

ROYAUME DU MAROC

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

FES



# EVALUATION A LONG TERME D'UNE DEMARCHE EDUCATIVE DE PATIENTS ATTEINTS DE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

MEMOIRE

Présentée par :

Docteur EL MEZOUAR IMANE

Née le 18 Mai 1984 à Meknès

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN

MEDECINE

Option :

RHUMATOLOGIE

Sous la direction de :

Professeur HARZY Taoufik

Mai 2014

# SOMMAIRE

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| I- Introduction .....                               | 7  |
| II- Patients et Méthodes .....                      | 10 |
| A-Patients .....                                    | 10 |
| B- Méthodes.....                                    | 10 |
| a- Evaluation médicale .....                        | 11 |
| b- Evaluation des connaissances sur la maladie..... | 12 |
| c- Evaluation de l'handicap fonctionnel .....       | 12 |
| d- Evaluation de la qualité de vie.....             | 12 |
| e- Evaluation de la satisfaction .....              | 12 |
| C- Analyse statistique .....                        | 13 |
| III- Résultats .....                                | 15 |
| A- Caractéristiques des patients .....              | 15 |
| a- Patients éduqués .....                           | 15 |
| b- Patients témoins.....                            | 16 |
| B- L'activité de la polyarthrite.....               | 17 |
| C- Les connaissances sur la PR .....                | 18 |
| D- L'handicap fonctionnel .....                     | 19 |
| E- La qualité de vie.....                           | 20 |
| F- Evaluation de la satisfaction .....              | 20 |
| IV- Discussion .....                                | 23 |
| V- Conclusion .....                                 | 35 |
| Résumé .....                                        | 36 |
| Bibliographie .....                                 | 39 |
| Annexes .....                                       | 47 |

# ABREVIATIONS

# Abréviations



|        |                                                               |
|--------|---------------------------------------------------------------|
| PR     | : Polyarthrite rhumatoïde                                     |
| ACR    | : American College Of Rheumatology                            |
| CHU    | : Centre hospitalier universitaire                            |
| EVA    | : Echelle visuelle analogique                                 |
| NAD    | : Nombre d'articulations douloureuses                         |
| NAG    | : Nombre d'articulations gonflées                             |
| DAS 28 | : Disease Activity Index sur 28 articulations                 |
| QCM    | : Questionnaire à choix multiple                              |
| CC     | : Cas clinique                                                |
| EMIR   | : Echelle de Mesure de l'Impact de la polyarthrite Rhumatoïde |
| HAQ    | : Health Assessment Questionnaire                             |
| AINS   | : Anti inflammatoire non stéroïdien                           |
| IPP    | : Inhibiteur de la pompe à protons                            |
| MTX    | : Méthotrexate                                                |
| SLZ    | : Salazopyrine                                                |

# INTRODUCTION

## I-Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique déformant et destructeur. Elle peut être à l'origine d'un handicap majeur altérant la qualité de vie des patients. Ses conséquences sont multiples à la fois physiques (douleur, déformation, asthénie), psycho-affectives (dépression, anxiété, repli sur soi) et socio-professionnelles. Un traitement adapté doit être mis en route le plus précocement possible. Le traitement médical de la polyarthrite rhumatoïde est indispensable mais reste insuffisant pour une prise en charge globale. La prise en charge multidisciplinaire, comprenant une éducation à la maladie, est une démarche thérapeutique plus adaptée [1-3]. L'éducation doit conduire à une participation active du patient dans la prise en charge de sa maladie. En effet, pour le patient il s'agit d'apprendre à vivre au quotidien avec une affection chronique, de renoncer à une vie sans maladie, mais aussi, et surtout, de reconstruire une intégrité physique, psychologique et sociale dans laquelle la maladie a sa place. Ce processus éducatif et informatif s'intéresse aux comportements de santé liés à la maladie, au traitement, à la prévention des complications et des poussées, et à l'impact que la maladie peut avoir sur d'autres aspects de la vie. Il a pour objectif d'aider le patient à mieux connaître sa maladie, de comprendre l'objectif des différentes prises en charge thérapeutiques qui peuvent être proposées, et de les adapter en fonction de ses besoins. Le patient peut ainsi être capable de

mieux gérer son handicap en adaptant ses comportements en fonction de celui-ci, et éviter son aggravation [4,5]. L'éducation doit également contribuer à une meilleure observance thérapeutique, et par conséquent à une diminution des coûts de la maladie [6,7].

Dans les années soixante dix, le Suède est le premier à avoir adopté ce modèle de prise en charge éducative du patient atteint de polyarthrite rhumatoïde [8]. Cette école a été la toute première expérience européenne en matière de prise en charge globale de la PR. Depuis, plusieurs écoles ont été créées dans l'Europe. Plusieurs études évaluant leurs bénéfices ont été réalisées. Cependant, ces analyses se heurtent à des problèmes méthodologiques liés essentiellement aux différences d'organisation des écoles, et à l'absence d'outil standardisé pour les évaluer. Malgré ce point négatif, les modèles antérieurs sont à l'origine d'une prise de conscience par le corps médical de la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, et leurs résultats sont plutôt encourageants [9].

