procurer longue vie et réaliser tous vos rêves. J'espère que vous soyez aujourd'hui fière de moi.

Moi je suis très fière de vous.

A MES TRÈS CHERS FRÈRES : AZIZ ET YASSINE.

Que ce travail soit pour vous la preuve de mon attachement au symbole de la compassion que vous représentez pour nous tous.

Vous étiez toujours attentifs à mes moindres besoins et même à certains de mes caprices. Vous m'êtes très chers et j'ai beaucoup d'affection pour vous.

Puisse ce travail être le témoignage de ma tendresse et de mon indéniable amour.

Que dieu vous protège et vous procure santé, bonheur et succès dans toute votre vie

A MES TANTES ET MES COUSINS /cousines

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon indéfectible attachement familial et en reconnaissance de votre soutien et vos encouragements

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

*Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de mon grand amour et ma profonde affection.
Puissent vos âmes reposent en paix, Que Dieu, le tout puissant, vous recouvre de Sainte
Miséricorde.*

A mes chers neveux; AYMAN ET JAINNA.

A mes amis et collègues,

*A tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous
souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous
dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.*

A tous les médecins généralistes du Maroc qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

A Tous Mes enseignants tout au long de mes études.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

À tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.



¡ REMERCIEMEN ¡

A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THESE :

Pr. RADOUANE NIAMANE

PROFESSEUR DE RHUMATOLOGIE

A l'hôpital Militaire AVICENNE Marrakech

Je vous remercie tout particulièrement pour tout ce que vous avez fait pour m'encadrer.

Vous avez dirigé et accompagné de très près, à vrai dire pas à pas, jour par jour,

Et avec beaucoup de patience, l'élaboration de ce travail.

L'appui, le soutien et les encouragements

Que vous m'avez apportés tout au long de ce travail,

Votre détermination, votre attention aiguë aux tout petits détails,

Votre rigueur fort utile mais toujours bien assortie de vos nombreuses autres qualités humaines,

ont apporté une valeur inappréciable et déterminante dans l'achèvement de ce travail

Veillez trouver cher maître ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THESE : Pr L. ESSAADOUNI

PROFESSEUR DE MEDECINE INTERNE

Au CHU Mohamed VI de Marrakech

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement la présidence de notre jury. Vos qualités professionnelles nous ont beaucoup

marqués mais encore plus votre gentillesse et votre sympathie.

Veillez accepter, cher maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THESE : Pr I. EL BOUCHTI

PROFESSEUR DE RHUMATOLOGIE

Au CHU Mohamed VI de Marrakech

Merci d'avoir accepté de juger mon travail

Votre compétence, votre rigueur et vos qualités humaines exemplaires ont toujours suscité notre admiration.

Nous vous exprimons notre reconnaissance pour le meilleur accueil que vous nous avez réservé.

Veillez croire à l'expression de notre grande admiration et notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE : Pr A. BELKHOUCHE
PROFESSEUR DE RHUMATOLOGIE
Au CHU Mohamed VI de Marrakech

Vous nous faites le grand honneur de prendre part au jugement de ce travail. Nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines, vos qualités professionnelles qui ont toujours suscité notre admiration. Veuillez accepter, cher Maître, dans ce travail nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE : Pr M. ZYANI
PROFESSEUR DE MÉDECINE INTERNE
A l'hôpital Militaire AVICENNE Marrakech

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Nous avons apprécié votre rigueur, votre gentillesse et nous vous portons une grande considération pour vos qualités humaines et votre compétence professionnelle. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre grande estime et notre profond respect.

Veuillez trouver ici, chères Maîtres, le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.

A TOUS LES MEMBRES DE L'ASSOCIATION MG MAROC

Je tiens à remercier vivement Mme MCHICH ALAMI FATIMA ZOHRÀ, présidente de l'association MG Maroc et Mr Hamid Darnouni qui ont contribué à la réalisation de notre travail.

Veuillez trouver ici le témoignage respectueux de notre reconnaissance.

A MON MAÎTRE Pr MIRJAME GHAZI
PROFESSEUR ASSISTANT EN RHUMATOLOGIE
A l'hôpital Militaire AVICENNE Marrakech

Je tiens à vous remercier vivement, Professeur, pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, Votre compétence, votre gentillesse et votre disponibilité à mon égard ont forcé mon admiration et ma reconnaissance. Veuillez accepter, Professeur, l'assurance de mon estime et mon profond respect.

*A Dr Sarra Elgharras et Dr Ahmed Mougui : médecins résidents en rhumatologie
Je vous remercie pour votre soutien et votre aide.
Veuillez acceptez mes plus respectueuses salutations.*

A toute personne, qui de près ou de loin m'a aidée à la réalisation de ce travail.



ABREVIATION

LISTE DES ABREVIATIONS

ACR	:	American College of Rheumatology.
Anti cox2	:	Anti coxibs 2.
AINS	:	Anti-inflammatoire non stéroïdien.
CI	:	Contre indication.
EULAR	:	European League Against Rheumatism.
MG	:	Médecins généralistes.
SFR	:	Société Française de Rhumatologie.
PR	:	Polyarthrite Rhumatoïde.
RH	:	Rhumatologue.
Rx	:	Radiologie.
VS	:	Vitesse de sédimentation.
CRP	:	Protéine C Réactive.
ACPA	:	Anticorps anti-peptides cycliques citrullinés.
CAT	:	Conduite à tenir.
MCP	:	Métacarpo-phalangienne.
MTP	:	Métatarso-phalangienne.
MTX	:	Méthotrexate.
SMR	:	Société Marocaine de Rhumatologie.
DAS28	:	Disease Activity Score 28.
SLEDAI	:	Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index.
ASDAS	:	Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score.
BASDAI	:	Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index.



PLAN

INTRODUCTION	01
MATERIEL ET METHODES	04
I. Objectif de l'étude	05
II. Méthodologie	05
1. Type de l'étude :	05
2. Population cible :	05
3. Variables étudiées :	05
4. Collecte des données :	07
4.1. Elaboration du questionnaire	07
4.2. Distribution du questionnaire	08
5. Outil utilisé	08
6. Considérations éthiques	08
RESULTATS	09
I. Données générales	10
1. Taux de réponse	10
2. Répartition des MG selon le secteur d'activité	12
3. Civilité	12
4. Répartition selon le nombre de patients vus en consultation pour PR par mois.	13
5. MG ayant un rhumatologue référent	13
6. Nombre de MG qui reçoivent une réponse écrite du rhumatologue	14
II. 2^{ème} partie (QCM n°1 à 3) :	14
1. QCM n°1 : Diagnostic positif de la synovite.	14
2. QCM n°2 : Le retard diagnostique d'une PR.	15
3. QCM n°3 : Diagnostic d'une PR débutante.	15
III. 3^{ème} partie (cas clinique : QCM n°4 à 7)	16
IV. 4^{ème} partie (QCM n°4 à 10) :	22
DISCUSSION	27
I. Données générales sur la PR	28
II. Prise en charge de la PR	28
1. Traitement médicamenteux	29
1.1. Traitements symptomatiques	29
1.2. Traitement de fond:	30

1.3. Traitements biologiques	31
1.4. Les traitements médicamenteux locaux	32
2. La réadaptation fonctionnelle	32
3. Traitement chirurgical	32
III. Les recommandations pour la prise en charge de la PR	32
1. European League Against Rheumatism (EULAR).	33
2. Recommandations de la Société Marocaine de Rhumatologie (SMR)	34
3. Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde en 2014.	36
4. Les critères de classification de l'ACR /EULAR 2010 pour la polyarthrite rhumatoïde	38
IV. Rôles des MG dans la prise en charge de la PR	38
1. Le diagnostic :	38
2. Le traitement :	39
3. Le suivi des patients atteints de PR :	39
4. La gestion des comorbidités:	39
5. Education du malade :	40
V. Pratiques des MG participants à notre enquête devant la PR	40
VI. Les limites de l'étude.	53
VII. Perspectives	53
VIII. Recommandations aux MG à l'issue de l'enquête.	64
CONCLUSION	66
RESUMES	68
ANNEXES	72
BIBLIOGRAPHIE	81



INTRODUCTION

*L*a polyarthrite rhumatoïde est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Sa prévalence est estimée à environs 0.5% chez l'adulte [1]. Elle atteint majoritairement les femmes et peut conduire dans ses formes les plus graves à un handicap fonctionnel, impactant considérablement la qualité de vie des patients. En plus des conséquences physiques, la PR engendre des répercussions psychologiques et un surcroît économique non négligeable. L'absence d'une prise en charge stéréotypée est expliquée par l'existence d'une multitude des tableaux cliniques.

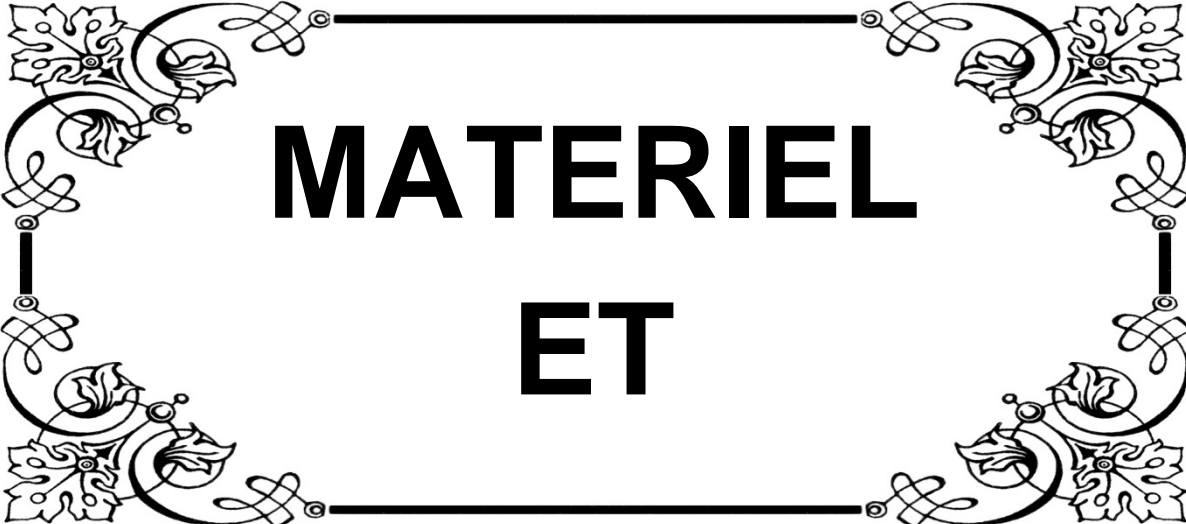
*M*ême si elle ne concerne que 0.5% de la population, la PR représente un réel fardeau de santé publique qui justifié une prise en charge thérapeutique précoce personnalisée et multidisciplinaire. La précocité du diagnostic et du traitement est un élément clé dans la prise en charge des malades [2].

*D*e nombreux progrès ont été réalisés dans la prise en charge de la maladie, notamment l'arrivée des traitements de fond synthétiques puis biologiques. De part leur efficacité, ces nouvelles stratégies thérapeutiques ont permis considérablement d'améliorer la qualité de vie des patients, en ralentissant la progression de la maladie et en diminuant l'handicap et son impact sur leur activités professionnelles [3]. La validation de nouveaux outils biologiques comme les ACPA ou l'usage de l'imagerie moderne comme l'échographie haute fréquence ou l'IRM, ont permis d'améliorer la précocité des diagnostics établis aujourd'hui sur les nouveaux critères de classification de l'American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) [4].

*L*a place du MG est essentielle dans la prise en charge de la PR, d'une part au stade diagnostique et d'autres parts au cours du suivi des patients lorsque le diagnostic est déjà confirmé. Il est souvent le premier contact médical des patients présentant une polyarthrite. La précocité de mise en route du traitement est importante et n'est possible que si le MG évoque le diagnostic et adresse les patients rapidement au spécialiste. La prise en charge de cette maladie

hétérogène nécessite alors l'implication de plusieurs acteurs médicaux: rhumatologues, internistes, orthopédiques, rééducateurs, psychologues..., le MG doit occuper une place privilégiée pour assurer une prise en charge optimale de cette maladie [5].

*U*ne évaluation sera faite par rapport aux pratiques en cours effectuées dans des systèmes de soins plus élaborés (en occident en l'occurrence).



MATERIEL
ET

I. Objectif de l'étude

Les recommandations de prise en charge de la PR ont largement évolué ces dernières années et insistent sur un diagnostic aussi précoce que possible et sur l'introduction des traitements de fond, en gardant le méthotrexate comme traitement de première ligne. La place des MG est incontournable dans cette prise en charge, ils sont souvent les premiers à voir les patients. Cette enquête vise de faire une analyse des pratiques de prise en charge des MG face à la PR, par l'intermédiaire d'un questionnaire pour pouvoir mesurer ce qui est fait dans la pratique professionnelle et le comparer à la pratique attendue par les recommandations professionnelles. Cette évaluation a comme finalité de faire améliorer la qualité et la sécurité des soins et du service rendu au patient par les MG.

II. Méthodologie

1. Type de l'étude :

Sondage auprès d'un échantillon des MG.

2. Population cible :

Notre travail a consisté en une enquête auprès des MG, exerçant dans le secteur public et le secteur privé dans l'ensemble des régions du royaume.

3. Variables étudiées :

Le questionnaire a été établi et validé par un comité d'experts, comportant deux enseignants de rhumatologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, ayant l'expérience dans la prise en charge de la maladie. Ensuite il a été validé par le bureau de la SMR qui a donné son label pour effectuer ce sondage au sein de la société MG-Maroc. Le bureau de cette dernière a donné son accord pour contacter les MG faisant partie de cette société.

La structure du questionnaire a été constituée par quatre parties :

- **1^{ère} partie** : données générales.

- **2^{ème} partie** :
 - Comment reconnaître une PR récente et faire le diagnostic précoce d'une synovite.
 - Le retard diagnostique de la PR.
 - Diagnostic d'une PR débutante.

- **3^{ème} partie** :
 - Les diagnostics à évoquer devant une polyarthrite récente.
 - Le bilan à demander pour retenir le diagnostic d'une PR.
 - Comment reconnaître une PR à la phase d'état.
 - Qui doit prendre en charge le malade ?
 - La dose de corticothérapie prescrite en cas de la PR.
 - Comment surveiller un patient ayant une PR sous traitement.

- **4^{ème} partie** :
 - Les outils d'évaluation et de surveillance de la PR.
 - La connaissance des traitements symptomatiques et des traitements de fond.
 - Les critères diagnostiques de la PR utilisés actuellement.
 - Le traitement de fond de première intention.
 - La notion de fenêtre d'opportunité.
 - La connaissance des biothérapies commercialisées au Maroc, qui peuvent être proposées en cas d'échec de traitement de fond classique.
 - Connaître les principaux rôles que doit jouer le MG dans le cadre de la prise en charge collaborative avec le rhumatologue.

4. Collecte des données :

4.3. Elaboration du questionnaire (annexe 1)

Le questionnaire comporte des QCM et un cas clinique.

- Le QCM n°1 permet de préciser le diagnostic d'une synovite.
- Le QCM n°2 permet de définir le retard diagnostique de la PR.
- Le QCM n°3 traite le diagnostic d'une PR débutante.
- Le QCM n°4 précise l'indice utilisé pour la surveillance de l'activité de la PR.
- Le QCM n°5 précise les traitements symptomatiques et les traitements de fond de la PR.
- Le QCM n°6 indique les critères diagnostiques actuels de la PR.
- Le QCM n°7 vise à reconnaître le traitement de fond de première ligne.
- Le QCM n°8 parle du retard dans la prescription du traitement de fond.
- Le QCM n°9 précise les biothérapies commercialisées au Maroc.
- Le QCM n°10 permet de mettre en évidence les différents rôles du MG.

Le cas clinique comporte 7 questions à choix multiples :

- Le QCM n°1 permet de préciser les diagnostics différentiels de la PR.
- Le QCM n°2 permet de définir les examens complémentaires nécessaires pour retenir le diagnostic d'une PR.
- Le QCM n°3 et 4 vise à reconnaître la PR à la phase d'état.
- Le QCM n°5 précise la CAT d'un MG devant un diagnostic d'une PR.
- Le QCM n°6 indique la dose thérapeutique de la corticothérapie par voie orale.
- Le QCM n°7 permet d'évaluer les paramètres à surveiller chez un patient sous méthotrexate.

Nous avons mis également à leur disposition la possibilité de laisser des commentaires. Le questionnaire a été saisi sur Google Forms, cette application permet d'élaborer et de diffuser des questionnaires réalisant aussi des sondages à larges échelles. Le fichier a été envoyé sous

forme de mailing, la réponse se fait de manière anonyme. Pour ce questionnaire la réponse demande 5min, une fois validé Google Forms permet d'élaborer automatiquement en temps réel un fichier Excel qui permet de faire une analyse statistique des réponses.

4.4. Distribution du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé à l'ensemble des MG faisant partis de l'association MG Maroc. Sur un total de 3400 adresses mail, 890 sont dans le domaine Gmail compatible avec l'application Google Forms. L'envoi du questionnaire a été fait par groupes de 60 à 70 mails/j (capacité maximale pour cette procédure). Les autres mails qui ne font pas partis du domaine Gmail ont été écartés car non pris en charge par la plateforme Google Forms. Le questionnaire a été envoyé entre le mois février et avril 2016, le fichier Excel a été saisi pour effectuer l'analyse statistique.

5. Outil utilisé

Google Drive Forms.

6. Considérations éthiques

Nous avons observé la confidentialité et l'anonymat des participants durant le sondage.



RESULTATS

I. Données générales

1. Taux de réponse

Nous avons envoyé 3400 mails. La plateforme Google Drive Forms n'accepte que les adresses Gmail. Parmi les 3400 mails, 890 sont de type Gmail.

Le reste se répartit entre (Yahoo, Hotmail, Live, et autres). Ils sont au nombre de 2510 mails et ils sont revenus dans la boîte de réception comme mails invalides.

Parmi les 890 mails valides, 220 MG ont répondu. Ainsi le taux de participation est de 24.71%.

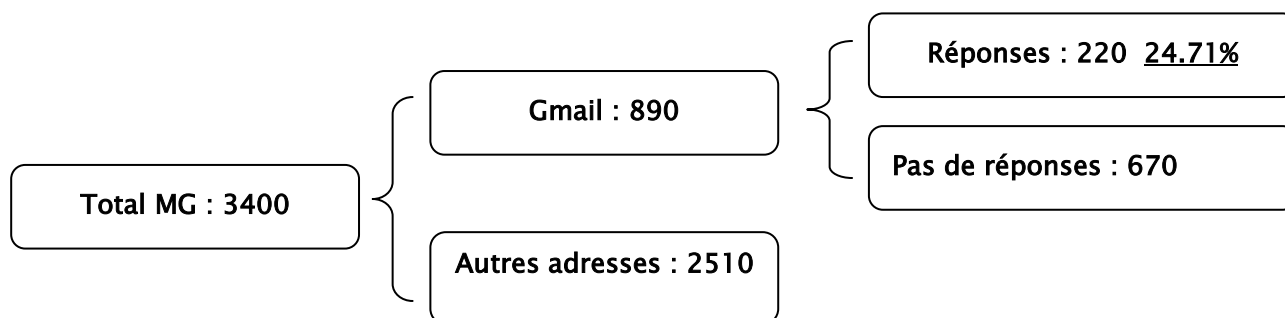
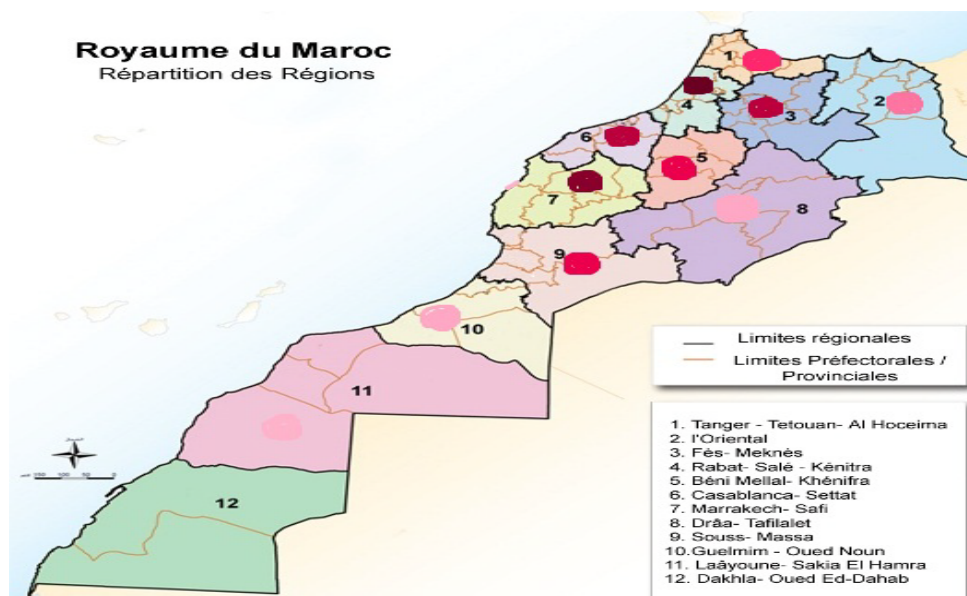


Tableau I : Répartition des participants selon les régions du royaume.

Région	Nombre de participants	Pourcentage
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	12	6%
Oriental	10	5%
Fès-Meknès	23	11%
Rabat-Salé-Kenitra	32	14%
Béni Mellal-Khnefra	15	7%
Casablanca-Settat	25	11%
Marrakech-Safi	26	12%
Draa-Tafilalt	6	3%
Souss-Massa	19	7%
Guelmim-Oued Noun	6	3%
Laayoune-Saïa al hamra	2	1%
Non précise	44	20%



2. Répartition des MG selon le secteur d'activité

Parmi les MG ayant participé à notre enquête : 119 (54.1%) exercent dans le secteur public et 101 (45.9%) exercent dans le secteur privé (figure 1).

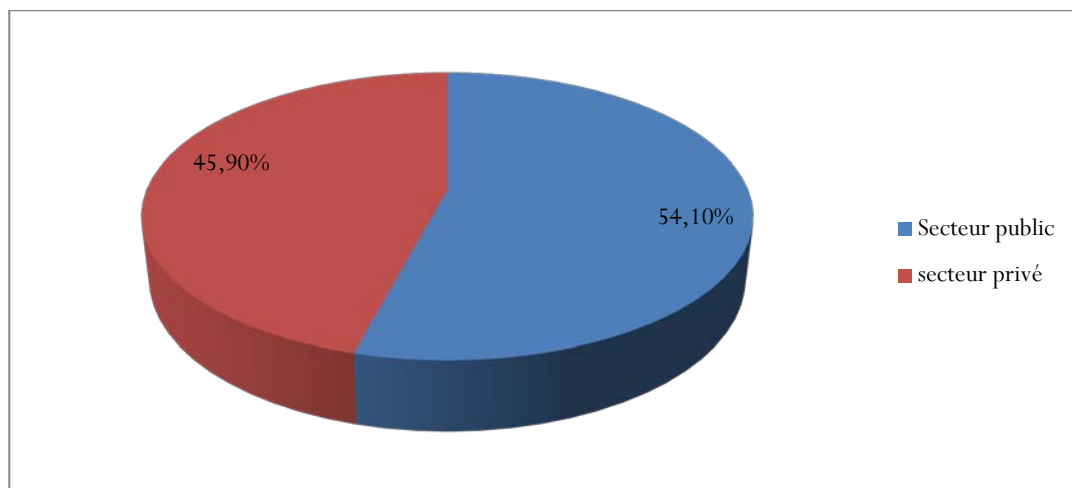


Figure 1 : Répartition des MG selon le secteur d'exercice.

3. Civilité

Sur l'ensemble des MG participés à notre enquête, 53.60% sont des hommes et 46.40% sont des femmes (figure 2).

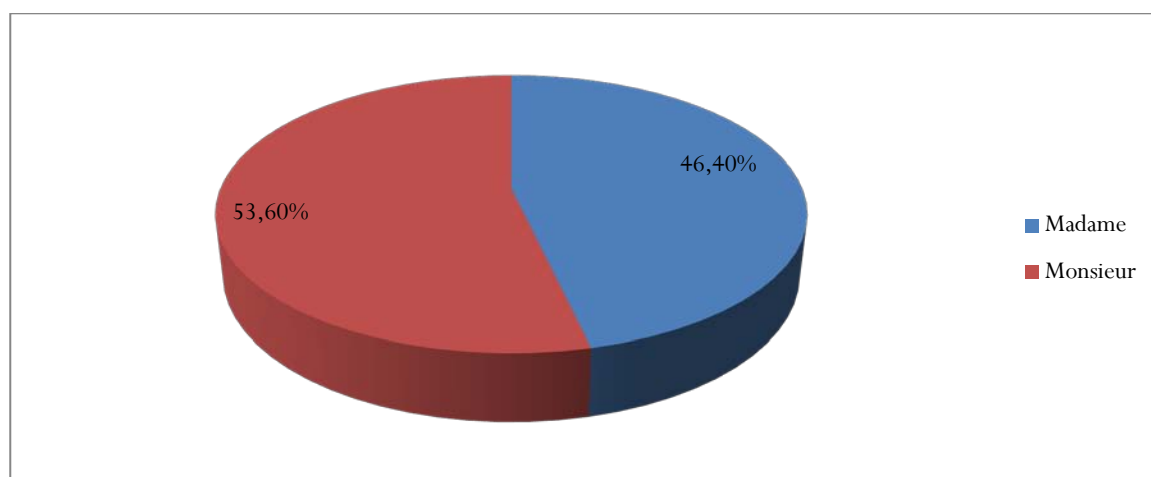


Figure 2 : Répartition des participants selon leur sexe.

4. Répartition selon le nombre de patients vus en consultation pour PR par mois.

La répartition selon le nombre de patients vus en consultation par mois pour PR est la suivante :

- 1 à 2 patients pour 88 (40%) MG.
- 3 à 4 patients pour 53 (24.1%) MG.
- 5 à 6 patients pour 18 (8.2%) MG.
- Plus de 7 patients pour 5 (2.3%) MG.
- Par contre 56 (25.5%) MG ne voient pas de patients atteints de PR (figure 3).

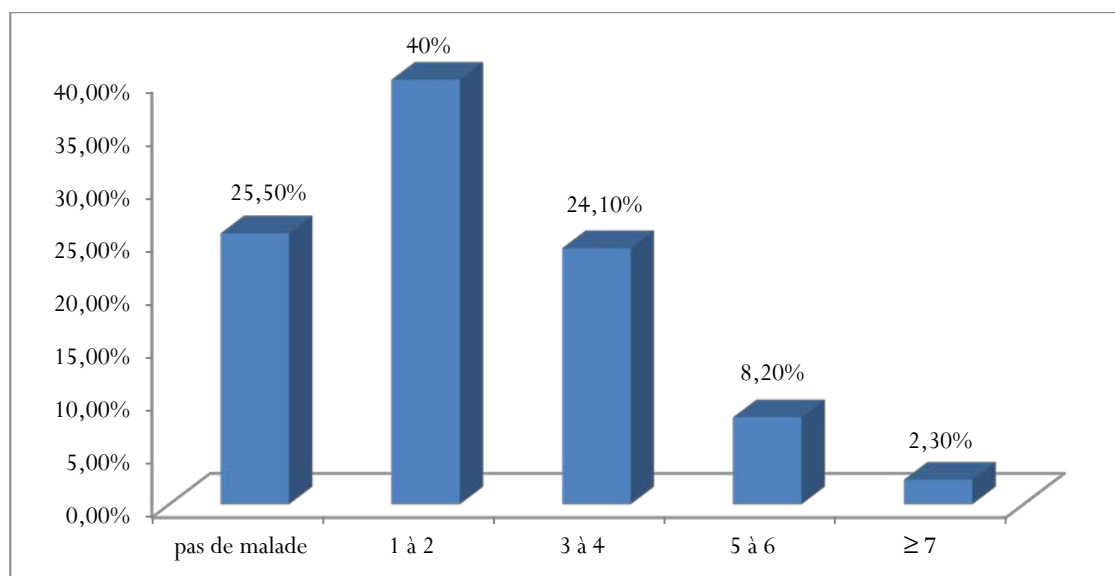


Figure 3 : Répartition selon le nombre de patients vus en consultation/mois.

5. MG ayant un rhumatologue référent

Sur l'ensemble des MG interrogés dans cette enquête concernant un rhumatologue référent à qui ils confient leurs malades atteints de PR : 146 (66.4%) ont un rhumatologue référent et 74 (33.6%) ne l'ont pas.

6. Nombre de MG qui reçoivent une réponse écrite du rhumatologue

Le nombre de MG qui reçoivent un courrier de la part du spécialiste est de 34 (16.7%).

II. 2^{ème} partie (QCM n°1 à 3) :

4. QCM n°1 : Diagnostic positif de la synovite.

Les MG ont été amenés à répondre à l'énoncé suivant :

❖ La PR est une maladie inflammatoire chronique qui touche essentiellement la membrane synoviale. Le diagnostic repose donc sur la mise en évidence de la synovite devant les signes suivants :

1. **Gonflement articulaire.**
2. **Raideur articulaire.**
3. **Douleur articulaire.**
4. Déformation articulaire.

Les réponses vraies sont : **1, 2 et 3.**

Tableau II : Diagnostic positif de la synovite.

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Gonflement articulaire	127	57.5%
Raideur articulaire	169	76.8%
Douleur articulaire	177	80.5%
Déformation articulaire	56	25.5%

5. QCM n°2 : Le retard diagnostique d'une PR.

Les MG ont été amenés à répondre à l'énoncé suivant :

- ❖ La PR doit être diagnostiqué à un stade précoce. Actuellement on parle de retard diagnostique à partir de :
1. 3 mois.
 2. **6 mois.**
 3. 1 an.
 4. 2 ans.

La réponse vraie : 2

Tableau III : Le retard diagnostique d'une PR.

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
3 mois	45	20.5%
6 mois	96	43.6%
1 an	64	29.1%
2 ans	15	6.8%

6. QCM n°3 : Diagnostic d'une PR débutante.

Les MG doivent répondre à l'énoncé suivant :

- ❖ Devant une polyarthrite récente, quels sont les éléments cliniques qui évoquent le diagnostic d'une éventuelle PR débutante ?
1. **Arthrite d'au moins 3 articulations.**
 2. **Raideur matinale >30 min.**
 3. Synovite des inter-phalangiennes distales.
 4. **Douleur à la pression transverse des MCP et des MTP.**
 5. Atteinte des mains et des pieds.

Les réponses vraies sont les suivantes : 1, 2 et 4.

Tableau IV : Éléments cliniques qui évoquent le diagnostic d'une éventuelle PR débutante.

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Arthrite d'au moins 3 articulations	104	47.3%
Raideur matinale > 30min	166	75.5%
Synovite des inter-phalangiennes distales	151	68.6%
Douleur à la pression transverse des MCP et des MTP	95	43.2%
Atteinte des mains et des pieds	74	33.6%

III. 3^{ème} partie (cas clinique : QCM n°4 à 7)

Cas clinique n° 1 :

❖ Madame C.D âgée de 40 ans directrice d'une agence bancaire consulte pour des douleurs articulaires qui évoluent depuis 2 mois. Ces douleurs intéressent les poignets, les mains et les pieds. Elle rapporte une raideur matinale de 40 minutes avec des réveils nocturnes multiples. Sa tante est suivie pour polyarthrite rhumatoïde. A l'examen clinique vous trouvez des synovites au niveau des poignets, 2^{ème} et 3^{ème} MCP des deux cotés. La pression transverse des MCP et des MTP est très douloureuse.

Question n°1 :

❖ A cette étape les diagnostics les plus probables sont :

1. Lupus érythémateux déssiminé.
2. Polyarthrite rhumatoïde débutante.
3. Syndrome de Sjörger.
4. Polyarthrose.

Les réponses vraies sont : 1, 2 et 3.

Tableau V : Les diagnostics les plus probables.

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Lupus érythémateux disséminé	126	57.3%
Polyarthrite rhumatoïde débutante	207	94.1%
Syndrome de Sjörgen	39	17.7%
Polyarthrose	106	48.2%

Question n°2 :

❖ Selon les données cliniques sus-citées, le diagnostic d'une PR peut être évoqué. Quels sont les examens complémentaires que vous allez demander pour étayer ce diagnostic ?

1. **VS.**
2. **CRP.**
3. **Facteur rhumatoïde.**
4. **ACPA.**
5. **Anticorps antinucléaires.**
6. **HLA B27.**
7. **Radiographies des mains et des avants pieds.**
8. **Radiographie des sacro iliaques.**

Les réponses vraies sont : 1, 2, 3, 4, 5 et 7.

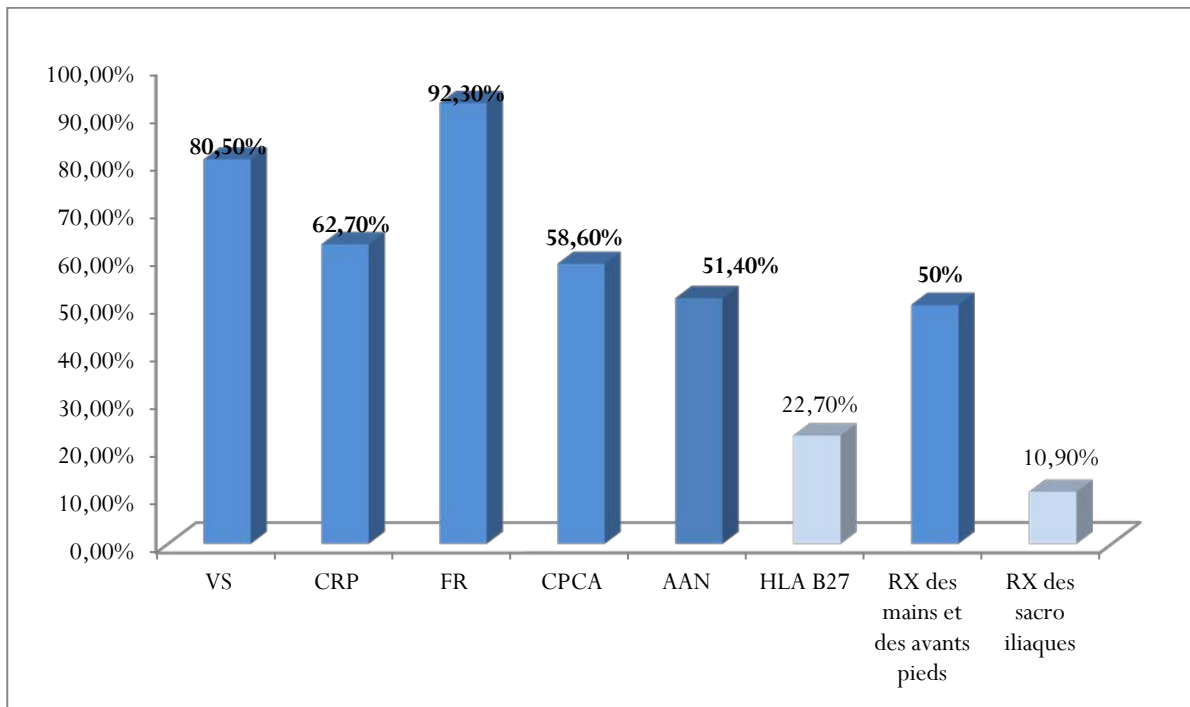


Figure 4: Les examens complémentaires nécessaires pour étayer le diagnostic de la PR.