Dans le service de rhumatologie du CHU Hassan II de Fès a été mise en place une éducation thérapeutique associant information et prise en charge multidisciplinaire au cours d'une journée dans le cadre d'une école de la PR en octobre 2012. Dans notre travail nous allons présenter un suivi sur une année des patients ayant participé à cette école de la PR avec pour objectif principal l'évaluation de l'efficacité d'un tel programme sur l'évolution de la PR en le comparant à une population témoin.

# PATIENTS ET METHODES

## II- Patients et méthodes :

### A- Patients :

Ø Il s'agit d'une étude cas-témoin.

Ø Il s'agissait de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde répondant aux critères de l'ACR suivis au sein du service de rhumatologie du CHU Hassan II de Fès. Ces patients étaient demandeurs d'éducation sur la maladie et sur le traitement.

Ø La population témoin était constituée aussi de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde répondant aux critères de l'ACR.

Ø Les critères d'exclusion pour les deux groupes étaient représentés par une polyarthrite mal équilibrée en poussée, une comorbidité sévère en rapport avec la polyarthrite, l'incapacité à répondre aux questionnaires, et la difficulté d'un suivi régulier pour des raisons personnelles ou socio-professionnelles.

Ø Le recrutement a été fondé sur le volontariat.

Ø Un consentement écrit a été obtenu de tous les patients.

### B- Méthodes :

Dans le service de rhumatologie du CHU Hassan II de Fès a été mise en place une éducation thérapeutique associant une information sur la maladie et une prise en charge multidisciplinaire au cours d'une journée dans le cadre d'une école de la PR le 13 octobre 2012.

Le programme comprenait des présentations en Arabe dialectale de 30 minutes chacune portant sur le diagnostic de la PR, le traitement pharmacologique, la prise en charge en médecine physique et de réadaptation et des ateliers pratiques de rééducation, d'appareillage, d'ergothérapie, d'éducation sur les traitements médicamenteux et de réinsertion socioprofessionnelle.

Une évaluation médicale, des connaissances sur la maladie, de l'handicap fonctionnel, et de la qualité de vie a été réalisée à J0, à 06mois et à 1an dans le groupe "*éduqué*", puis comparés à la population témoin à J0 et à 1an.

Il n'y a pas eu de modification thérapeutique durant toute la période de l'étude pour mieux apprécier l'efficacité du programme éducatif.

#### a-Evaluation médicale :

L'évaluation médicale a permis d'apprécier l'activité de la polyarthrite (Annexe 1). Lors de la visite médicale ont été recueillis : l'âge, le sexe, la durée de la maladie, les traitements symptomatiques et les traitements de fond au jour de la consultation et antérieurs, et l'EVA douleur. L'examen clinique a permis de noter le nombre d'articulations douloureuses (NAD), et gonflées (NAG) sur 28 articulations. Un dosage de la vitesse de sédimentation a été réalisé également chez tous les patients. Pour l'évaluation de l'activité de la maladie, nous avons utilisé l'index composite DAS 28 (Disease Activity Score).

Ces mêmes données clinico-biologiques ont été recueillies également chez la population témoin.

*b-Evaluation des connaissances sur la maladie :*

Nous avons fait appel à un auto-questionnaire pour évaluer les connaissances sur la maladie (Annexe 2). L'évaluation s'est faite au moyen d'un questionnaire à choix multiples (QCM) avec des questions portant sur les mécanismes de la polyarthrite, l'activité de la maladie, et les différents traitements. Un cas clinique (CC) a été également élaboré pour évaluer le niveau de raisonnement et d'interprétation des données. Un score sur 42 pour le QCM, et sur 24 pour le cas clinique a été établi.

*c-Evaluation de l' handicap fonctionnel :*

La mesure du retentissement fonctionnel de la PR s'est faite au moyen d'un autoquestionnaire, le Health Assessment Questionnaire : HAQ. Il est simple, validé en langue française, rapide et reproductible. Il apprécie la capacité à effectuer les gestes de la vie courante.

*d- Evaluation de la qualité de vie :*

Cette évaluation s'est faite par l'EMIR court. Cet indice de qualité de vie évalue le retentissement de la maladie sur la vie sociale, familiale, et professionnelle. Un score entre 0 et 10 a été établi par un programme informatique.

*e-Evaluation de la satisfaction :*

On a développé un auto-questionnaire pour connaître l'avis des patients qui ont bénéficié du programme éducatif (Annexe 3). Il a été rempli une fois après la journée éducative, et il a permis d'analyser le

degré de leur satisfaction des différentes interventions de l'école de la PR, et leur influence sur le vécu et la prise en charge de la maladie.

C- Analyse statistique :

Les variables qualitatives étaient exposées sous forme de pourcentages, et les variables quantitatives sous forme de moyennes  $\pm$  écart type. Pour corrélérer deux variables qualitatives, on utilisait le test de Khi 2 de Mac Nemar pour séries appariées lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs ou égaux à 5, et le test de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Pour comparer des moyennes, on utilisait le test de Student (appropriés aux séries appariées). On a retenu comme seuil de significativité un  $p < 0,05$ . Cette analyse statistique a été réalisée sur logiciel SPSS16.0.