Question n°3 :

❖ Les résultats des examens complémentaires de madame C.D sont les suivants : anémie hypochrome microcytaire à 11.7g /dl, VS=60 mm, CRP=30 mg/l, facteur rhumatoïde positif, ACPA positifs, anticorps antinucléaires négatifs. Ces résultats sont en faveur de quels diagnostics ?

1. Polyarthrite rhumatoïde.
2. Sclérodermie.
3. Lupus érythémateux disséminé.
4. Spondyloarthrite.

La réponse juste : 1

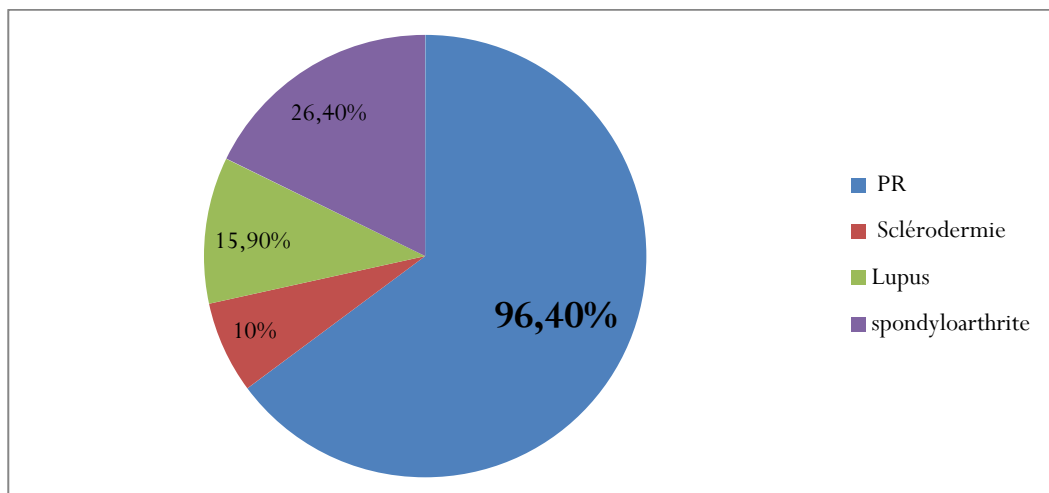


Figure 5 : Le diagnostic le plus probable.

Question n°4 :

❖ Si vous pensez qu'il s'agit de PR :

1. La présence d'une érosion articulaire doit être recherchée systématiquement.
2. La mise en évidence d'une érosion est un élément de mauvais pronostic.
3. Les érosions apparaissent habituellement au cours des deux premières années de la maladie.
4. La recherche d'une érosion peut nécessiter une échographie articulaire.

Les réponses justes sont : 1, 2, 3 et 4.

Tableau VI: Diagnostic de la PR en phase d'état.

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
La présence d'une érosion articulaire doit être recherchée systématiquement.	129	58.6%
La mise en évidence d'une érosion est un élément de mauvais pronostic.	111	50.5%
Les érosions apparaissent habituellement au cours des deux premières années de la maladie.	92	41.8%
La recherche d'une érosion peut nécessiter une échographie articulaire.	106	48.2%

Question n°5 :

- ❖ A cette étape clinique que proposez-vous pour madame C.D ?
1. Vous adressez la patiente à un rhumatologue.
 2. Vous adressez la patiente à un interniste.
 3. Vous adressez la patiente à un orthopédiste.
 4. Vous vous en occupez vous-même.
 5. Vous adressez la patiente à un rhumatologue après un traitement initié par vos soins.

Tableau VII : CAT du MG devant la PR.

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Vous adressez la patiente à un rhumatologue.	84	38.2%
Vous adressez la patiente à un interniste.	54	24.5%
Vous adressez la patiente à un orthopédiste.	29	13.2%
Vous vous en occupez vous-même.	29	13.2%
Vous adressez la patiente à un rhumatologue après un traitement initié par vos soins.	162	73.6%

Question n°6:

- ❖ Si vous prescrivez à madame C.D une corticothérapie par voie orale, vous la proposez à quelle dose ?
1. 5-10 mg/j.
 2. 10-15 mg/j.
 3. 15-20 mg/j.
 4. 20-30 mg/j.

La réponse vraie : 1

Tableau VIII : Dose de corticothérapie proposée par voie orale

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
5-10 mg/j.	40	18.20%
10-15 mg/j.	45	20.50%
15-20 mg/j.	78	35.50%
20-30 mg/j.	57	25.90%

Question n°7 :

❖ Si vous proposez à madame C.D le traitement suivant : prednisone 10 mg/j et méthotrexate 15 mg/semaine, qu'ils sont les paramètres que vous devez surveiller ?

1. Tension artérielle.
2. CRP.
3. Créatinine.
4. Transaminases.
5. NFS.

Les réponses vraies sont : 1, 2, 3, 4 et 5.

Tableau IX : Les paramètres à surveiller chez un patient sous prednisone et méthotrexate.

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Tension artérielle.	104	47.30%
CRP.	111	50.50%
Créatinine.	166	75.50%
Transaminases.	156	70.90%
NFS.	128	58.20%

IV. 4^{ème} partie (QCM n°4 à 10) :

QCM n° 4 :

❖ Le rhumatologue utilise des indices pour la surveillance de l'activité des maladies systémiques. Connaissez-vous lequel est dédié à la PR ?

1. **DAS28.**
2. SLEDAI.
3. ASDAS.
4. BASDAI.

La réponse vraie : 1

Tableau X : Indice de surveillance de l'activité de la PR.

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
DAS28.	86	39.10%
SLEDAI.	48	21.80%
ASDAS.	50	22.70%
BASDAI.	36	16.40%

QCM n°5 :

❖ Le traitement de la PR comprend des traitements symptomatiques et des traitements de fond (traitements étiopathogéniques). Sur la liste ci-dessous, cochez les traitements de fond que vous connaissez.

1. AINS.
2. Paracétamol.
3. **Salazopyrine.**
4. Prednisone.
5. **Méthotrexate.**
6. **Biothérapies.**

Les réponses vraies sont : **3, 5 et 6.**

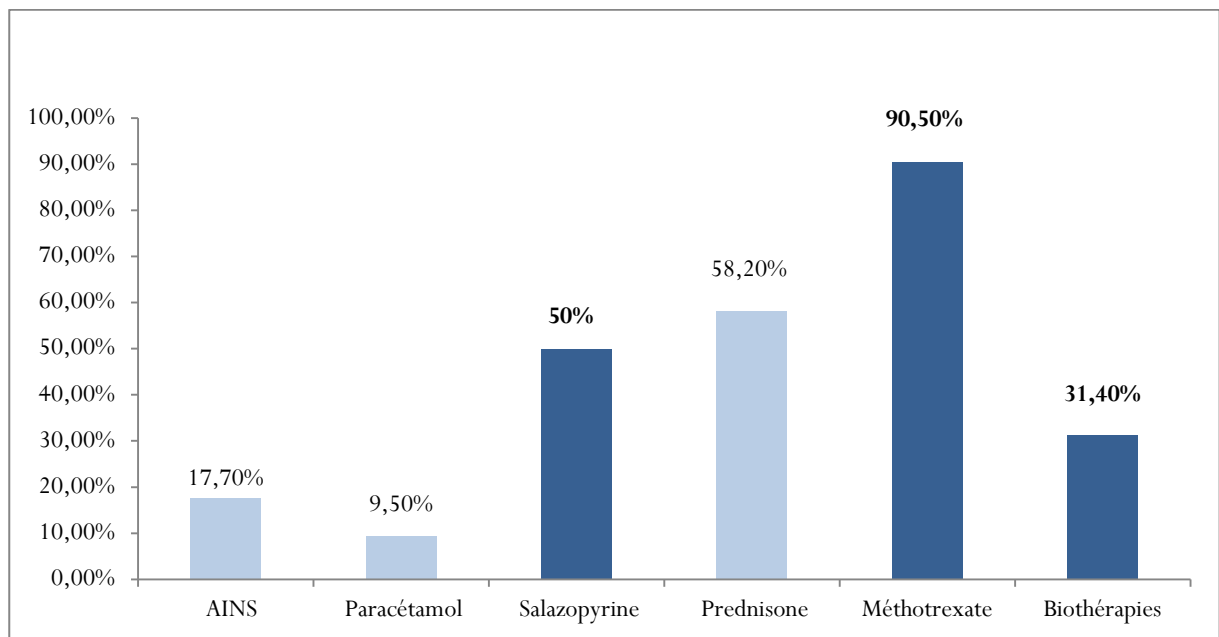


Figure 6 : Traitements de fond de la PR.

QCM n°6 :

❖ Les critères diagnostiques de la PR utilisés actuellement sont :

1. Les critères de Jones modifiés.
2. Les critères de l'ACR 1987.
3. Les critères d'AMMOR.
4. **Les critères de l'ACR/EULAR 2010.**

La réponse vraie : 4

Tableau XI : Critères diagnostiques de la PR utilisés actuellement.

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Les critères de Jones modifiés.	46	20.90%
Les critères de l'ACR 1987.	37	16.80%
Les critères d'AMMOR.	58	26.40%
Les critères de l'ACR/EULAR 2010.	89	40.50%

QCM n°7 :

❖ Quel est le traitement de fond le plus utilisé dans la PR ?

1. **Méthotrexate.**
2. Salazopyrine.
3. Sels d'or.
4. Nivaquine.

La réponse vraie : 1

Tableau XII : Traitement de fond le plus utilisé dans la PR.

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Méthotrexate.	127	57.50%
Salazopyrine.	45	20.50%
Sels d'or.	33	15%
Nivaquine.	15	6.80%

QCM n°8 :

❖ Le traitement de fond de la PR prévient l'apparition des érosions qui sont responsables des déformations. Il doit être initié (idéalement) au moment du diagnostic. On parle de retard dans la prescription de traitement de fond si ce délai dépasse :

1. **3 mois.**
2. 6 mois.
3. 9 mois.
4. 12 mois.

La réponse vraie : 1

Tableau XIII : Fenêtre thérapeutique dans la PR.

	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
3 mois.	37	16.80%
6 mois.	83	37.70%
9 mois.	79	35.90%
12 mois.	21	9.50%

QCM n°9 :

❖ Dans la PR en cas d'échec du traitement classique, une biothérapie peut être proposée.

Qu'elles sont les spécialités commercialisées au Maroc que vous connaissez ?

1. Rituximab.
2. Etanercept.
3. Adalimumab.
4. Infliximab.
5. Tocilizumab.

Les réponses vraies: 1, 2, 3, 4 et 5.

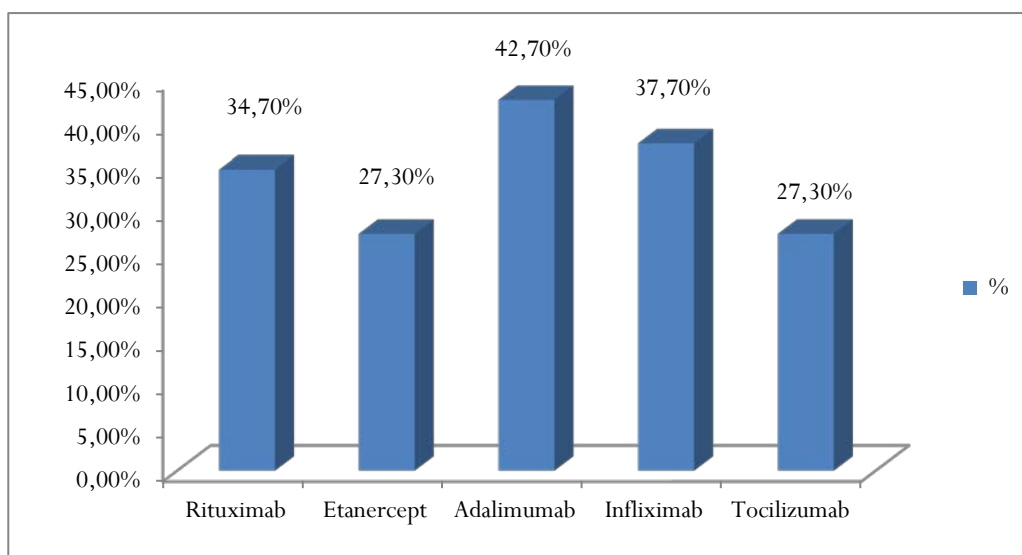


Figure 7 : Les biothérapies commercialisées au Maroc.

QCM n°10 :

❖ Dans cet énoncé les MG ont été amenés à préciser leur rôle dans la prise en charge collaborative avec le rhumatologue :

1. Adresser systématiquement toute PR au rhumatologue.
2. MG doit faire lui-même le diagnostic de la PR.
3. Soulager le malade et laisser au rhumatologue le soin d'initier le traitement de fond.
4. Assurer le suivi de la tolérance des médicaments prescrits par le rhumatologue.
5. Gérer les éventuelles poussées de la maladie en attendant que le patient consulte son rhumatologue.
6. Administrer la biothérapie.
7. Gérer les comorbidités de la maladie.

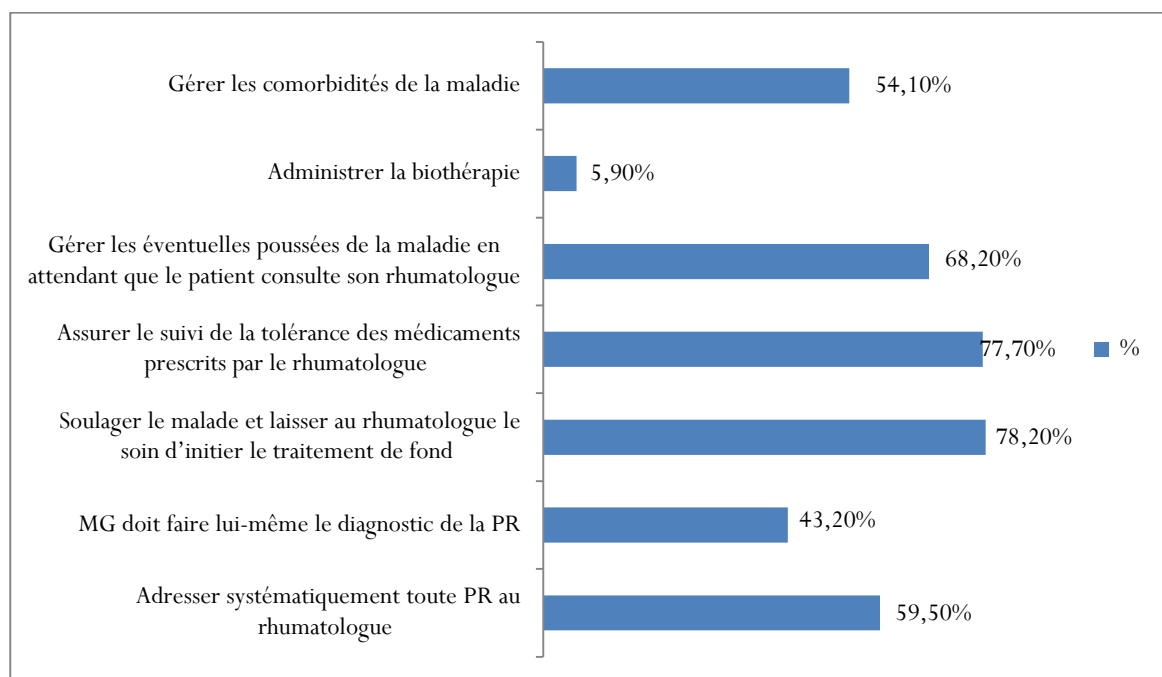


Figure 8 : Rôles des MG dans la prise en charge de la PR.



DISCUSSION

I. Données générales sur la PR

La PR est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. C'est une affection poly-factorielle relevant de facteurs environnementaux, génétiques, immunologiques, psychologiques et endocriniens. Sa prise en charge est difficile et elle a connu des avancées extrêmement importantes au cours de ces dix dernières années, à la fois sur le plan physiopathologique (développement des traitements biologiques), diagnostique (élaboration de nouveaux critères diagnostiques) et thérapeutique (l'arrivée des biothérapies). Ces avancées ont conduit à un bouleversement complet de la prise en charge des patients et de l'évolution de la maladie.

La PR a souvent un retentissement fonctionnel, social et professionnel important. Plus de la moitié des patients sont obligés d'arrêter leur activité professionnelle moins de 5 ans après l'installation de la PR. Dans environ 10% des cas, la PR est à la source d'une invalidité grave qui apparaît dès les deux premières années d'évolution [6]. Dans une étude médico-économique, le retentissement de la PR au Maroc est important. Les dépenses financières liées à la PR causaient des problèmes financiers chez 90% des patients avec un arrêt de la scolarité de leurs enfants dans 18.8% des cas, 64.7% des patients ont arrêté le travail après une durée d'évolution moyenne de 6.9 ans, six femmes (10% des sujets mariés) ont divorcé à cause de la maladie et 66.66% des sujets ont rapporté des problèmes sexuels [7]. Actuellement avec l'amélioration de diagnostic précoce et de traitement efficace, le pronostic de la maladie a été bouleversé mais ceci ne peut se concevoir que dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

II. Prise en charge de la PR

La prise en charge de la PR a connu de profonds changements au cours de ces dernières années. Elle est actuellement l'une des maladies les mieux codifiées en rhumatologie avec la diffusion des recommandations nationales et internationales [8-10]. La disposition des bio-

médicaments ont permis de réaliser de nombreux essais cliniques de stratégie aboutissant à une optimisation du traitement de la PR. Les moyens thérapeutiques utilisés dans la PR comportent les traitements médicamenteux généraux et locaux, l'éducation du malade, la réadaptation fonctionnelle, les appareillages, l'approche psychologique et la chirurgie [11].

1. Traitement médicamenteux

Il comporte des thérapeutiques à visée symptomatiques (antalgiques, AINS, corticoïdes), d'autres part des traitements dits de fond susceptibles de freiner l'évolution de la maladie [12].

1.1. Traitements symptomatiques

- Antalgiques :

Ils sont volontiers utilisés dans le traitement de la PR. Le plus utilisé est le paracétamol à la posologie de 2 à 4g /j.

- AINS :

Les AINS utilisés dans la PR sont nombreux et sont très utilisés du fait de leur effet à la fois anti-inflammatoire et antalgique. On utilise volontiers des formes retard qui permettent de limiter le nombre de prises quotidiennes. La toxicité des AINS est surtout digestive. L'iatrogénie rénale et cardiaque liée aux AINS, du fait de la prise au long cours intervient également de manière non négligeable dans l'augmentation de la mortalité observée dans la PR. Les coxibs sont des inhibiteurs sélectifs de cyclo oxygénase de type 2 et ont montré leur capacité à réduire de 50% le risque de complications digestives graves.

- Glucocorticoïdes:

La corticothérapie a un intérêt majeur au cours de la PR. Des travaux récents ont montré qu'à faible dose une corticothérapie prolongée pourrait freiner la destruction ostéocartilagineuse. Cette notion qui semble surtout démontrée au début de la maladie reste néanmoins discutée. Aujourd'hui les corticoïdes servent de traitement d'appoint pour laisser le

temps au traitement de fond d'être efficace. Elle doit être prescrite pendant une durée qui ne doit pas dépasser 6 mois et arrêtée le plus tôt possible. Cette corticothérapie est à l'origine de l'augmentation de la mortalité observée dans la PR, à cause des complications infectieuses et cardiovasculaires suite à la prise au long cours.

1.2. Traitement de fond:

Le traitement de fond de la PR est parfaitement codifié, il repose sur les critères européens de l'EULAR. Il comporte plusieurs molécules qui ont montré leur efficacité dans l'apparition des érosions articulaires, il permet de prévenir les déformations et l'handicap de la maladie. Plusieurs sociétés savantes ont élaborés des stratégies thérapeutiques permettant de codifier la prescription de ce traitement de fond [13].

- Méthotrexate :

Le méthotrexate est un anti métabolite, analogue de l'acide folique qui inhibe la dihydrofolate réductase en se liant de façon réversible à cette enzyme. Il constitue actuellement le traitement de référence de la PR. Il a des effets secondaires d'ordre digestif le plus fréquent, hépatique (17 à 68%), hématologique, respiratoire, infectieux et tératogène. La posologie habituelle se situe entre 10 à 20mg /semaine.

- Léflunomide:

C'est le plus récent des traitements de fond chimiques conventionnels de la PR. L'efficacité du léflunomide dans la PR a été démontrée dans plusieurs études contrôlées versus placebo. Ses effets indésirables sont d'ordre digestif, HTA, perte de poids, alopecie et infections. La posologie est de 20 mg/j par voie orale.

- Sulfasalazine :

Le mécanisme d'action est mal connu, après administration orale elle est absorbée par l'intestin grêle et éliminée dans les urines. Son efficacité clinique dans le traitement de la PR

a été démontrée par des études contre placebo ainsi que des essais comparatifs avec les sels d'or. La posologie recommandée est à l'ordre de 3g/j.

▪ Antipaludéens de synthèse :

Le mécanisme d'action reste obscur. On utilise le sulfate d'hydroxychloroquine (plaquenil), la posologie d'attaque conseillée est de 6mg/kg/j soit 2cp/j. Dans certains cas le sulfate de chloroquine (nivaquine) peut être proposé à la posologie de 4mg/kg/j soit 2 à 3cp/j. Le principal effet indésirable est la rétinopathie chlorotique observée avec le sulfate d'hydroxychloroquine.

▪ Autres traitements :

Les immunosuppresseurs tels que l'azathioprine et la ciclosporine sont très rarement utilisés.

1.3. Traitements biologiques

Nous disposons actuellement de neuf biothérapies pour le traitement de la PR :

- Cinq anti TNF : l'infliximab, l'éta nercept, l'adalimumab, le certolizumab, le golimumab.
- Un anti lymphocyte B CD20 (le rituximab).
- Un inhibiteur de la co-activation des lymphocytes T (abatacept) (non commercialisé au Maroc)
- Un anticorps anti récepteur de l'IL-6 (tocilizumab).
- Un anticorps anti récepteur de l'IL-1 (anakinra).

L'ensemble de ces agents biologiques forment la classe thérapeutique des biomédicaments ou « *biologic DMARDs* ». Ces molécules se distinguent par leur efficacité sur le plan clinique, structural et sur divers points comme l'amélioration de la qualité de vie et la diminution de la mortalité cardiovasculaire. La prescription de ces traitements biologiques est régie par des recommandations des experts rhumatologues [14].

1.4. Les traitements médicamenteux locaux

Des infiltrations articulaires et péri-articulaires des corticoïdes sont parfois réalisées en cas de poussées, mais on se méfiera du risque de rupture tendineuse. En complément du traitement de fond, les synoviorthèses chimiques et isotopiques sont également utilisées.

2. La réadaptation fonctionnelle

La réadaptation fonctionnelle fait partie du traitement de la PR. Elle est pratiquement indiquée à tous les stades de la maladie. Elle comporte divers aspects : éducation du malade, appareillages, rééducation proprement dite. Elle permet de prévenir ou de limiter l'impact de la raideur articulaire sur la fonction et donc de prévenir le handicap.

3. Traitement chirurgical

La chirurgie fait partie intégrante du traitement de la PR surtout dans les formes anciennes et évoluées. C'est lors des consultations médico-chirurgicales réunissant les rhumatologues et les chirurgiens orthopédistes que sont discutés avec le malade les indications chirurgicales. C'est une chirurgie fonctionnelle qui vise à rétablir une fonction défaillante et apporter l'indolence. Cette chirurgie comporte des chirurgies correctrices de déformation articulaire et l'implantation prothétique de la hanche et du genou. Tous ces gestes chirurgicaux nécessitent des équipes spécialisées dans la chirurgie des rhumatismes inflammatoires et une réadaptation fonctionnelle postopératoire en milieu spécialisé.

III. Les recommandations pour la prise en charge de la PR

Ces recommandations ont été élaborées par des experts rhumatologues hospitaliers et libéraux avec un représentant des associations des patients. Elles reposent d'une part sur l'analyse et la synthèse critique de la littérature disponible et d'autre part sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

Les objectifs des recommandations sont d'évaluer et de proposer les éléments les plus pertinents pour le diagnostic et la prise en charge initiale de la PR, afin de favoriser un diagnostic précoce et de permettre l'instauration précoce d'un traitement de fond [15].

5. European League Against Rheumatism (EULAR).

Tableau XIV : Recommandations de l'EULAR pour la prise en charge de la PR.

1. L'objectif thérapeutique principal dans la PR devrait être l'obtention d'un état de rémission clinique.
2. L'évaluation devrait être régulière en cas de PR active (tous les 1 à 3 mois), en l'absence d'amélioration après environ 3 mois de traitement, ou si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint après 6 mois, le traitement devrait être ajusté.
3. Le MTX devrait faire partie de la première ligne thérapeutique en cas de PR active.
4. En cas de CI (ou d'intolérance précoce) au MTX, la sulfasalazine et le leflunomide devraient être intégrés dans la première stratégie thérapeutique.
5. Chez les sujets DMARDs naïfs, en association ou non aux corticoïdes, le recours aux csDMARDs devrait être envisagé en monothérapie ou en combinaison.
6. La corticothérapie à faibles doses devrait être envisagée comme faisant partie de la stratégie thérapeutique initiale (en association à un ou plusieurs csDMARDs) et jusqu'à 6 mois, nécessitant toutefois d'être réduite le plus rapidement possible selon l'évolution clinique.
7. Si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint après recours à la première stratégie, et en l'absence de facteur de mauvais pronostic, on devrait envisager la possibilité de recourir à une autre stratégie de csDMARDs. En présence de facteurs de mauvais pronostic, l'addition d'un bDMARD devrait être envisagée.
8. En cas de réponse insuffisante au MTX et/ou autres stratégies reposant sur des csDMARDs, avec ou sans corticoïdes, le recours aux bDMARDs (anti-TNF α , abatacept ou tocilizumab, voire rituximab dans certains cas) devrait être envisagé en association au MTX.
9. Les patients en échec d'un premier bDMARD devraient être traités par un autre bDMARD, les patients en échec d'un premier anti-TNF peuvent recevoir un autre anti-TNF ou un autre biologique de mécanisme d'action différent.
10. En cas de rémission persistante, après avoir interrompu toute corticothérapie, il peut être envisagé de réduire le bDMARD, notamment si ce traitement est en association à un csDMARD.

6. Recommandations de la Société Marocaine de Rhumatologie (SMR)

Tableau XV : Recommandations 2014 de la SMR pour la prise en charge de la PR.

Principes généraux	<p>Les patients doivent bénéficier du meilleur traitement optimal, la décision devant être débattue entre le rhumatologue et son patient averti des avantages et inconvénients.</p> <p>Les rhumatologues sont les spécialistes qui doivent prendre en charge les patients atteints de PR.</p> <p>La PR est une affection coûteuse. Les prix des traitements doivent être mis en balance avec les bénéfices sur le handicap fonctionnel.</p>
Recommandation 1	<p>Le traitement par les DMARDs doit être démarré dès que le diagnostic de PR est retenu.</p>
Recommandation 2	<p>L'objectif du traitement doit viser la rémission clinique ou au minimum la faible activité chez tous les patients.</p>
Recommandation 3	<p>Le suivi de la maladie doit être fréquent (1 à 3 mois) tant que la maladie est active. S'il n'y a pas d'amélioration dans les 3 mois suivant le début du traitement ou si l'objectif thérapeutique n'a pas été atteint à 6 mois, le traitement doit être ajusté.</p>
Recommandation 4	<p>Le MTX est l'élément clé de la première stratégie thérapeutique chez les patients atteints de PR active.</p>
Recommandation 5	<p>En cas de contre-indications ou d'intolérance précoce au MTX, la sulfasalazine ou le léflunomide devraient être considérés comme une alternative thérapeutique de première ligne.</p>
Recommandation 6	<p>Chez les patients naïfs de traitements de fond, indépendamment de la prise des corticoïdes, des csDMARDs en monothérapie ou en association doivent être utilisés.</p>
Recommandation 7	<p>Les corticoïdes à faibles doses peuvent être considérés comme faisant partie de la stratégie thérapeutique initiale (en combinaison avec un ou plusieurs csDMARDs) pour une durée maximale de 6 mois, mais ils doivent être arrêtés le plus tôt possible.</p>

Recommandation 8	Si l'objectif thérapeutique n'a pas été atteint avec le premier traitement de fond, et en l'absence de facteurs de mauvais pronostic, un changement de csDMARDs devrait être envisagé. Lorsque les facteurs de mauvais pronostic sont présents, un bDMARDs doit être envisagé.
Recommandation 9	Les patients qui n'ont pas répondu de manière suffisante au MTX ou à d'autres csDMARDs, avec ou sans corticoïdes, les bDMARDs (rituximab, anti-TNF, abatacept ou tocilizumab) doivent être entrepris avec le MTX. Le choix se fera sur les modalités de remboursement, les comorbidités et le choix des patients.
Recommandation 10	En cas d'échec d'un premier bDMARDs, les patients peuvent être traités avec un autre bDMARDs. S'il s'agit d'un échec à un premier anti-TNF, les patients peuvent recevoir un autre anti-TNF ou un autre bDMARDs ayant un autre mode d'action.
Recommandation 11	Le tofacitinib peut être utilisé après échec par un bDMARDs.
Recommandation 12	En cas de rémission persistante, et après arrêt des corticoïdes, on peut envisager de réduire progressivement puis d'arrêter les bDMARDs, en particulier s'ils sont combinés avec les csDMARDs.
Recommandation 13	En cas de rémission persistante prolongée, il est désormais précisé que la diminution prudente des csDMARDs peut être considérée. Cette décision doit être partagée avec le patient.
Recommandation 14	Lors des ajustements thérapeutiques, outre l'activité de la maladie, d'autres paramètres doivent être pris en considération comme la progression structurale, les comorbidités et la tolérance des traitements.

1. Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde en 2014.

Tableau XVI : Les recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde en 2014.

Principes généraux
<p>La prise en charge optimale des patients atteints de PR nécessite une concertation entre le rhumatologue et le patient, dans le cadre d'une décision médicale partagée reposant sur l'information et l'éducation du patient.</p> <p>Le rhumatologue est le spécialiste qui doit prendre en charge les patients atteints de PR.</p> <p>Le médecin généraliste joue un rôle important pour la détection de la maladie et le suivi du patient en coordination avec le rhumatologue.</p> <p>Le coût important de la polyarthrite rhumatoïde, de ses conséquences et de ses traitements, à l'échelon individuel et sociétal, devrait être pris en considération dans les orientations thérapeutiques.</p>
Diagnostic et organisation de la prise en charge
<p>Le diagnostic de PR doit être évoqué devant certains signes cliniques tels qu'un gonflement articulaire (arthrite clinique), une raideur matinale de plus de 30 min, une douleur à la pression transverse des mains ou des avant-pieds confirmé par des examens biologiques (vitesse de sédimentation, c-réactive protéine, anticorps anti-protéines citrullinées (ACPA), facteurs rhumatoïdes) et d'imagerie (radiographies ± échographie), après avoir éliminé les diagnostics différentiels.</p>
<p>Dès que le diagnostic de PR est posé, un traitement de fond doit être débuté.</p>
<p>L'objectif du traitement est la rémission clinique ou au minimum la faible activité pour chaque patient, afin de prévenir la progression structurale et le handicap.</p>
<p>La rémission clinique est définie par l'absence de signes et symptômes d'activité inflammatoire significative. L'activité de la maladie doit être mesurée sur des critères composites validés, incluant les indices articulaires.</p>
<p>Le suivi de la maladie doit être fréquent (1 à 3 mois) tant que la maladie est active. S'il n'y a pas d'amélioration dans les 3 mois suivant le début du traitement ou si l'objectif thérapeutique n'a pas été atteint à 6 mois, le traitement doit être ajusté.</p>

Traitement de 1^{ère} ligne
Le méthotrexate est le traitement de fond de première ligne chez les patients ayant une PR active ; la dose optimale doit être atteinte au maximum en 4 à 8 semaines.
Chez les patients naïfs de traitement de fond, en cas de contre-indication au méthotrexate ou d'intolérance précoce, le léflunomide ou la sulfasalazine sont une alternative thérapeutique.
Dans l'attente de l'efficacité du traitement de fond, une corticothérapie peut être proposée en respectant une dose cumulée faible, si possible sur une période maximale de 6 mois. La corticothérapie sera diminuée aussi rapidement que possible.
Traitement de 2^{ème} ligne et plus
Chez les patients insuffisamment répondeurs ou intolérants au méthotrexate, et en présence de facteurs de mauvais pronostic, l'addition d'un biomédicament peut être proposée (anti-TNF, abatacept ou tocilizumab et dans certaines circonstances rituximab).
En l'absence de facteurs de mauvais pronostic, une combinaison de traitements de fond synthétiques (méthotrexate/sulfasalazine/hydroxychloroquine) ou bien une rotation pour un autre traitement de fond de synthèse (léflunomide, sulfasalazine) peuvent être proposées. En cas d'échec (ou de contre-indication), un bio médicament doit être envisagé.
Tous les bio médicaments doivent être utilisés préférentiellement en association avec le MTX.
Les patients en échec d'un premier bio médicament doivent être traités par un autre bio médicament; les patients en échec à un premier anti-TNF peuvent recevoir un 2e anti-TNF ou un bio médicament reposant sur un autre mode d'action.
Gestion de la rémission et prise en charge globale
En cas de rémission persistante, et après arrêt des corticoïdes (ou décroissance à une dose 5 mg/j), on peut envisager une décroissance du bio médicament.
En cas de rémission persistante prolongée, une réduction progressive des traitements de fond conventionnels synthétiques peut être considérée dans le cadre d'une décision médicale partagée entre le patient et le médecin.
Le choix et l'adaptation thérapeutiques doivent intégrer d'autres facteurs que la mesure de l'activité de la maladie comme la progression structurale, les maladies associées, la tolérance des traitements et l'avis du patient.
Une prise en charge globale du patient atteint de PR doit être proposée, intégrant outre les traitements médicamenteux, des mesures d'éducation thérapeutique, la prise en charge des comorbidités et selon les cas un soutien psychologique, un accompagnement socioprofessionnel, la rééducation fonctionnelle ou le recours à la chirurgie.