# RESULTATS

### III- Résultats :

#### A- Caractéristiques des patients :

##### a- Groupe "éduqué" :

Soixante-dix patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde ont été vus et suivis pendant la période s'étalant du mois d'Octobre 2012 au mois d'Octobre 2013 à J0, à 06mois et à 1an. Il existait une nette prédominance féminine (60 femmes soit 85.7% pour 10 hommes soit 14.2%). Leur âge moyen était de  $48.29 \pm 8,162$  ans [27-65]. La durée d'évolution moyenne de la PR était de  $7,87 \pm 5,418$  ans [2-21]. Presque la moitié des patients présentaient des déformations articulaires (52%), mais peu sévères siégeant principalement au niveau des mains. 78% des patients avaient des manifestations extra-articulaires mais sans gravité. Les plus fréquentes étaient le syndrome sec, le phénomène de Raynaud, et les nodules rhumatoïdes. On a noté que 46 patients étaient sous corticoïdes à l'inclusion. On a noté également que 38 patients à l'inclusion étaient sous méthotrexate seul, 2 patients sous salazopyrine seul, 2 patients sous méthotrexate et salazopyrine, 9 patients sous rituximab seul, 9 patients sous rituximab en association au méthotrexate et 3 patients sous rituximab en association à la salazopyrine, alors que 7 patients n'étaient sous aucun traitement de fond.

### b- Groupe témoin :

Soixante-dix patients atteints de polyarthrite rhumatoïde ont été inclus. Il était formé majoritairement de femmes (57 femmes soit 81.4% versus 13 hommes soit 18.5%). Leur âge moyen était de  $50,40 \pm 10,433$  ans [27-90]. La durée d'évolution de la maladie était en moyenne de  $8,91 \pm 4,346$  ans [1-18]. Tous les patients étaient sous corticothérapie et méthotrexate.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant l'âge ( $p=0.184$ ) et la durée de la maladie ( $p=0.212$ ). Il existait une nette prédominance féminine dans les deux groupes.

*Tableau I : Caractéristiques des patients éduqués et témoins à J0*

|                                                | <i>Groupe éduqué</i>      | <i>Groupe témoin</i>       | <i>Comparaison : p</i> |
|------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------|
| <i>Age moyen (ans)</i>                         | $48.29 \pm 8,162$ [27-65] | $50,40 \pm 10,433$ [27-90] | <i>0.184</i>           |
| <i>Durée d'évolution (ans)</i>                 | $7,87 \pm 5,418$ [2-21]   | $8,91 \pm 4,346$ [1-18]    | <i>0.212</i>           |
| <i>Sexe ratio</i>                              | 60F (85.7%)/10H (14.2%)   | 57F (81.4%) /13H (18.5%)   | <i>NS</i>              |
| <i>Antalgiques AINS (%)</i>                    | 100                       | 100                        | -                      |
| <i>Corticoïdes (%)</i>                         | 65.7                      | 100                        | -                      |
| <i>Méthotrexate (%)</i>                        | 54.2                      | 100                        | -                      |
| <i>Salazopyrine (%)</i>                        | 2.8                       | 0                          |                        |
| <i>Association MTX-SLZ (%)</i>                 | 2.8                       | 0                          |                        |
| <i>Rituximab en monothérapie (%)</i>           | 12.8                      | 0                          | -                      |
| <i>Rituximab en association (MTX, SLZ) (%)</i> | 17.1                      | 0                          | -                      |

### B- Activité de la polyarthrite :

Le tableau II montre les différentes variables permettant d'évaluer l'activité de la polyarthrite (EVA douleur, NAD, NAG, DAS28). Dans le groupe "*éduqué*", il existait une diminution statistiquement significative de l'activité de la maladie à 1an par rapport à l'inclusion. Celle-ci intéressait l'EVA douleur ( $p=0.001$ ), le NAD ( $p=0.001$ ), le NAG ( $p=0.001$ ), et le DAS 28 ( $p=0.001$ ).

On a noté également une différence statistiquement significative de l'activité de la PR chez les deux groupes à l'inclusion. Celle-ci intéressait l'EVA douleur ( $p=0.002$ ), le NAD ( $p=0.021$ ), le NAG ( $p<0,0001$ ), et le DAS 28 ( $p<0,0001$ ). Il existait aussi une différence statistiquement significative à 1an entre le groupe "*éduqué*" et le groupe témoin. Elle portait sur l'EVA douleur ( $p<0,0001$ ), le NAD ( $p<0,0001$ ), le NAG ( $p<0,0001$ ), et sur le DAS 28 ( $p<0,0001$ ).

**Tableau II : Evaluation de l'activité de la polyarthrite**

|                      | Moyennes $\pm$ écarts type |                         |                         |                         |                         | Comparaisons : p |       |         |         |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|-------|---------|---------|
|                      | J0                         | M6                      | A1                      | T0                      | T1                      | J0-M6            | J0-A1 | T0-J0   | T1-A1   |
| EVA douleur (/100mm) | 42.57<br>$\pm 21.037$      | 20.43<br>$\pm 3.586$    | 20.86<br>$\pm 4.421$    | 50.43<br>$\pm 3.586$    | 45.71<br>$\pm 13.030$   | 0.001            | 0.001 | 0.002   | <0,0001 |
| NAD                  | 9.33<br>$\pm 8.228$        | 2.50<br>$\pm 2.118$     | 2.79<br>$\pm 2.091$     | 11.77<br>$\pm 2.998$    | 10.81<br>$\pm 6.357$    | 0.001            | 0.001 | 0.021   | <0,0001 |
| NAG                  | 4.60<br>$\pm 5.612$        | 0.11<br>$\pm 0.956$     | 0.14<br>$\pm 0.967$     | 9.66<br>$\pm 1.226$     | 6.33<br>$\pm 4.214$     | 0.001            | 0.001 | <0,0001 | <0,0001 |
| DAS 28               | 4.8767<br>$\pm 1.54677$    | 2.4597<br>$\pm 0.58753$ | 2.5834<br>$\pm 0.62551$ | 5.9769<br>$\pm 0.35124$ | 5.4631<br>$\pm 0.99485$ | 0.001            | 0.001 | <0,0001 | <0,0001 |

J0 : groupe éduqué à l'inclusion M6 : groupe éduqué à 06mois A1 : groupe éduqué à 1an T0 : groupe témoin à l'inclusion T1 : groupe témoin à 1an

### C-Les connaissances sur la PR :

Dans le groupe "éduqué", l'évolution du score QCM entre J0 et 06mois était statistiquement significative avec un  $p < 0,0001$ . Cette différence se maintenait à un an avec un p inchangé ( $< 0,0001$ ).

Une différence statistiquement significative était également notée en comparant les moyennes des CC entre J0 et 06mois avec un  $p < 0,0001$ . Cette différence se maintenait à un an aussi avec un  $p < 0,0001$ .

A l'inclusion, l'évaluation des connaissances entre le groupe "éduqué" et le groupe témoin montrait des connaissances plus faibles chez les témoins pour le QCM ( $p < 0,0001$ ) et le CC ( $p < 0,0001$ ). A 1an,

l'évaluation des connaissances du groupe "éduqué" était supérieure à celle des témoins, aussi bien pour le QCM ( $p < 0,0001$ ) que pour le CC ( $p < 0,0001$ ).

*Tableau III : Evaluation des connaissances sur la PR*

|            | Moyennes $\pm$ écarts type  |                 |                     |              |              | Comparaisons : p |         |         |         |
|------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|--------------|--------------|------------------|---------|---------|---------|
|            | J0                          | M6              | A1                  | T0           | T1           | J0-M6            | J0-A1   | T0-J0   | T1-A1   |
| QCM<br>/42 | 0.43857<br>$\pm 0.818676$   | 1.00<br>$\pm 0$ | 0.96<br>$\pm 0.204$ | 0<br>$\pm 0$ | 0<br>$\pm 0$ | <0,0001          | <0,0001 | <0,0001 | <0,0001 |
| CC<br>/24  | 0.205143<br>$\pm 0.2113294$ | 1.00<br>$\pm 0$ | 0.94<br>$\pm 0.234$ | 0<br>$\pm 0$ | 0<br>$\pm 0$ | <0,0001          | <0,0001 | <0,0001 | <0,0001 |

#### D- Le handicap fonctionnel :

La comparaison du HAQ à J0 et à 06mois a mis en évidence une différence statistiquement significative dans le groupe "éduqué". La comparaison du HAQ entre J0 et 1an montrait aussi une différence statistiquement significative. On a noté donc une amélioration de l'handicap à 06mois avec un  $p=0.001$ , et à 1 an avec un  $p=0.001$ .

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre HAQ du groupe "éduqué" et celui du groupe témoin à l'inclusion avec un  $p=0.96$ . Par contre on a noté une amélioration de l'HAQ du groupe "éduqué" par rapport au groupe témoin à un an avec un  $p < 0,0001$ .

### E- La qualité de vie :

La comparaison du score EMIR court dans le groupe "éduqué" à 06mois et à 1an montrait une différence statistiquement significative avec un  $p < 0,0001$ .

A l'inclusion, il n'existait pas de différence statistiquement significative entre l'EMIR court du groupe "éduqué" et du groupe témoin ( $p = 0,746$ ).

*Tableau IV : Evaluation de l'handicap fonctionnel et la qualité de vie*

|            | Moyennes $\pm$ écarts type |                     |                     |                      |              | Comparaisons : p |         |       |         |
|------------|----------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|--------------|------------------|---------|-------|---------|
|            | J0                         | M6                  | A1                  | T0                   | T1           | J0-M6            | J0-A1   | T0-J0 | T1-A1   |
| HAQ        | 1.210<br>$\pm 0.752$       | 0.01<br>$\pm 0.120$ | 0.01<br>$\pm 0.120$ | 1.214<br>$\pm 0.249$ | 1.00 $\pm 0$ | 0.001            | 0.001   | 0.965 | <0,0001 |
| EMIR court | 1.82<br>$\pm 0.310$        | 1.01<br>$\pm 0.120$ | 1.01<br>$\pm 0.120$ | 1.84<br>$\pm 0.310$  | 2.00 $\pm 0$ | <0,0001          | <0,0001 | 0.746 | <0,0001 |

### F- Evaluation de la satisfaction :

Tous les patients étaient globalement très satisfaits des différents intervenants, et estimaient très utile l'école de la polyarthrite dans le vécu et la prise en charge de leur maladie.