2. Les critères de classification de l'ACR /EULAR 2010 pour la polyarthrite rhumatoïde (annexe 2)

A partir de ces recommandations il paraît que la prise en charge de la PR est difficile. La multidisciplinarité s'impose, le MG doit être au centre de cette prise en charge comme chef d'orchestre.

IV. Rôles des MG dans la prise en charge de la PR

Le MG a un rôle clé dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique. Dans la PR, il est essentiel de considérer que le MG doit participer à la précocité du diagnostic et de la prise en charge, ce qui aura un impact direct sur le pronostic de la maladie.

D'autre part, le partenariat entre le médecin de famille et le spécialiste restera indispensable tout au long du suivi de la PR permettant la réalisation d'un véritable travail en binôme. Le rôle du MG peut se concevoir à différentes étapes de la prise en charge de la PR : le diagnostic précoce, l'initiation et l'adaptation du traitement, la surveillance et l'éducation thérapeutique.

1. Le diagnostic :

Le MG doit évoquer le diagnostic, et donc référer au plus tôt le patient au rhumatologue, mais c'est à celui-ci que revient de confirmer le diagnostic de la maladie et d'initier la prise en charge thérapeutique. Le MG est rarement confronté à la PR, mais il doit avoir les bons réflexes, c'est-à-dire reconnaître les signes pouvant révéler une PR et initier précocement la collaboration efficace avec le spécialiste. En particulier, 3 signes principaux devront alerter le MG et lui faire évoquer la possibilité d'une PR débutante : la présence de 2 articulations gonflées au moins, l'atteinte des MCP et des MTP en particulier à la pression transverse (squeeze test) et enfin un dérouillage matinal supérieur ou égal à 30 minutes. Il a été montré que ce diagnostic précoce permettait d'améliorer le pronostic de la PR.

2. Le traitement :

L'initiation du traitement de fond et la corticothérapie revient au médecin rhumatologue. Le MG peut par contre soulager le patient par des antalgiques de niveau 1 et de niveau 2 essentiellement et des AINS en attendant que le patient rencontre le rhumatologue. Il doit éviter les antalgiques de niveau 3 dans cette maladie et éviter d'initier la corticothérapie sauf en cas d'urgence. Celle-ci masque souvent les symptômes et retarde le diagnostic de la maladie ou d'une poussée éventuelle. Par ailleurs, chez un malade déjà diagnostiqué et recevant la corticothérapie (habituellement à faible dose), le MG peut gérer une poussée de la maladie en augmentant momentanément la posologie de corticothérapie en attendant que le malade revoie son rhumatologue.

3. Le suivi des patients atteints de PR :

Le suivi doit s'effectuer conjointement entre le rhumatologue et le MG. Celui-ci doit vérifier que l'activité de la maladie soit bien contrôlée, en particulier en se fondant sur les douleurs présentées par le patient et sur les gonflements articulaires. Il peut également surveiller les paramètres biologiques d'inflammation (VS et CRP). Parallèlement, le MG en lien avec le rhumatologue, doit vérifier la tolérance des traitements en l'occurrence les infections chez les patients immunodéprimés. Il peut également effectuer la surveillance biologique des effets indésirables inhérents à la corticothérapie et aux traitements de fond.

4. La gestion des comorbidités:

Les comorbidités sont fréquemment associées à la PR, que ce soit le diabète, les maladies cardiovasculaires, les hyperlipidémies, les syndromes dépressifs etc. Cette prise en charge revient essentiellement au MG qui doit savoir les dépister et les traiter en partenariat avec d'autres spécialistes.

5. Education du malade :

Le MG joue également un rôle important dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui se définit comme l'aide apportée aux patients, à leur famille et/ou leur entourage pour mieux prendre soin de soi, comprendre sa maladie chronique et ses traitements, devenir acteur de sa santé et améliorer sa qualité de vie. Dans le cas de pathologies comme les rhumatismes inflammatoires chroniques, les répercussions sur la vie des patients sont très handicapantes tant sur le plan physique que psychologique. Les objectifs des ateliers d'ETP consistent à amener les malades à s'autonomiser en apprenant à gérer au mieux leur maladie et les traitements médicamenteux et rééducatifs grâce à l'acquisition de nouvelles compétences.

Enfin le MG informe le patient de l'existence d'associations de malades atteints de PR. Ces associations jouent un rôle important dans l'information qu'elles peuvent diffuser, mais le passage par ces associations se fait sur un mode volontaire.

L'éducation et l'information du malade doivent être personnalisées. Les principes généraux sont les suivants: maintien du mouvement, vie aussi normale que possible, poursuite de l'activité professionnelle si elle est compatible avec l'état articulaire, réduction des interdictions. Contrairement à l'idée reçue, le maintien du mouvement est bénéfique. Il a été montré dans une étude randomisée comparant deux programmes thérapeutiques que les patients conservant une activité pratiquement normale avaient de meilleures fonctions articulaires et une meilleure force de préhension, un enraidissement plus limité et moins d'articulations inflammatoires [16].

V. Pratiques des MG participants à notre enquête devant la PR

Nous procédons comme suit :

- Analyse des réponses des médecins : sont-elles congruentes aux recommandations ?
- Comparaisons à ce qui est rapporté dans la littérature.
- Actualités sur la question.

Cas clinique n°1 :

❖ Madame C.D âgée de 40 ans directrice d'une agence bancaire consulte pour des douleurs articulaires qui évoluent depuis 2 mois. Ces douleurs intéressent les poignets, les mains et les pieds. Elle rapporte une raideur matinale de 40 min avec des réveils nocturnes multiples. Sa tante est suivie pour PR. A l'examen clinique vous trouvez des synovites au niveau des poignets 2^{ème} et 3^{ème} MCP des deux cotés. La pression transverse des MCP et des MTP est très douloureuse.

Question n°1 :

❖ A cette étape les diagnostics les plus probables sont :

1. **Lupus érythémateux disséminé.**
2. **Polyarthrite rhumatoïde débutante.**
3. **Syndrome de Sjörger.**
4. Polyarthrose.

Réponses vraies : **1, 2 et 3.**

Si 94.1% des MG ont évoqué le diagnostic de PR débutante devant ce tableau, seuls 57.3% et 17.7% ont pensé respectivement au lupus et au syndrome de Sjörger, alors que la moitié a pensé à la polyarthrose.

Commentaire :

La prévalence de la PR dans la population est peu élevée (moins de 1 %), les MG ont par conséquent une expérience limitée dans la prise en charge de cette maladie. Une étude a comparé les diagnostics de PR posés par les MG et les rhumatologues, afin d'évaluer les connaissances en médecine générale. Il a été constaté que le diagnostic de PR porté par les MG est modifié dans 50% des cas par le rhumatologue. Au vu des résultats de ces études, la PR semblerait être mal diagnostiquée par les MG. Par contre, la méthodologie de cette étude ne permet pas d'apprécier le nombre de PR non diagnostiquées dans la population générale [17].

Question n°2 :

❖ Selon les données cliniques sus-citées, le diagnostic d'une PR peut être évoqué. Quels sont les examens complémentaires que vous allez demander pour étayer ce diagnostic ?

1. VS.
2. CRP.
3. Facteur rhumatoïde.
4. ACPA.
5. Anticorps antinucléaires.
6. HLA B27
7. Radiographies des mains et des avants pieds.
8. Radiographies des sacro iliaques.

Réponse vraies : 1, 2, 3, 4, 5 et 7.

Tableau XVII : Le bilan complémentaire demandé par les MG.

VS	80.50%
CRP	62.70%
Facteur rhumatoïde	92.30%
ACPA	58.60%
Anticorps antinucléaires	51.40%
HLA B27	22.70
Radiographies des mains et des avants pieds	50%
Radiographies des sacro iliaques	10.90%

Commentaire :

Il est important que le bilan initial d'une PR comporte des ACPA, vue leur sensibilité dans le diagnostic de la PR, et les radiographies des mains et des avants pieds permettant la mise en évidence des érosions articulaires témoin d'un mauvais pronostic. La moitié des MG de notre enquête ne demandent pas ces examens pour étayer leur diagnostic. Le degré d'adhésion a été moyen.

S'il est facile de faire le diagnostic d'une polyarthrite, faire une enquête étiologique n'est pas une mince affaire. La présence des formes atypiques et des formes mono symptomatiques rend cette tâche difficile. C'est la raison pour laquelle le MG doit référer au rhumatologue le plus tôt possible toute polyarthrite récente.

Question n°3 et 4 :

Visent à reconnaître la PR à la phase d'état en précisant la notion d'érosion et des déformations et leur délai d'apparition.

❖ Si vous pensez qu'il s'agit de PR :

1. **La présence d'une érosion articulaire doit être recherchée systématiquement.**
2. **La mise en évidence d'une érosion est un élément de mauvais pronostic.**
3. **Les érosions apparaissent habituellement au cours des deux premières années de la maladie.**
4. **La recherche d'une érosion peut nécessiter une échographie articulaire.**

Réponses vraies: **1, 2, 3 et 4.**

Dans notre enquête 58.6% des MG ont annoncé que la présence d'une érosion articulaire doit être recherchée systématiquement, 50.5% d'entre eux considèrent la mise en évidence d'une érosion un élément de mauvais pronostic et 48.2% pensent que la recherche d'une érosion peut nécessiter une échographie articulaire. Le degré d'adhésion dans cet item est faible à moyen.

La mise en évidence des érosions est un facteur de mauvais pronostic. L'usage de l'imagerie moderne comme l'échographie haute fréquence ou l'IRM, ont permis d'améliorer la précocité de leur détection. Plusieurs études se sont intéressées à la recherche des érosions sur les radiographies des pieds de face dans la PR. La fréquence des érosions est variable d'une étude à l'autre, 50% selon l'étude d'Isomaik, 41% des érosions selon Brouk, contre 66% dans l'étude de Paimela, 55% et 16% respectivement pour l'étude de Okubo et Priolo. Toutes ces études ont pour particularité de n'utiliser que des populations étiquetées PR à un stade d'état. Une étude plus récente menée dans le grand ouest sur une population de rhumatismes

inflammatoires débutants, retrouvait des érosions au niveau des pieds chez 43% des patients [18].

Par ailleurs, il faut rechercher les autres facteurs pronostiques afin d'adapter au mieux les stratégies thérapeutiques (annexe 3).

Question n°5 :

- ❖ A cette étape clinique que proposez-vous pour madame C.D ?
1. Vous adressez la patiente à un rhumatologue.
 2. Vous adressez la patiente à un interniste.
 3. Vous adressez la patiente à un orthopédiste.
 4. Vous vous en occupez vous-même.
 5. Vous adressez la patiente à un rhumatologue après un traitement initié par vos soins.

Dans notre enquête 38.2% de l'ensemble des MG déclaraient adresser leur patients au rhumatologue, 73.6% les adressent après avoir initié un traitement et 24.5% d'entre eux demandent d'avis auprès d'un interniste, alors que le pourcentage des médecins qui adressent à un orthopédiste et ceux qui s'occupent eux même du malade est de l'ordre de 13.2% dans les deux derniers cas.

Commentaire :

Les recommandations établies par les sociétés savantes rappellent la nécessité d'un diagnostic précoce. De plus, une consultation auprès d'un rhumatologue doit être considérée pour confirmer le diagnostic et initier immédiatement un traitement de fond. Cette prise en charge rapide et spécialisée n'est possible que si les MG évoquent le diagnostic et adressent les patients rapidement au spécialiste. Dans notre enquête le degré d'adhésion à cette recommandation a été bon, il est à l'ordre de 73.6%.

Dans le même sens, une enquête transversale a été réalisée auprès des MG du département de la Seine–Saint–Denis en France en 2004, 74% des MG déclaraient envoyer leur patients consulter le rhumatologue, 26.9% font appel à un orthopédiste, 29.6% demandent des avis auprès des consultations antidouleurs et 18% des MG prescrivaient eux même des traitements de fond. Ces données sont proches des chiffres d'une étude américaine présentant un cas théorique de PR à des MG, où seulement 12% d'entre eux disaient qu'ils prescrivaient un traitement de fond, même si cette proportion était plus importante chez les MG ayant une expérience de la PR [19].

Dans une étude présentant un cas clinique théorique de PR, 12 médecins sur 84 (14.3%) envoyaient le patient consulter le rhumatologue sans aucune étude diagnostique, alors que 28 MG sur les 72 restants, débutaient un traitement de fond sans avis spécialisé. Dans la prise en charge de la PR, ces MG cherchent une source d'information supplémentaire le plus souvent auprès de leur collègue rhumatologue dans 73% des cas, dans 19% des cas dans les journaux et les livres de référence et dans 8% auprès d'un collègue [19].

Une étude prospective a analysé les raisons motivant les demandes d'avis spécialisé sur une période de 5 mois. Les MG étaient influencés par des raisons médicales et non médicales dans 76% des cas, par des raisons uniquement médicales dans 20% des cas et dans 3% des cas il n'y'avait que des raisons non médicales [20].

Dans une autre enquête canadienne et dans un cas théorique de PR précoce, 59% des MG demandaient un avis au rhumatologue. Ce pourcentage augmentait lorsqu'il s'agit d'une PR tardive. Les MG ayant reçu ou étant intéressés par une formation en rhumatologie demandaient plus facilement des avis spécialisés devant une PR [21].

Une cohorte de 282 patients a été suivie pendant dix ans, parmi eux 52 patients n'ont jamais bénéficié d'une consultation spécialisée auprès du rhumatologue, chez ces derniers il a été constaté une évolution défavorable chez 42% d'entre eux [22]. D'où l'importance de souligner que l'objectif de traiter les PR précocement dépend en quasi-totalité de la précocité

des demandes d'avis spécialisé. La prise de conscience de la nécessité d'une demande d'avis spécialisé précoce est un objectif important de la formation des étudiants en médecine et des MG, l'impact d'une telle formation devra être évalué.

Question n°6 :

❖ Si vous prescrivez à madame C.D une corticothérapie par voie orale vous la proposez à quelle dose ?

1. 5-10mg /j.
2. 10-15mg/j.
3. 15-20mg/j.
4. 20-30mg/j.

Réponse vraie : 1

Tableau XVIII : Degré d'adhésion des MG concernant la dose de la corticothérapie prescrite.

	%	Degré d'adhésion
5-10mg /j	18.20%	Très faible
10-15mg /j	20.5%	
15-20mg /j	35.5%	
20-30mg /j	25.90%	

Commentaire :

Selon les recommandations de bonnes pratiques, la posologie des corticoïdes indiquée se situe entre 5 à 10mg/j. Dans notre enquête cette recommandation n'est pas été respectée. Le degré d'adhésion à cette recommandation a été très faible. Uniquement 18.20% de l'ensemble des MG participants à notre enquête, déclaraient proposer la corticothérapie à une dose de 5 à 10 mg/j. Force est de constater que le ¼ des MG proposent une corticothérapie entre 20 à 30mg/j. Avec tous le risque de complications inhérentes à une telle posologie prise au long cours.

Il nous semble que l'écart que nous avons constaté entre les pratiques et les recommandations peut être expliqué par :

- L'éclat thérapeutique des doses élevées de la corticothérapie à cours terme des rhumatismes inflammatoires chroniques.
- L'absence d'une bonne diffusion des recommandations en dehors des sociétés savantes.
- Une méconnaissance des recommandations par manque de recherche et d'autoformation.
- L'insatisfaction des patients devant une prescription de faible dose des corticoïdes, engendrant souvent une automédication.

Dans le même sens, une enquête française montre que en attendant la consultation auprès d'un spécialiste, les patients étaient traités par les MG. Ils recevaient à ce titre antalgiques et AINS dans 90% des cas, la corticothérapie dans 26% des cas (à plus de 15mg/j chez 15% d'entre eux). Devant un patient qui présente une poussée de sa PR, 47 % des MG augmentaient la corticothérapie par prednisonne à plus de 15 mg/jour et 13% faisaient eux-mêmes des infiltrations des articulations douloureuses [23].

Dans une autre enquête réalisée au service de rhumatologie, centre hospitalier Lyon-Sud en France, elle a montrée qu'une corticothérapie orale était prescrite chez 48,7 % des patients, parmi eux elle était prescrite à titre uniquement anti-inflammatoire (> 10 mg/j) chez 84 % des malades, à visée immuno-modulatrice (< 10 mg/j) seule chez 8 % des malades, et pour ces deux effets à la fois chez 8 % des malades.

A partir de notre enquête, nous constatons que La diffusion des recommandations concernant la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde doit être encore améliorée.

Question n°7 :

❖ Si vous proposez à madame C.D le traitement suivant : prednisone 10mg/j et méthotrexate 15mg/semaine qu'ils sont les paramètres que vous devez surveiller ?

1. Tension artérielle.
2. CRP.
3. Créatinine.
4. Transaminases.
5. NFS.

Cet item vise à évaluer la capacité des MG à assurer une bonne surveillance d'un patient sous traitement.

Réponses vraies : 1, 2, 3, 4 et 5

Tableau XIX : les paramètres à surveiller chez un patient sous méthotrexate et corticothérapie.

	%	Degré d'adhésion
Tension artérielle	47.30%	Moyen
CRP	50.50%	Moyen
Créatinine	75.50%	Bon
Transaminases	70.90%	Bon
NFS	58.20%	Moyen

Commentaire :

Les examens complémentaires à réaliser impérativement dans le cadre du suivi d'un traitement par MTX sont l'hémogramme, les transaminases et la créatininémie. Dans l'énoncé le patient est également sous corticothérapie, il faut surveiller aussi la tension artérielle et la CRP. Le degré d'adhésion a été bon pour certains paramètres (créatinine et transaminases) et moyen pour les autres éléments de surveillance (NFS, CRP et tension artérielle). Dans notre enquête les recommandations n'ont pas été totalement concordantes, ceci du à une méconnaissance des recommandations. D'où la nécessité d'une amélioration de la formation des étudiants en médecine et des MG dans le cadre de la formation médicale continue. Il faut que les MG assurent

la surveillance de la tolérance de tels traitements dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire.