***Tableau V : Avis des patients sur l'école de la PR***

|                                                                                                                  | Effectif | Pourcentage |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|
| Avis Q1:Avez-vous l'impression que l'école vous a été utile?                                                     | 70       | 100         |
| Avis Q2 - 1:L'école vous a aidé pour mieux accepter votre maladie                                                | 70       | 100         |
| Avis Q2 - 2: L'école vous a aidé pour savoir en parler à votre entourage                                         | 70       | 100         |
| Avis Q2 - 3: L'école vous a aidé pour vous sentir plus intégré dans votre milieu prof.                           | 70       | 100         |
| Avis Q2 - 4: L'école vous a aidé pour savoir mieux gérer votre douleur                                           | 70       | 100         |
| Avis Q2 - 5: L'école vous a aidé pour connaître vos traitements et pouvoir les modifier en fonction des douleurs | 70       | 100         |
| Avis Q2 - 6: L'école vous a aidé pour savoir protéger vos articulations                                          | 70       | 100         |
| Avis Q3 - 1:L'école vous a aidé à améliorer votre qualité de vie                                                 | 70       | 100         |
| Avis Q3 - 2:L'école vous a permis de diminuer votre anxiété                                                      | 70       | 100         |
| Avis Q3 - 3:L'école vous a permis d'augmenter vos activités                                                      | 70       | 100         |
| Avis Q4 - 1:Appréciation pdt la 1ere session, accueil de l'équipe?                                               | 70       | 100         |
| Avis Q4 - 2:Appréciation pdt la 1ere session, relation avec d'autres malades                                     | 70       | 100         |
| Avis Q4 - 3:Appréciation pdt la 1ere session, qualité des formations                                             | 70       | 100         |
| Avis Q4 - 4:Appréciation pdt la 1ere session, qualité des ateliers                                               | 70       | 100         |
| Avis Q5 - 1: Intérêt des différents intervenants lors de la 1ere session : formation médicale PR                 | 70       | 100         |
| Avis Q5 - 2: Intérêt des différents intervenants lors de la 1ere session : informations en ergothérapie          | 70       | 100         |
| Avis Q5 - 3: Intérêt des différents intervenants lors de la 1ere session : informations en kinésithérapie        | 70       | 100         |
| Avis Q5 - 4: Intérêt des différents intervenants lors de la 1ere session : rencontre avec assistante sociale     | 70       | 100         |

# DISCUSSION

## IV-Discussion :

Devant la demande croissante et le besoin d'information approuvés par les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, et rapportés et prouvés par différentes études [10,11], plusieurs programmes éducatifs ont été élaborés en Europe et ailleurs. Leur évaluation à long terme se heurte souvent à des problèmes méthodologiques [12,13]. Dans une revue de la littérature, l'efficacité des programmes éducatifs est nette à court terme, mais l'est beaucoup moins à long terme [14,15]. Le développement d'une telle modalité thérapeutique ne peut se faire que si elle fait preuve de son efficacité à court et à long terme. Dans la littérature, très peu d'études évaluent l'efficacité de la prise en charge éducative à long terme. Dans ce travail, nous rapportons les résultats positifs d'une évaluation à long terme d'un programme éducatif.

Nos résultats montrent un effet bénéfique d'un programme éducatif sur l'activité de la maladie, son retentissement fonctionnel et sur la qualité de vie avec une acquisition de connaissances sur la maladie, ses traitements, et en ergothérapie.

Les caractéristiques démographiques de nos patients rejoignent celles retrouvées dans la littérature [16]. Les deux groupes sont représentatifs de la population polyarthritique. La nette prédominance féminine, et l'âge jeune des patients ont été notés aussi bien dans le groupe "*éduqué*" que dans le groupe témoin.

Les deux groupes sont appariés pour l'âge, la durée d'évolution de la PR, le handicap fonctionnel, et la qualité de vie.

Il existait une différence statistiquement significative dans l'activité de la maladie entre les deux groupes ; le groupe "*éduqué*" ayant une activité modérée (DAS28 : 4.8) et le groupe témoin une forte activité (DAS28 : 5.9).

Le groupe témoin a été suivi dans le temps ce qui constitue un point fort dans notre étude.

En analysant les traitements de la polyarthrite dans les deux groupes, tous les patients du groupe témoin étaient sous méthotrexate en monothérapie, alors que 54% des patients du groupe "*éduqué*" étaient à l'inclusion sous méthotrexate en monothérapie, et 30% sous rituximab.

La journée éducative est une approche multidisciplinaire à la fois informative et éducative avec un exposé et des ateliers interactifs. Il s'agit d'une prise en charge éducative collective et active. Les patients sont convoqués pour assister d'abord aux exposés puis divisés en groupe ce qui permet des échanges entre les patients et les différents intervenants, mais aussi entre les patients de chaque groupe. Cette information collective permet d'établir des relations entre les patients et paraît être appréciée. Elle est en effet bien notée sur le questionnaire de satisfaction.

Notre organisation est proche de l'école de la PR montpelliéraine [17] et rennais [39]. La première était créée en 1982, et la deuxième était créée en Juin 2002. Elles viennent compléter la prise en charge médicale, et sont fondées sur l'éducation et la formation du patient, assurées par une équipe pluridisciplinaire. Celle-ci est composée d'un médecin rhumatologue, d'un ergothérapeute, d'un kinésithérapeute, d'un psychologue, d'une infirmière, et d'une assistance sociale. Le programme éducatif rennais a pris en charge 40 patients répartis en neuf groupes. Il s'est déroulé sur quatre jours pour chaque groupe de patients avec des réunions d'information et des ateliers éducatifs. Une évaluation a été réalisée à J0, J4, 06mois et à 03 ans. L'organisation parisienne à l'hôpital Cochin est un peu différente sous forme de consultations éducatives qui s'adressent à des patients atteints de maladies chroniques (PR ; Arthrose ; Ostéoporose..), créées en 1992, se déroulant sous forme d'exposés de 2 heures interactifs, permettant des échanges directs entre les patients, accueillis en groupe, et chaque membre de l'équipe soignante, comprenant un médecin, un chirurgien, une diététicienne, un kinésithérapeute et un ergothérapeute [18]. Une deuxième expérience parisienne, créée en 1993 à l'hôpital Saint-Antoine, s'organise en hôpital de jour avec une consultation individuelle. L'équipe pluridisciplinaire comprend trois rhumatologues, un podologue, 2 chirurgiens, 3 infirmières, 2 kinésithérapeutes formés à l'ergothérapie, un psychologue, une assistante sociale, une diététicienne

et 2 secrétaires médicales [19,20]. La structure éducative à Grenoble, mise en place en 1992 avec ses différents intervenants (rhumatologue, chirurgien, kinésithérapeute, ergothérapeute, podologue, psychologue, diététicienne, assistante sociale), fonctionne elle sur 3 jours avec cinq patients à chaque fois [21]. Un réseau pluridisciplinaire de prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde est élaboré à l'institut Calot avec le regroupement de rhumatologues, rééducateurs, chirurgiens, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistante sociale, et diététicienne. C'est le réseau OPALE PR. Cette démarche a été formalisée en structure hospitalière qui fonctionne depuis 1995, et se déroule sur 5 jours avec une prise en charge individuelle [22]. L'approche éducative est entreprise également dans différents pays de l'Europe, notamment en Suède où a eu lieu la toute première expérience européenne [8,23], en Australie [24,25], en Grande Bretagne [26,27], dans les Pays-Bas [28,29], et dans d'autres pays européens mais aussi en Asie, en Chine en particulier [30], et aux Etats-Unis [9,31,32].

On constate que les modalités de l'éducation et l'organisation des démarches éducatives dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde sont diverses et variables d'une institution à l'autre. Une étude française a permis de développer des recommandations en se basant sur les données de la littérature et sur l'avis des experts, pour aider les rhumatologues dans leur pratique médicale quotidienne dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde [33]. Elle préconise une

démarche éducative coordonnée par un rhumatologue avec un programme informatif et éducatif sur la maladie et les différents traitements collectif de préférence, oral avec un support écrit, actif en y impliquant le patient, personnalisé, répondant aux attentes du patient.

En plus de cette diversité dans l'organisation des programmes éducatifs, les méthodes d'évaluation utilisées sont également différentes, et l'absence d'outil d'évaluation standard rend difficile l'interprétation des résultats publiés. Des questionnaires sont élaborés et validés par les anglais et les canadiens, et permettent d'évaluer de manière plus objective les connaissances sur la maladie avant et après la prise en charge éducative [34-36]. Mais ces questionnaires ne sont pas adaptés et validés en Français ce qui a rendu leur utilisation impossible dans notre étude.

Notre expérience est la première de son genre au Maroc qui se caractérise par l'évaluation objective des patients à court à moyen et à long terme et par la comparaison du groupe "*éduqué*" avec le groupe témoin à l'inclusion et à 1an.

L'évaluation à long terme de la journée éducative montre un effet bénéfique sur l'activité de la maladie. En effet, l'activité de la polyarthrite des patients "*éduqués*" est moindre à 1 an par rapport à l'inclusion et au groupe témoin. Ce résultat qui paraît très satisfaisant ne peut être mis sous le compte du programme éducatif seul, mais est aussi probablement lié, et en grande partie, au traitement médical,

d'autant plus que les patients "*éduqués*" étaient sous biothérapie alors que le groupe témoin était sous méthotrexate seul. Cependant ces données suggèrent que le programme éducatif permet une meilleure adhérence et une meilleure gestion du traitement par les malades, et par conséquent une activité plus faible de la polyarthrite.

Peu d'études analysent l'activité de la maladie au cours du programme éducatif. L'école rennaise a observé une amélioration de l'activité de la PR à trois ans chez les patients "*éduqués*" [39]. Dans les pays bas, Taal et al ne trouvent aucun effet sur la douleur ni sur l'activité de la maladie à 18 mois en comparaison avec le groupe témoin [37]. Une autre étude hollandaise menée par Villet Vlieland et al rapporte une baisse significative de l'activité de la polyarthrite ( $p=0,03$ ) par rapport au groupe témoin lors d'une évaluation à 2 ans d'un programme éducatif. Les traitements de fond à l'inclusion étaient similaires dans les deux groupes. Des modifications thérapeutiques ont eu lieu au cours de cette étude, mais n'atteignent pas le seuil de significativité pour les traitements de fond [29]. Une autre étude menée en Espagne montre également une activité moindre à 18 mois chez les patients qui ont bénéficié d'une prise en charge thérapeutique et éducative en comparaison avec un groupe qui n'a reçu qu'un traitement médical seul [38]. Une baisse statistiquement significative de l'EVA douleur, l'EVA global patient et médecin, du NAD, et du NAG par rapport à l'inclusion ( $p=0,031$ ;  $p=0,014$ ;  $p=0,004$ ;  $p=0,003$ ;  $p=0,001$

respectivement), et une amélioration du NAD et du NAG par rapport au groupe témoin ( $p=0,04$  ;  $p=0,003$  respectivement). Cette étude est donc intéressante car elle supprime « l'effet traitement ».