QCM n°1 :

Cette question vise à évaluer la capacité des médecins généralistes à poser le diagnostic positif d'une synovite.

- ❖ La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire qui touche essentiellement la membrane synoviale. Le diagnostic repose donc sur la mise en évidence de la synovite devant les signes suivants :
1. **Gonflement articulaire.**
 2. **Raideur articulaire.**
 3. **Douleur articulaire.**
 4. **Déformation articulaire.**

Réponses vraies : 1, 2 et 3

Tableau XX : Les signes cliniques en faveur d'une synovite.

Les signes	%	Degré d'adhésion
Gonflement articulaire	57.5%	moyen
Raideur articulaire	76.8%	bon
Douleur articulaire	80.5%	bon
Déformation articulaire	25.5%	

Commentaire :

Selon les recommandations de bonnes pratiques, le diagnostic d'une synovite doit être évoqué devant la mise en évidence du gonflement articulaire, raideur et douleur articulaire. Le degré d'adhésion a été moyen en matière de gonflement articulaire, et bon en ce qui concerne la raideur et la douleur articulaire.

Quelques études ont comparé le degré de concordance entre le diagnostic de PR posé par les MG et celui des rhumatologues considéré comme le gold standard. Parmi les 46 diagnostics de PR proposés par les médecins généralistes, 25 (54 %) ont été modifiés par les rhumatologues [24]. Une autre étude des diagnostics soulevés par les MG a été réalisée par Bolumar selon le même principe. Parmi les quatre vingt pour cent des lettres évoquant le diagnostic de PR, plus de 50% de ces diagnostics ont été modifiés par les rhumatologues [25]. Ces données mettent en avant les difficultés que rencontrent les MG pour faire le diagnostic précoce d'une synovite. Il revient aux sociétés savantes dans le cadre de formation médicale continue de promouvoir le diagnostic précoce de la PR auprès des MG. Ce sont eux qui voient au premier le malade.

QCM n°2 :

- ❖ La polyarthrite rhumatoïde doit être diagnostiquée à un stade précoce. Actuellement on parle de retard diagnostique à partir de :
1. 3 mois.
 2. **6 mois.**
 3. 1 an.
 4. 2 ans.

Réponse juste : 2

Tableau XXI : Le retard diagnostique d'une PR.

	%	Degré d'adhésion
3 mois	20.5%	
6 mois	43.6%	Moyen
1 an	29.1%	
2 ans	6.8%	

Commentaire :

Selon les recommandations des sociétés savantes, on parle de retard diagnostique à partir de 6 mois, et on appelle la période avant 6 mois, la fenêtre d'opportunité au delà de laquelle il y a un risque d'apparition d'érosions articulaires [26]. Le degré d'adhésion à cette

recommandation a été moyen. Un diagnostic précoce et un traitement approprié sont les clés de la prise en charge de la PR [27]. Actuellement cet objectif d'initiation précoce d'un traitement de fond n'est pas réaliste pour de nombreux patients en raison du retard au diagnostic, du délai s'écoulant avant la consultation spécialisée et de la prescription exceptionnelle de traitement de fond par les MG.

D'après une enquête faite dans un département français en 2006, 74 % des MG déclaraient envoyer leurs patients consulter au cours des trois premiers mois de la polyarthrite, 19 % au cours des six premiers mois et 6,5 % après. Dans une étude rétrospective de revue de dossiers, le temps médian entre la première consultation chez le MG et la première consultation chez le rhumatologue était de huit semaines. Dans une deuxième étude, le temps médian entre le début des symptômes et la première visite chez un rhumatologue était de trois mois pour 22,5 % des patients et de plus de trois mois pour 39 % d'entre eux [28].

Dans une étude faite dans le département de rhumatologie et d'immunologie clinique université de Groningen, seulement 31% des patients atteints de PR visitent un rhumatologue dans les 12 semaines suivant l'apparition des symptômes. Ceci est principalement dû au retard de consultation auprès des MG. Afin de réduire le retard des MG dans l'identification de PR précoce, une clinique de reconnaissance de l'arthrite précoce a été lancée aux centres médicaux de l'université de Leiden et de Groningen, 400 patients ont visité le centre de Leiden et 212 patients pour le centre de Groningen. La PR a été détecté dans 65% et 53% respectivement dans les groupes de contrôle de Leiden et de Groningen, seulement 32% et 38% ont été vus dans les 12 semaines [29].

Dans une autre étude, Chan et al ont fait une revue de dossiers pour établir le délai entre le début des symptômes et le diagnostic de PR. Celle de la durée entre le début des symptômes et la première visite médicale est de quatre semaines et celle entre première visite médicale et première consultation de rhumatologie est de huit semaines [30].

Dans notre enquête, les recommandations n'ont pas été totalement respectées. Un accès rapide à une consultation en rhumatologie est important pour éviter le retard diagnostique et les soins inutiles ou inappropriés. Il faut s'interroger sur les raisons des retards au diagnostic et à la demande d'avis auprès du spécialiste et les difficultés d'accès aux consultations de rhumatologies. La prise de conscience de la nécessité d'une demande d'avis appropriée et précoce doit être un objectif important de la formation des étudiants et des MG. L'impact d'une telle formation et de recommandations devra être évalué.

QCM n°3 :

- ❖ Devant une polyarthrite récente, qu'ils sont les éléments cliniques qui évoquent le diagnostic d'une éventuelle PR débutante :
1. **Arthrite d'au moins 3 articulations.**
 2. **Raideur matinale plus de 30 min.**
 3. Synovites des inters phalangiennes distales.
 4. **Douleur à la pression transverse des MCP et des MTP.**
 5. Atteinte des mains et des pieds.

Cette question vise à évaluer l'adhésion des MG à la recommandation concernant le diagnostic d'une PR débutante.

Les réponses vraies sont : **1, 2 et 4.**

Tableau XXII : Les éléments cliniques de diagnostic d'une PR débutante

	%	Degré d'adhésion
Arthrite d'au moins 3 articulations	47.3%	Moyen
Raideur matinale plus de 30 min	75.5%	Bon
Synovites des inter phalangiennes distales	68.6%	
Douleur à la pression transverse des MCP et des MTP	43.2%	Moyen
Atteinte des mains et des pieds	33.6%	

Commentaire :

Selon les recommandations des experts [31,32], le diagnostic d'une PR débutante repose sur les critères suivants : l'arthrite d'au moins 3 articulations, raideur matinale plus de 30 min, douleur à la pression transverse des MCP et des MTP. Dans notre enquête, le degré d'adhésion à cette recommandation a été bon pour un seul critère qui est la raideur matinale plus de 30 min et faible pour les deux autres critères. Nous constatons également que 68.6% des MG considèrent la synovite des inter-phalangiennes distales comme un élément pour le diagnostic d'une PR débutante et 33.6% d'entre eux cherchent une atteinte des mains et des pieds pour évoquer le diagnostic. Ce point est primordial dans la prise en charge de la PR pour faire bénéficier les patients d'un traitement précoce, le diagnostic doit être également précoce. Hors se sont les MG qui voient les premiers ces patients, et de ce fait reconnaître une synovite témoin d'une PR débutante doit faire partie des attributions d'un MG.

QCM n°4 :

❖ Le rhumatologue utilise des indices pour la surveillance de l'activité des maladies systémiques. Connaissez-vous lequel est dédié à la polyarthrite rhumatoïde ?

1. DAS28.
2. SLEDAI.
3. ASDAS.
4. BASDAI.

Réponse vraie : 1

DAS28 est un score composite qui permet d'évaluer l'activité de la PR. Ce score comporte 4 items : nombre des articulations douloureuses, nombre des articulations gonflées, évaluation globale du patient et un paramètre de l'inflammation biologique (VS ou CRP). Ce score est utilisé par les rhumatologues pour le suivi des patients atteints de PR. Seul 39.10% de l'ensemble des MG connaissent ce score. Ce pourcentage témoin du chemin qui reste à parcourir dans le cadre de la formation médicale continue.

QCM n°5 :

❖ Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde comprend des traitements symptomatiques et des traitements de fond (traitements étiopathogéniques). Sur la liste ci-dessous cochez les traitements de fond que vous connaissez

1. AINS.
2. Paracétamol.
3. **Salazopyrine.**
4. Prednisone.
5. **Méthotrexate.**
6. **Les biothérapies.**

Réponses vraies : **3, 5 et 6.**

Commentaire :

Le traitement de fond de la PR comporte des traitements de fond classiques CsDMARDs et les biothérapies bDMARDs. Le méthotrexate selon toutes les recommandations des sociétés savantes [33,34] est le traitement de fond utilisé comme pierre angulaire dans la PR. Les autres CsDMARDs peuvent être utilisés en association avec celui-ci, en cas de contre indications ou en cas des effets indésirables de méthotrexate. Dans notre enquête 90% des MG le connaissent, 50% pour la salazopyrine et 31.4% pour les biothérapies. Même si la plupart des MG connaissent le méthotrexate, son instauration comme traitement de la PR relève du médecin spécialiste. Par ailleurs, les MG sont tenus de connaître la mise sur le marché des biothérapies au Maroc, seul garantie pour pouvoir contribuer à la surveillance de la tolérance de ces molécules dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

QCM n°6 :

❖ Les critères diagnostiques de la polyarthrite rhumatoïde utilisés actuellement sont :

1. Les critères de Jones modifiés.
2. Les critères de l'ACR1987.
3. Les critères d'AMMOR.
4. **Les critères de l'ACR/EULAR 2010.**

Réponse vraie : **4**

Commentaire :

Dans notre enquête seulement 40.5% de l'ensemble des MG connaissent ces critères avec un taux d'adhésion aux recommandations faible. On remarque une méconnaissance des recommandations par l'absence d'une bonne diffusion de ces dernières ou par manque de recherche et d'autoformation. D'où la nécessité de faire des efforts de sensibilisation dans ce sens. Les critères de Jones modifiés et d'AMMOR sont des critères dédiés respectivement au diagnostic du rhumatisme articulaire aigu et des spondyloarthropaties. Les critères de l'ACR1987 sont des critères qui sont plus utilisés, ils sont devenus obsolètes avec l'avènement des nouveaux outils diagnostiques (échographie et IRM). A titre d'exemple ces critères comporte la présence d'érosions articulaires comme critère diagnostique, hors les érosions n'apparaissent que tardivement lors de la maladie, et en plus lors apparition doit être prévenue par l'instauration d'un traitement précoce. C'est la raison pour laquelle les critères de l'ACR ont été élaborés en 2010 (voir tableau annexe 2). Le diagnostic de PR débutante se définit par un score supérieur ou égal à 6 points. Ces critères comportent 4 types d'items pondérés :

- Mode d'atteinte articulaire évaluée sur les articulations gonflées ou douloureuses à la pression ou encore sur l'imagerie pour les centres entraînés (IRM, échographie) ; la pondération dépend surtout du nombre et du type d'atteintes (petites ou grosses articulations) [35].
- Sérologie : présence de facteur rhumatoïde ou d'ACPA, avec un poids différent en fonction d'un titre faible ou élevé (plus de 3 fois la limite supérieure de la normale).
- Inflammation biologique : VS ou CRP normale / anormale.
- Durée des symptômes (synovite) inférieure ou supérieure à 6 semaines si le patient a un score d'au moins 6 sur 10 il répond au diagnostic de PR définie [36].

QCM n°7 :

❖ Quel est le traitement de fond le plus utilisé dans la PR ?

1. Méthotrexate.
2. Salazopyrine.
3. Sels d'or.
4. Nivaquine.

Réponse vraie : 1

Tableau XXIII : le traitement de fond de première ligne.

	%	Degré d'adhésion
Méthotrexate	57.50%	Moyen
Salazopyrine	20.50%	
Sels d'or	15%	
Nivaquine	6.80%	

Commentaire :

Selon les recommandations, le méthotrexate est l'élément clé de la première stratégie thérapeutique chez les patients atteints de PR. La dose optimale doit être atteinte au maximum en 4 à 8 semaines. Dans notre enquête le degré d'adhésion à cette recommandation a été moyen.

Dans ce même sens, une enquête a été menée auprès des rhumatologues exerçant en France, le délai pour établir le diagnostic de PR a été de six mois en moyenne. Un traitement de fond a été immédiatement instauré dans 95 % des cas avec une large prédominance pour le méthotrexate (76 %) [37,38].

En conclusion le taux d'adhésion à cette recommandation est encore moyen. Il est primordial d'assurer une bonne diffusion des informations dans ce sens, avec une large sensibilisation des MG pour l'autoformation et la formation continuée. C'est surtout la

surveillance des effets indésirables du méthotrexate qui pèse lourdement dans le suivi de la PR par le rhumatologue, pour une certaine catégorie de patients en occurrence ceux qui sont éloignés des structures hospitalières. Le MG pourrait bien assurer la surveillance de la tolérance des médicaments.

QCM n°8 :

- ❖ Le traitement de fond de la PR prévient l'apparition des érosions qui sont responsables des déformations. Il doit être initié (idéalement) au moment du diagnostic. On parle de retard dans la prescription de traitement de fond si ce délai dépasse :
1. 3 mois.
 2. 6 mois.
 3. 9 mois.
 4. 12 mois.

Réponse vraie : 1

Tableau XXIV : Fenêtre thérapeutique dans la PR.

	%	Degré d'adhésion
3 mois	16.8%	Très faible
6 mois	37.70%	
9 mois	35.90%	
12 mois	9.50%	

Commentaire :

D'après les recommandations des sociétés savantes le traitement doit être démarré dès que le diagnostic de PR est retenu dans les 3 premiers mois suivant les premiers symptômes de PR, c'est ce qu'on appelle la fenêtre d'opportunité. Le taux d'adhésion à cette recommandation chez les MG participant à notre enquête a été très faible.

Dans ce même sens une enquête rétrospective faite en France auprès des rhumatologues, montre qu'un traitement de fond immédiatement instauré dans 95% des cas avant les 3 premiers mois avec une large prédominance pour le méthotrexate (76 %).

Une équipe hollandaise a comparé dans une étude prospective, l'introduction d'un traitement de fond d'emblée, par rapport à un traitement de fond différé (retard de traitement moyen 4.7 mois) chez 206 patients ayant une PR récente évoluant depuis moins de 6 mois [39]. L'évolution des érosions à 2 ans montrait une réduction significative de celles-ci dans le groupe ayant reçu le traitement de fond d'emblée. Dans une autre étude il s'agit d'une cohorte 335 PR pendant 5 ans, les auteurs ont comparé 3 groupes de patients ayant reçu des traitements de fond soit dans les 6 premiers mois de la maladie, soit entre le 6^{ème} et le 12^{ème} mois, soit au-delà du 12^{ème} mois et ce par rapport à un groupe contrôle n'ayant pas reçu de traitement de fond. Les auteurs observent que dans les groupes ayant eu un traitement retardé au-delà du 3^{ème} mois, la progression radiographique à 5 ans est significativement supérieure (d'environ 50 %) par rapport au groupe contrôle et au groupe ayant reçu un traitement de fond dans les 6 premiers mois de la maladie [40]. Nell et collaborateurs ont également apporté des éléments en faveur de l'introduction très précoce d'un traitement de fond, en montrant qu'il y avait un retard de progression radiographique (évalué avec le score de Larsen) statistiquement très significatif chez les patients ayant le traitement de fond dans les 3 premiers mois de la maladie.

Enfin, récemment dans la cohorte nationale française ESPOIR, il a été montré que les patients recevant un traitement de fond très précocement, dans les 3 premiers mois de la maladie avaient une évolution structurale meilleure à 1 an que ceux ayant reçu ce traitement au delà du 3^{ème} mois [41].

En conclusion, le facteur prédictif principal de réponse à un traitement de fond dans la PR débutante était la durée d'évolution de la maladie au moment de l'introduction de ce traitement de fond, ceci signifie qu'introduire un traitement de fond efficace très précocement à un moment où il existe peu de lésions est primordial. Dans notre enquête le taux d'adhésion est

très faible, d'où la nécessité lors de la formation des MG d'insister sur l'importance de la rapidité de la prise en charge qui doit être soulignée. Il faudrait également s'attacher à leur faire reconnaître une entité telle que la polyarthrite indifférenciée devant un rhumatisme inflammatoire débutant, les arthrites inclassées (et qui le restent à dix ans dans 80% des cas) représentent 10 à 60% des patients. Dans les cas où le diagnostic de PR peut être posé d'emblée, il ne faut pas retarder la mise en route du traitement de fond. Dans les cas où la nosologie du rhumatisme inflammatoire reste imprécis, il faut au moins préciser au patient qu'il s'agit d'une polyarthrite indifférenciée, apporter des explications et ne pas donner l'impression d'une incertitude diagnostique pouvant être anxiogène et frustrante. Tous ces éléments témoignent de la difficulté d'arriver au diagnostic de la PR débutante devant les arthrites d'évolution récente, c'est un exercice clinique difficile où le médecin doit considérer le diagnostic de PR débutante comme un diagnostic d'élimination (voir tableau annexe 4). C'est la raison pour laquelle il faut inciter les MG à demander rapidement un avis spécialisé pour poser un diagnostic de certitude.

QCM n°9 :

❖ Dans la PR en cas d'échec du traitement de fond classique une biothérapie peut être proposée. Quelles sont les spécialités commercialisées au Maroc que vous connaissez ?