Dans notre étude une amélioration significative des connaissances sur la maladie et ses traitements est notée à 06mois, résultat maintenu à 1an par rapport à l'inclusion. La différence est également statistiquement significative entre les deux groupes à 1 an, avec de meilleures connaissances dans le groupe "éduqué". Il faut souligner qu'une différence significative sur le QCM est notée à l'inclusion entre les deux groupes mais elle reste significative après un an. La cotation du cas clinique retrouve également une évolution favorable par rapport à l'inclusion dans le raisonnement et la gestion de la maladie et de ses traitements à 06mois et à long terme avec une différence significative, et par rapport au groupe témoin à 1an. Il faut souligner là aussi qu'une différence significative sur le CC est notée à l'inclusion entre les deux groupes mais là aussi elle reste significative après un an. Une meilleure connaissance de la maladie et de ses traitements conduit à une prise de conscience de la maladie et de ses complications, à une meilleure adhérence aux traitements, à une meilleure gestion de celui-ci, et à une prise de responsabilité dans la prise en charge de la maladie [25,32]. Nos résultats rejoignent donc ceux rapportés dans la littérature. A Rennes, on a constaté une augmentation significative des connaissances chez les patients éduqués, par rapport au niveau de leurs propres

connaissances avant le programme éducatif et également, par rapport à celui du groupe témoin. L'acquisition durable des connaissances portait non seulement sur la maladie, mais également sur le raisonnement et la gestion des traitements évalués par le CC [39]. A Cochin, l'évaluation du retentissement des consultations éducatives sur les connaissances médicales des patients est également favorable [18]. On note une amélioration statistiquement significative des connaissances à 06 mois et à un an ( $p=0,0001$ ). L'évaluation de l'impact éducatif à l'hôpital Saint-Antoine mesuré par des QCM montre une augmentation statistiquement significative par rapport à l'inclusion des connaissances sur la maladie et ses traitements à 3 mois ( $p<0,003$ ), qui se maintient à 1 an ( $p=0,03$ ) [19]. Un résultat également satisfaisant est rapporté dans l'étude grenobloise avec une progression de la connaissance de la maladie [21]. Cependant aucun résultat brut n'est présenté. La comparaison avec un groupe contrôle manquait dans ces études. A Sydney, l'étude menée par Lindroth et al conclue à un effet bénéfique sur les connaissances des patients sur la maladie à 12 mois par rapport au groupe contrôle, et est maintenu à 5 ans [24,25]. Kirwan et al rapportent également une acquisition de connaissances sur la maladie et ses traitements à 36 semaines par rapport au groupe contrôle ( $p=0,05$ ) [27]. D'autres études ont prouvés les mêmes résultats à court et à long terme [23, 31,32].

Le handicap fonctionnel évalué par le HAQ à court et à long terme montre une amélioration significative à 06 mois et à 1an et par rapport au groupe témoin, sachant qu'il n'existait pas une différence significative entre le groupe "*éduqué*" et le groupe témoin à l'inclusion. Le retentissement fonctionnel de la PR a tendance à se majorer en fonction de la durée d'évolution de la maladie. L'amélioration de la capacité fonctionnelle après un an d'évolution est susceptible de représenter à lui seul un résultat satisfaisant. Les données de la littérature sont variables, mais rejoignent le plus souvent nos résultats. A Rennes, la capacité fonctionnelle évaluée par le HAQ est restée inchangée après trois ans [39]. Dans l'étude montpelliéraine, on note un effet bénéfique avec un plus grand dynamisme après trois ans de fonctionnement [17]. Ces résultats restent cependant subjectifs, basés sur l'avis personnel des malades, sans comparaison avec un groupe contrôle, et on ne dispose pas des résultats bruts. L'évaluation du handicap après trois mois du programme éducatif de l'hôpital Saint-Antoine se heurte à des problèmes méthodologiques, ce qui rend impossible l'analyse des résultats [19,20]. A Grenoble, les résultats à trois mois montrent que le retentissement fonctionnel évalué par le HAQ est moindre avec une différence significative [21]. Mais là aussi, nous ne disposons pas des résultats bruts. Kirwan et al ne retrouvent pas de différence statistiquement significative du HAQ par rapport au groupe contrôle à 36 semaines [27]. A plus long terme, des études hollandaise

et américaine rapportent un résultat similaire à 2 ans et à 4 ans [29,32]. En Suède, Lindroth et al notent un impact positif du programme éducatif sur le handicap à 3 mois mais qui ne se maintient pas à 12 mois par rapport au groupe contrôle [23]. Une évaluation à Sydney montre un effet positif sur le handicap fonctionnel à 12 mois, mais qui n'est plus retrouvé là aussi à long terme lors de l'évaluation à 5 ans par rapport au groupe contrôle [24,25]. Dans cette étude, on note une aggravation du HAQ dans le groupe témoin alors qu'il reste stable dans le groupe qui a bénéficié du programme éducatif [25]. Nunez et al rapportent une amélioration du HAQ à 18 mois par rapport à l'inclusion ( $p=0,003$ ), et par rapport au groupe témoin ( $p=0,02$ ).