1. Rituximab.
2. Etanercept.
3. Adalimumab.
4. Infliximab.
5. Tocilizumab.

Réponses vraies sont : 1, 2, 3, 4 et 5.

Tableau XXV : Degré de connaissance des MG des biothérapie commercialisées au Maroc

	%	Degré d'adhésion
Rituximab	34.7%	Faible
Etanercept	27.30%	Faible
Adalimumab	42.70%	Moyen
Infliximab	37.70%	Faible
Tocilizumab	27.30%	Faible

Commentaire :

Dans notre étude on constate qu'il ya une méconnaissance des différentes biothérapies utilisées dans le traitement de la PR en cas d'échec du traitement de fond. Toutes ces spécialités sont commercialisées au Maroc. Les 2/3 des MG ne sont pas au courant des innovations thérapeutiques. Il parait que beaucoup d'effort doit être fait pour réussir le niveau de la formation médicale continue post universitaire, de manière à améliorer la collaboration entre les spécialistes et les MG, se sont ces derniers qui doivent être impliqué dans le suivi de la tolérance des patients recevant une biothérapie.

QCM n°10 :

Cette question ouverte vise à préciser le rôle des MG dans la prise en charge collaboratrice avec le rhumatologue :

- ❖ Adresser systématiquement toute PR au rhumatologue.
- ❖ Le médecin généraliste doit faire lui même le diagnostic de la PR.
- ❖ Soulager le malade et laisser au rhumatologue le soin d'initier le traitement de fond.
- ❖ Assurer le suivi de la tolérance des médicaments prescrits par le rhumatologue.
- ❖ Gérer les éventuelles poussées de la maladie en attendant que le patient consulte son rhumatologue.
- ❖ Administrer la biothérapie.
- ❖ Gérer les comorbidités de la maladie.

Tableau XXVI : Le rôle des MG dans la prise en charge collaborative avec le rhumatologue.

	%	Degré d'adhésion
Adresser systématiquement toute PR au rhumatologue	59.50 %	Moyen
Le médecin généraliste doit faire lui même le diagnostic de la PR	43.20%	Moyen
Soulager le malade et laisser au rhumatologue le soin d'initier le traitement de fond	78.20%	Bon
Assurer le suivi de la tolérance des médicaments prescrits par le rhumatologue	77.70%	Bon
Gérer les éventuelles poussées de la maladie en attendant que le patient consulte son rhumatologue	68.20%	Bon
Administrer la biothérapie	5.90%	
Gérer les comorbidités de la maladie	54.10%	Moyen

Commentaire :

Dans cette enquête nous constatons que 59.50% de l'ensemble des MG adressent systématiquement toute PR au rhumatologue, 43.20% d'entre eux pensent que le MG doit faire lui même le diagnostic de la PR, 78.20% ont annoncé que leur rôle est de soulager le malade et laisser au rhumatologue le soin d'initier le traitement de fond, 77.70% souhaitent assurer le suivi de la tolérance des médicaments prescrits par le rhumatologue, 68.20% d'entre eux peuvent gérer les éventuelles poussées de la maladie en attendant que le patient consulte son rhumatologue, alors que 5.90% d'entre eux voient que le fait d'administrer la biothérapie fait partie de leur rôles et 54.10% peuvent gérer les comorbidités de la maladie. Le taux d'adhésion est bon pour certains rôles et moyen pour d'autres. Il faut encore plus de sensibilisation des MG pour qu'ils puissent assurer leurs rôles de façon optimale en collaboration avec les spécialistes.

A ce titre la nouvelle réforme des études médicales permet de définir les nouvelles prérogatives des MG dans le cadre de la médecine de famille. Cette réforme vise à définir les nouveaux objectifs institutionnels de la formation des futurs médecins de famille en fonction de l'épidémiologie et des besoins sanitaires des citoyens marocains.

Dans une étude publiée dans le journal of American Medical Association ou JAMA, dans un audit clinique, Helliwell et al ont montré que 67 % du suivi des traitements de fond de la PR était assuré par les MG qui, dans la plupart des cas, souhaitent être responsables de ce suivi. Malgré tout, 41% des MG avouaient ressentir des difficultés dans le suivi de ces traitements de fond. Ils désiraient tous avoir des copies des protocoles de suivi des traitements et la quasi-totalité d'entre eux souhaitent également recevoir la copie de la feuille d'information donnée à leur patient [42].

Dans une étude faite dans le service de rhumatologie CHU Avicenne en France en 2003. Lorsque l'on demandait aux MG s'ils souhaitent être responsables du suivi du traitement de fond, 54% d'entre eux voulaient suivre le traitement prescrit par le rhumatologue, 38 % préféraient ne suivre que les problèmes de médecine générale et les éventuelles poussées de la maladie et 8% préféraient transférer la totalité de la prise en charge au rhumatologue. Par ailleurs, cette étude a montré que l'absence de coordination entre les différents acteurs de santé conduit à une augmentation du coût de la prise en charge sans amélioration des résultats. À l'opposé, des soins partagés ont apportés de véritables bénéfices [43].

En conclusion et d'après les résultats de notre enquête Il faut encore réfléchir à la façon de créer une meilleure coordination. Cette réflexion commence par la nécessité de s'interroger sur les besoins des MG en matière de formation et en définissant des stratégies de prise en charge commune si les soins doivent être partagés. Définir la nature de la supériorité des soins apportés par les spécialistes permettrait de mieux coordonner les différents intervenants [44,45].

VI. Les limites de l'étude.

Notre étude a été menée à partir d'un questionnaire et ne témoigne donc que d'une intention de prise en charge. Ce genre de questionnaire permet d'évaluer les connaissances théoriques et non pas ce que les MG font dans la vraie vie. Les résultats sont donc probablement meilleurs que dans la réalité. Un questionnaire d'analyse des pratiques auprès des praticiens n'est pas le reflet exact des véritables pratiques. Les intentions affichées diffèrent en effet des prescriptions réelles. De plus, il a été démontré que les praticiens n'ont pas toujours la même attitude devant un cas écrit et un cas simulé [46]. Par ailleurs, certaines questions faisant appel à des conduites passées, sont par nature rétrospectives et introduisent donc un biais d'anamnèse. D'autres parts, les médecins ont reçu le questionnaire par leurs adresses mails avec un délai de réponse largement suffisant, donc le médecin a plus de temps pour mûrir sa réflexion face à un document écrit.

VII. Recommandations aux MG à l'issue de l'enquête.

- Il faut insister sur le diagnostic précoce de la PR.
- Adresser toute polyarthrite récente au rhumatologue pour le diagnostic étiologique.
- Savoir faire le diagnostic de la synovite.
- La corticothérapie dans la PR ne doit pas dépasser 7.5mg/j.
- Le MG doit s'impliquer dans la prise en charge pluridisciplinaire :
- Formation médicale continue post universitaire.
- S'organise dans les réseaux de soin avec le rhumatologue référent.
- S'impliquer dans la prise en charge des comorbidités.
- S'impliquer dans la prise en charge du suivi de la tolérance des médicaments.
- Assurer la prise en charge des poussées et l'ajustement thérapeutique du traitement symptomatique en attendant que le patient consulte le rhumatologue.
- S'investir dans l'éducation du patient.

Dans notre enquête les commentaires envoyés par les médecins généralistes interrogés témoignent de leur appréciation de ce genre d'évaluation de pratiques, et de leur souhait d'organiser des formations continues à leurs profits concernant cette maladie.

VIII. Perspectives

Un diagnostic précoce et un traitement approprié sont les clés de la prise en charge de la PR. Actuellement cet objectif d'initiation précoce d'un traitement de fond n'est pas réaliste pour de nombreux patients en raison du retard au diagnostic. Un accès rapide à une consultation en rhumatologie ou à des conseils est important pour éviter les soins inutiles ou inappropriés. Il faut s'interroger sur les raisons du retard à l'initiation d'un traitement : les retards au diagnostic et à la demande d'avis auprès du spécialiste et les difficultés d'accès aux consultations de rhumatologies sont deux raisons mais d'autres raisons doivent être recherchées et prises en compte. La prise de conscience de la nécessité d'une demande d'avis appropriée et précoce est un objectif important de la formation des étudiants et des MG. De plus la description des médecins participant à l'évaluation et leur environnement doit être clairement précisée. Il serait également intéressant d'explorer la nature des différences de prise en charge par des rhumatologues et des MG. Si les études comparant les processus de soins reconnus comme associés à des meilleurs résultats cliniques sont en faveur des soins apportés par les rhumatologues, les bénéfices du suivi assuré par les rhumatologues, ses capacités à coordonner une équipe multidisciplinaire de prise en charge de la PR, ses capacités à établir une relation de confiance et de coopération avec les patients sont à démontrer. L'impact des délais de rendez-vous de consultation chez le rhumatologue doit également être analysé. Il serait, par ailleurs important d'étudier les facteurs qui conduisent à l'interruption de la prise en charge par le rhumatologue afin d'éviter les arrêts intempestifs et dommageables des traitements de fond. Il faut réfléchir à la façon de créer une meilleure coordination. Cette réflexion commence par la nécessité de s'interroger sur les besoins des MG en formation, en définissant des stratégies de prise en charge commune si les soins doivent être partagés. Définir la nature de la supériorité

des soins apportés par les spécialistes permettrait de mieux coordonner les différents intervenants. Une réflexion et un travail commun sur la prise en charge des pathologies rhumatologiques en médecine générale doivent être encouragés. L'élaboration des réseaux de soins concernant la PR, ces filières de soins constituent une vraie révolution des rapports professionnels, qui portent en elles de nouvelles valeurs: management, encadrement et planification.



CONCLUSION

Les pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde semblent être sous optimales et mal concordantes avec les recommandations de bonnes pratiques dans la majorité des items étudiées. En effet, cet écart était marqué sur les items concernant le délai du diagnostic précoce de la PR et le diagnostic de la synovite. L'écart a été également constaté dans la prescription du traitement de fond et le délai à partir duquel on parle de retard dans la prescription. Nous constatons un taux d'adhésion très faible concernant cet item, uniquement 16.80% ayant respecté le délai de 3 mois dans la prescription de traitement de fond. Le décalage a été également constaté au niveau des différents items de la prise en charge collaborative avec le rhumatologue. La même constatation a été faite pour la posologie de la corticothérapie prescrite au début du traitement.

Ces résultats mettent en avant la nécessité d'améliorer la formation continue des médecins généralistes qui permettra certainement un aide à l'amélioration des pratiques. Des efforts supplémentaires doivent être faits pour sensibiliser les médecins généralistes quand à l'adhésion aux recommandations, afin que la prise en charge de cette pathologie soit conforme aux recommandations de bonnes pratiques.



RESUMES

RESUME

La polyarthrite rhumatoïde est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires. Sa prévalence est estimée à 0.5% dans la population générale. L'objectif de ce travail est de faire une évaluation des attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de cette pathologie, afin de savoir si la prise en charge diagnostique et thérapeutique est congruente aux recommandations de bonnes pratiques. Pour ceci nous avons mené une enquête auprès des médecins généralistes du secteur public et privée du royaume.

Le questionnaire de l'enquête a été établi et structuré étroitement en parallèle avec les définitions et les recommandations de bonnes pratiques sous forme de 10 questions à choix multiples et 1 cas clinique comportant 7 items. Concernant le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde à un stade précoce, la moitié des médecins généralistes ne connaissent pas le délai à partir duquel il faut poser le diagnostic. La corticothérapie a été prescrite à la dose de 15 à 20mg/j par 35.50% des médecins généralistes. Pour la surveillance de l'activité de la polyarthrite rhumatoïde, 60.90% de l'ensemble des médecins généralistes ne connaissent pas l'indice DAS28 et 59.50% d'entre eux ne connaissent pas les critères diagnostiques de la polyarthrite rhumatoïde ACR/EULAR 2010. Concernant le traitement de fond préconisé en première intention, 42.5% ne préconisent pas le méthotrexate alors que c'est le traitement de fond de première ligne. La prescription du traitement de fond n'a pas été initiée à 3 mois par 83.20% des médecins généralistes. Ce travail a objectivé que la polyarthrite rhumatoïde est souvent mal prise en charge et que les pratiques des médecins généralistes sont mal concordantes avec les recommandations. Ceci suggère la nécessité de promouvoir la formation médicale continue des généralistes concernant cette pathologie en particulier, afin d'optimiser la prise en charge adéquate de la maladie.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is the most common inflammatory rheumatism. Its prevalence is estimated at 0.5%. The aim of this study is to make an assessment of doctor's attitudes towards this disease, to verify if diagnosis and treatment are consistent with the recommendations of good practice. For this purpose, we conducted a survey which a questionnaire was sent to general practitioners practicing in the private and public health system of Morocco. A questionnaire was developed and structured closely in line with the definitions and recommendations of good practice, includes 10 multiple choice questions and one clinical case with 7 items. Regarding the diagnosis of rheumatoid arthritis at an early stage, half of doctors don't know the perfect diagnostic delay. Corticosteroid therapy was used at a dose of 15 to 20mg/d by 35.50% of general practitioners. As for monitoring activity of rheumatoid arthritis, 60.90% of all general practitioners don't know the DAS28 index and 59.50% of them don't have any idea about the diagnostic criteria for rheumatoid arthritis ACR / EULAR 2010. 42.5% of general practitioners use not a methotrexate in first line. The basic treatment was not initiated at 3 months by 83.20% of doctors. Thus, treatment of Rheumatoid arthritis is poorly concordant with recommendations of good practice, suggesting for update the knowledge of general practices of generalist on this disease in Particular to optimize the management of Rheumatoid arthritis.

ملخص

يعتبر التهاب المفاصل الروماتويدي من بين أمراض الروماتيزم الالتهابي الأكثر شيوعا ويقدر انتشاره ب 0.5%. الهدف من هذا العمل، هو إجراء تقييم لمواقف الأطباء فيما يتعلق بالتشخيص و العلاج، و حول مطابقتها مع توصيات الممارسة السليمة. لهذا الغرض قمنا بإجراء دراسة تمثلت في استطلاع للأطباء العاميين الذين يزاولون مهنتهم في جميع جهات المغرب في القطاعين العام والخاص. وقد أعد الاستبيان المصاحب للاستطلاع بشكل متواز مع تعاريف وتوصيات الممارسات الجيدة على شكل 10 أسئلة متعددة الخيارات وحالة سريرية مكونة من 7 أجزاء. فيما يخص التشخيص المبكر، نصف الأطباء لا يعرفون الأجل الذي يجب أن يشخص فيه المرض. أما بخصوص الأدوية، فقد تم وصف كورتيكوستيرويد بجرعة من 15 إلى 20 مغ في اليوم من طرف 35.50% من الأطباء. كما أوضحت الدراسة أن 60.90% من مجموع الأطباء العامون ليس لهم دراية بالمؤشر الخاص بمراقبة نشاط التهاب المفاصل الروماتويدي. وبالنسبة للمعايير التشخيصية لهذا المرض ف 59.50% من مجموع الأطباء ليسوا على علم بهاته المعايير. فيما يتعلق بالعلاج 42.5% من الأطباء لا يستهدفون الميثوثريكسات بالدرجة الأولى، 68.20% منهم لا يقرون ببدء العلاج قبل مرور 3 شهور. في ختام هذه الدراسة، تبين عدم مطابقة التوصيات مع أجوبة الأطباء في أغلب المواقف، مما يستدعي الحرص على تكوين طبي مستمر لعلاج أمثل لمرض التهاب المفاصل الروماتويدي.



ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire de l'enquête.

Première partie :

✓ Civilité:

Madame Monsieur

✓ Veuillez préciser la ville où vous exercez.

✓ Dans quel secteur exercez vous la médecine?

- Secteur privé.
- Secteur publique.

✓ Veuillez noter (approximativement) le nombre de polyarthrite rhumatoïde que vous voyez dans votre consultation par mois:

- Je n'en vois pas.
- 1 à 2.
- 3 à 4.
- 5 à 6.
- Plus de 7.

✓ Avez vous un rhumatologue référent à qui vous confiez vos malades atteints de la polyarthrite rhumatoïde (en ville ou à l'hôpital)?

- Oui.
- Non.

✓ Si vous répondez par oui à la question précédente, recevez-vous une réponse écrite de ce rhumatologue?

- Oui.
- Non.

Deuxième partie :

- ✓ QCM1: La polyarthrite rhumatoïde est une maladie inflammatoire chronique qui touche essentiellement la membrane synoviale. Le diagnostic repose donc sur la mise en évidence de la synovite devant les signes suivants:
 - **Gonflement articulaire.**
 - **Raideur articulaire.**
 - **Douleur articulaire.**
 - Déformation articulaire.
- ✓ QCM 2: La polyarthrite rhumatoïde doit être diagnostiquée à un stade précoce. Actuellement, on parle de retard diagnostique à partir de:
 - 3 mois.
 - **6 mois.**
 - 1 an.
 - 2 ans.
- ✓ QCM 3: Devant une polyarthrite récente, quels sont les éléments cliniques qui évoquent le diagnostic d'une éventuelle polyarthrite rhumatoïde débutante:
 - **Arthrite d'au moins 3 articulations.**
 - **Raideur matinale > 30 minutes.**
 - Synovites des inter-phalangiennes distales.
 - **Douleur à la pression transverse des MCP et des MTP.**
 - Atteinte des mains et des pieds.

Troisième partie :

Cas clinique 1: Madame C.D, âgée de 40 ans, directrice d'une agence bancaire, consulte pour des douleurs articulaires qui évoluent depuis 2 mois. Ces douleurs intéressent les poignets, les mains et les pieds. Elle rapporte une raideur matinale de 40 minutes avec des réveils nocturnes multiples. Sa tante est suivie pour polyarthrite rhumatoïde. A l'examen clinique vous trouvez des synovites au niveau des poignets, 2^{ème} et 3^{ème} MCP des deux cotés. La pression transverse des MCP et des MTP est très douloureuse.

- ✓ Question 1: A cette étape, les diagnostics les plus probables sont:
 - **Lupus érythémateux déssiminé.**
 - **Polyarthrite rhumatoïde débutante.**
 - **Syndrome de Sjörger.**
 - Polyarthrose.

- ✓ Question 2: Selon les données cliniques sus-citées, le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde peut être évoqué. Quels sont les examens complémentaires que vous allez demander pour étayer ce diagnostic.
 - **VS.**
 - **CRP.**
 - **Facteur rhumatoïde.**
 - **Anticorps anti-peptides cycliques citrullinés.**
 - **Anticorps anti nucléaires.**
 - HLA B27.
 - **Radiographies des mains et des avant-pieds.**
 - Radiographie des sacro-iliaques.

- ✓ Question 3: Les Résultats des examens complémentaires de Mme C.D sont les suivants: anémie hypochrome microcytaire à 11.7g/dl; VS=60 mm; CRP=30 mg/l; Facteur rhumatoïde positif; Anticorps anti-peptides cycliques citrullinés positifs; Anticorps anti-nucléaires négatifs. Ces résultats sont en faveur de quels diagnostics?
 - **Polyarthrite rhumatoïde.**
 - Sclérodermie.
 - Lupus érythémateux disséminé.
 - Spondylarthrite.

- ✓ Question 4: Si vous pensez qu'il s'agit d'une polyarthrite rhumatoïde:
 - **La présence d'une érosion articulaire doit être recherchée systématiquement.**
 - **La mise en évidence d'une érosion est un élément de mauvais pronostic.**
 - **Les érosions apparaissent habituellement au cours des deux premières années de la maladie.**
 - **La recherche d'une érosion peut nécessiter une échographie articulaire.**

- ✓ Question 5: À cette étape clinique que proposez-vous pour Madame C.D?
 - Vous adressez la patiente à un rhumatologue.
 - Vous adressez la patiente à un interniste.
 - Vous adressez la patiente à un orthopédiste.
 - Vous vous en occupez vous-même.
 - Vous adressez la patiente au rhumatologue après un traitement initié par vos soins.

- ✓ Question 6: Si vous prescrivez à Mme C.D une corticothérapie par voie orale, vous la proposez à quelle dose?
 - **5-10 mg/j.**
 - 10-15 mg/j.
 - 15-20 mg/j.
 - 20-30 mg/j.

- ✓ Question 7: Si vous proposez à madame C.D le traitement suivant: Prednisone 10 mg/j et méthotrexate 15 mg/semaine. Quels sont les paramètres que vous devez surveiller :
 - **Tension artérielle.**
 - **CRP.**
 - **Créatinine.**
 - **Transaminases.**
 - **NFS.**

Quatrième partie :

- ✓ QCM 4: Le Rhumatologue utilise des indices pour la surveillance de l'activité des maladies systémiques. Connaissez-vous lequel est dédié à la polyarthrite rhumatoïde?
 - **DAS28.**
 - SLEDAI.
 - ASDAS.
 - BASDAI.

- ✓ QCM 5: Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde comprend des traitements symptomatiques et des traitements de fonds (traitements étiopathogéniques). Sur la liste ci-dessous, cochez les traitements de fond que vous connaissez.
 - AINS.
 - Paracétamol.
 - **Salazopyrine.**
 - Prednisone.
 - **Méthotrexate.**
 - **Les biothérapies.**

- ✓ QCM 6: Les critères diagnostiques de la polyarthrite rhumatoïde utilisés actuellement sont:
 - Les critères de Jones modifiés.
 - Les critères de l'ACR 1987.
 - Les critères d'AMMOR.
 - **Les critères de l'ACR /EULAR 2010.**

- ✓ QCM 7: Quel est le traitement de fond le plus utilisé dans la polyarthrite rhumatoïde?
 - **Méthotrexate.**
 - Salazopyrine.
 - Sels d'or.
 - Nivaquine.

- ✓ QCM 8: Le traitement de fond de la polyarthrite rhumatoïde prévient l'apparition des érosions qui sont responsables des déformations. Il doit être initié (idéalement) au moment du diagnostic. On parle de retard dans la prescription du traitement de fond, si ce délai dépasse:
 - **3 mois.**
 - 6mois.
 - 9mois.
 - 12 mois.

- ✓ QCM 9: Dans la polyarthrite rhumatoïde, en cas d'échec du traitement de fond classique, une biothérapie peut être proposée. Quelles sont les spécialités commercialisées au Maroc que vous connaissez?
 - **Rituximab (Mabthera®).**
 - **Etanercept (Enbrel®).**
 - **Adalimumab (Humira®).**
 - **Infliximab (Remicade®).**
 - **Tocilizumab (Actemra®).**

- ✓ QCM 10: Le médecin généraliste est le premier médecin confronté au diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde. À votre avis quels sont les principaux rôles que doit jouer le médecin généraliste dans le cadre de la prise en charge collaborative avec le rhumatologue.
 - Adresser systématiquement toute polyarthrite récente au rhumatologue.
 - Le médecin généraliste doit faire lui-même le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde.
 - Soulager le malade et laisser au rhumatologue le soin d'initier le traitement de fond.
 - Assurer le suivi de la tolérance des médicaments prescrits par le rhumatologue.
 - Gérer les éventuelles poussées de la maladie en attendant que le patient consulte son rhumatologue.
 - Administrer la biothérapie.
 - Gérer les comorbidités de la maladie.

Annexe 2 : Les critères de classification de l'ACR/EULAR 2010 pour la PR.

TABLEAU 2		Critères de classification de l'ACR/EULAR 2010 pour la polyarthrite rhumatoïde	
Atteinte articulaire (0-5)			
1 grosse articulation			0
2 à 10 grosses articulations			1
1 à 3 petites articulations (grosses articulations non comptées)			2
4 à 10 petites articulations (grosses articulations non comptées)			3
> 10 articulations (au moins une petite articulation)			5
Sérologie (0-3)			
FR négatif ET ACPA négatif			0
FR faiblement positif (1 à 3 x normale) OU ACPA faiblement positif (1 à 3 x normale)			2
FR fortement positif OU ACPA fortement positif			3
Durée des symptômes (0-1)			
< 6 semaines			0
≥ 6 semaines			1
Biologie inflammatoire (0-1)			
CRP normale ET VS normale			0
CRP anormale OU VS anormale			1

ACPA : anticorps antiprotéines citrullinées ; **CRP** : protéine C-réactive ;
FR : facteur rhumatoïde ; **IPP** : interphalangienne proximale ;
MCP : métacarpophalangienne ; **MTP** : métatarsophalangienne ;
PR : polyarthrite rhumatoïde ; **VS** : vitesse de sédimentation.

Annexe 3 :

Facteurs de mauvais pronostic dans la PR
Atteinte polyarticulaire
Handicap fonctionnel initial
Atteintes extra-articulaires
Présence du facteur rhumatoïde (surtout à titre élevé) et/ou anti-ccp positif
Vitesse de sédimentation et protéine C réactive élevées
Apparition précoce d'érosions (moins de 2 ans)
Facteurs socio-démographiques (faible niveau d'éducation, faibles revenus)
Présence du marqueur génétique HLA-DR4 (surtout pour études de cohortes)

Annexe 4 : Les diagnostics différentiels de la PR.

Devant une monoarthrite.	<ul style="list-style-type: none"> - Une arthrite infectieuse et notamment à mycobactéries (tuberculeuses ou atypiques)
Devant une oligo ou une polyarthrite.	<ul style="list-style-type: none"> - Les polyarthrites d'origine infectieuse: - Bactériennes ou virales. - Rhumatismes post-streptococciques. - Les spondylarthrites. - La pseudo-polyarthrite rhizomélique. - La polyarthrite œdémateuse du sujet âgé. - Les connectivites : - La maladie lupique. - Le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif. - La sclérodémie systémique. - Les vascularites. - Les arthropathies métaboliques. - L'arthrose.



BIBLIOGRAPH

1. **Bongartz, C. Nannini, et al.**
Incidence and mortality of interstitial lung disease in rheumatoid arthritis: a population-based study.
Arthritis Rheum 2010;62(6):1583–91.
2. **B Combe, C Lukas et J. Morel.**
Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte : épidémiologie, clinique et diagnostic.
EMC 2015–07–01 .volume 10. Numéro 3. Pages 1–16.
3. **Bernard Combe.**
Progrès dans la polyarthrite rhumatoïde.
Revue du Rhumatisme 2007;74:18–25
4. **Felson DT, Smolen JS, Wells G, Zhang B, van Tuyl LH, Funovits J, et al.**
American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials.
Ann Rheum Dis. 2011;70(3):404–13
5. **Anne-Christine Rat, Viviana Henegariu, Marie-Christophe Boissier.**
Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde.
Revue du Rhumatisme 2004;71:350–358.
6. **Sany J.**
Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte; conception actuelle paris.
John libbey Euro text,2003.
7. **Hanan Rkain, Fadoua Allali, Imane Jroundi , Najia Hajjaj-Hassouni.**
Retentissement socioéconomique de la polyarthrite rhumatoïde au Maroc.
Revue de rhumatisme volume 73, Issue 5, May 2006, Pages 462–468.
8. **Smolen, J. S., R. Landewe, et al.**
EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update.
Ann Rheum Dis 2014;73(3):492–509 (2014).

9. **Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al.**
Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative.
Ann Rheum Dis 2010;69:1580-8.

10. **Cécile Gaujoux-Viala, Laure Gossec, Bernard Combe.**
Recommandation de la société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde.
Revue de rhumatisme July 2014, Vol.81(4) :303-312.

11. **Anne-Christine Rat, Viviana Henegariu, Marie-Christophe Boissier.**
Prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde en médecine générale : enquête dans un département français.
Revue du Rhumatisme 2006;73:256-262.

12. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 Update.
Arthritis Rheum 2002; 46:328-46.

13. **Aletaha, D., T. Neogi, et al.**
Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative.
Ann Rheum Dis 2010;69(9):1580-8.

14. **Bannwarth, B., L. Labat, et al.**
Methotrexate in rheumatoid arthritis.
An update Drugs 47(1): 25-50.2011.

15. **Felson DT, Smolen JS, Wells G, Zhang B, van Tuyl LH, Funovits J, et al.**
American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials.
Ann Rheum Dis. 2011;70(3):404-13.

16. Polyarthrite rhumatoïde – Prise en charge initiale – Synthèse des recommandations.
HAS 2007.

- 17. Laure Jeunet–Mancy, Benoît Augé, Gérald Streit, Daniel Wendling.**
Évaluation d'une consultation multidisciplinaire de la polyarthrite rhumatoïde.
Revue du rhumatisme 2010;77:44–48.
- 18. Saraux MJ, Fautrel B, Flipo RM, Guillemin F, Kaye O, et al.**
Quels examens complémentaires sont proposés par les rhumatologues dans les rhumatismes inflammatoires débutants (RID). Résultats d'une enquête d'opinion.
Rev Rhum Engl Ed 2000;67:762.
- 19. Stross JK.**
Relationships between knowledge and experience in the use of disease–modifying antirheumatic agents, a study of primary care practitioners.
JAMA 1989; 262:2721–3.
- 20. Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N.**
Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists.
J Gen Intern Med 1999;14:281–6.
- 21. Ward MM, Leigh JP, Fries JF.**
Progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. Associations with rheumatology subspecialty care.
Arch Intern Med 1993;153:2229–37.
- 22. Gamez–Nava JI, Gonzalez–Lopez L, Davis P, Suarez–Almazor ME.**
Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians.
Br J Rheumatol 1998;37:1215–9.
- 23. Olivier Muis Pistor, Bruno Fantino, Francois Piot Fantico, Christophe Garret, Gerard Trape, Jaque Tebib.**
Diagnostic et prise en charge thérapeutique de la PR en Rhone Alpes: "une enquête vraie vie en 2010".
Revue du Rhumatisme 80(2013) 130–135.

- 24. Bolumar F, Ruiz MT, Hernandez I, Pascual E.**
Reliability of the diagnosis of rheumatic conditions at the primary health care level.
J Rheumatol 1994;21:2344-8.
- 25. Stross JK.**
Rheumatologists as an endangered species: a proposal for change.
Arthritis Rheum 1992;35:609-10.
- 26. Hernandez-Garcia C, Vargas E, Abasolo L, Lajas C, Bellajdell B, Morado IC, et al.**
Lag time between onset of symptoms and access to rheumatology care and DMARD therapy in a cohort of patients with rheumatoid arthritis.
J Rheumatol 2000; 27:2323-8.
- 27. Combe B, Landewé R, Lukas C, 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 (ESCISIT).
Am Rheum Dis 2007;66:34-45.
- 28. Anne-Christine Rat, Viviana Henegariu, Marie-Christophe Boissier.**
Do primary care physicians have a place in the management of rheumatoid arthritis?
Revue du Rhumatisme 2007;74:17-26.
- 29. Jessica A B Van Neiss, Elisabeth Brouwer, Flores A van Gaalen, Cornelia F Alaat.**
Improved early identification of arthritis: evaluating the efficacy of Early Arthritis Reconnection Clinics.
Ann rheum Dis 2013; 72:1295-1301.
- 30. Chan KW, Felson DT, Yood RA, Walker AM.**
The lag time between onset of symptoms and diagnosis of rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum 1994; 37:814-20.
- 31. Cécile Gaujoux-Viala, Laure Gossec, Bernard Combe.**
Recommandation de la société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde.
Revue de rhumatisme July 2014, Vol.81(4) :303-312.

- 32. Fantel B , Pham T , Gossec Tetal**
Development of recommendations for clinical practice based on published evidence and expert opinion.
Joint Bone spine 2005,72:163–70
- 33. Smolen, J. S., R. Landewe, et al.**
EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update.
Ann Rheum Dis 2014;73(3):492–509 (2014).
- 34. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al.**
Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative.
Ann Rheum Dis 2010;69:1580–8
- 35. Arnett F , S.M edworthy et all**
The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheum 31 :135–24
- 36. Diagnostic précoce de la polyarthrite rhumatoïde et la stratégie thérapeutique initiale**
HAS2007
- 37. Benhamou M, Rincheval N, Roy C, et al.**
The gap between practice and guidelines in the choice of first-line disease modifying anti-rheumatic drug in early rheumatoid arthritis: results from the ESPOIR cohort.
J Rheumatol 2009; 36:934–42.
- 38. Kumar K, Daley E, Carruthers DM, et al.**
Delay in presentation to primary care physicians is the main reason why patients with rheumatoid arthritis are seen late by rheumatologists.
Rheumatology (Oxford) 2007; 46:1438–40.

39. **Lard, L. R., H. Visser, et al.**
Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies.
Am J Med 2001; 111(6): 446-51.
40. **Bukhari, M. A., N. J. Wiles, et al.**
Influence of disease-modifying therapy on radiographic outcome in inflammatory polyarthritis at five years: results from a large observational inception study.
Arthritis Rheum 2003;48(1):46-53.
41. **Lukas, C., B. Combe, et al.**
Favorable effect of very early disease-modifying antirheumatic drug treatment on radiographic progression in early inflammatory arthritis.
Arthritis Rheum 2011; 63(7):1804-11.
42. **Helliwell PS, O'Hara M.**
Shared care between hospital and general practice: an audit of disease-modifying drug monitoring in rheumatoid arthritis.
Br J Rheumatol 1995;34:673-6.
43. **Hanan Rkain, Fadoua Allali, Imane Jroundi , Najia Hajjaj-Hassouni.**
Retentissement socioéconomique de la polyarthrite rhumatoïde au Maroc.
Revue de rhumatisme volume 73, Issue 5, May 2006, Pages 462-468.
44. **Anderson JJ, Ruwe M, Miller DR, Kazis L, Felson DT, Prashker M.**
Relative costs and effectiveness of specialist and general internist ambulatory care for patients with two chronic musculoskeletal conditions.
J Rheumatol 2002;29:1488-95.
45. **Katz JN, Solomon DH, Bates DW.**
Differences between generalists and specialists Arthritis.
Care Res 1997;10:161-2.
46. **Smolen, J. S., P. Emery, et al.**
The efficacy of leflunomide monotherapy in rheumatoid arthritis: towards the goals of disease modifying antirheumatic drug therapy.
J Rheumatol Suppl 71:13-20. 2004.

قسم الطبيب

اقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال

بأدلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

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

للسالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم المسخر لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أختاً لكل زميل

في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي ،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد.



كلية الطب
و الصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

أطروحة رقم 041

سنة 2017

رعاية التهاب المفاصل الروماتويدي من طرف الطبيب العام في المغرب

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2017/04/14

من طرف

الآنسة خديجة أيت مبارك

المزودة في 25 يوليوز 1991 بتارودانت

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

التهاب المفاصل الروماتويدي - طبيب عام - المغرب

اللجنة

الرئيسة	ل. السعدوني	السيدة
	أستاذة في الطب الباطني	
المشرف	ر. نعمان	السيد
	أستاذ في طب أمراض العظام والمفاصل	
الحكام	إ. البوشتي	السيدة
	أستاذة مبرزة في طب أمراض العظام والمفاصل	
	أ. بلخو	السيدة
	أستاذة مبرزة في طب أمراض العظام والمفاصل	
	م. زياني	السيد
	أستاذ مبرز في الطب الباطني	