La qualité de vie évaluée par l'EMIR a été influencée par le programme éducatif à 1an et en comparaison avec le groupe témoin sans différence statistiquement significative à l'inclusion entre les deux groupes. On note sur le questionnaire rempli par les patients à 1an, que la majorité des patients pensent que l'école de la polyarthrite les a aidés à améliorer leur qualité de vie. On note ainsi une amélioration significative de la qualité de vie des patients à 1an et par rapport au groupe témoin. Très peu d'études se sont intéressées à l'évaluation de ce volet. A Rennes, aucune variation significative des domaines explorés par l'EMIR n'a été mise en évidence chez les patients éduqués [39].

On note une amélioration significative de la qualité de vie des patients ayant bénéficié du programme éducatif à l'hôpital Saint-

Antoine à 3 mois ( $p=0,01$ ), maintenue à 12 mois ( $p=0,035$ ), évaluée par l'EMIR [20]. Mais la comparaison avec un groupe contrôle manquait dans cette étude.

Tous les patients sont globalement très satisfaits de l'accueil et l'écoute des différents intervenants, et estiment très utile l'école de la polyarthrite dans le vécu et la prise en charge de leur maladie. Les patients ont beaucoup apprécié la formation médicale, les informations en ergothérapie, et l'éducation en groupe. Les données de la littérature sont similaires. Les patients sont en général satisfaits, considèrent que le programme éducatif leur a été utile, le conseille à d'autres patients et expriment leur souhait d'un suivi dans la même structure [20,27].

# CONCLUSION

## V-Conclusion :

La démarche éducative permet d'optimiser la prise en charge des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Elle agit favorablement sur l'activité de la maladie, permet de comprendre la maladie et les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Ceci a pour conséquence une participation du patient aux soins, et une prise en charge active de son état de santé permettant de diminuer les impacts négatifs de la polyarthrite. C'est un processus continu, qui doit être intégré à la démarche de soins car les enjeux de santé actuels nécessitent davantage d'équilibre et de complémentarité entre stratégies curatives et préventives. La poursuite de cette école se heurte cependant à des problèmes de financement et d'organisation avec des limites dans la disponibilité des intervenants et donc de temps qui sera consacré à cette activité.

# RESUME

## Résumé du mémoire

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique déformant et destructeur. Le traitement médical de la polyarthrite rhumatoïde est indispensable mais reste insuffisant pour une prise en charge globale. La prise en charge multidisciplinaire comprenant une éducation à la maladie, est une démarche thérapeutique plus adaptée.

L'objectif de notre travail était d'évaluer les effets d'un programme éducatif sur l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde (PR) après 1 an.

Nous avons mené une étude cas témoin au service de rhumatologie du CHU Hassan II de Fès sur une période de 12 mois. Nous avons inclus des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde répondant aux critères de l'ACR 1987 suivis au sein du service de rhumatologie du CHU Hassan II de Fès.

Le programme éducatif a pris en charge 70 patients atteints de PR. Il s'est déroulé sur une journée avec une réunion d'information et des ateliers éducatifs. Les effets du programme ont été évalués à J0 à 06 mois et à 1 an chez ces patients en fonction des variables suivantes : la connaissance de la polyarthrite rhumatoïde (auto-questionnaire, cas clinique), l'activité de la maladie (DAS 28 VS) et l'handicap fonctionnel (HAQ). Les résultats ont été analysés aux différents temps de l'étude dans le groupe "*éduqué*", puis comparés à J0 et à 1an à la population témoin. Il n'y a pas eu de modification thérapeutique durant toute la

période de l'étude pour mieux apprécier l'efficacité du programme éducatif.

Les connaissances des patients 1an après le programme de formation ont été significativement améliorées par rapport aux valeurs de référence ( $p < 0,0001$ ) et étaient significativement meilleures que chez les témoins ( $p < 0,0001$ ). L'activité de la maladie était significativement plus faible dans le groupe de l'éducation après 1an qu'au départ ( $p < 0,0001$ ). L'HAQ a présenté une variation significative après 1an par rapport aux valeurs de base et par rapport aux témoins ( $p < 0,0001$ ).

Ce travail souligne qu'un programme éducatif adapté au besoin du patient peut entraîner une amélioration durable sur la connaissance de la maladie et peut aider à contrôler l'activité de la PR. Ces résultats justifient l'élaboration de programme d'éducation pour les patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Dean K. Lay care in illness. Soc Sci Med 1986; 22:275-84.
2. Callahan LF, Pincus T. Education, self-care, and outcomes of rheumatic diseases: further challenges to the "biomedical model" paradigm. Arthritis Care Res 1997; 10:283-8.
3. Katz PP. Education and self-care activities among persons with rheumatoid arthritis. Soc Sci Med 1998; 46:1057-66.
4. Mazzuca SA. Does patient education for chronic diseases have therapeutic value? Journal of Chronic Diseases 1982; 35:521-529.
5. Silvers IJ, Howell MF, Weisman MH, Mueller MR. Assessing physician/patient perceptions in rheumatoid arthritis. A vital component in patient education. Arthritis and Rheum 1985; 28:300-307.
6. Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefit while reducing health care costs. Arthritis Rheum 1993; 36:439-446.
7. Golay A, Lager G, Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A. Therapeutic education of the diabetic patient. Rev Med Liege 2005 May-Jun; 60(5-6):599-603.
8. Brattstrom M. In the rheumatism outpatient clinic patients are colleagues with responsibility and their own will. Vardfacket 1978 Mar 2; 2(4):8-10.

9. Mullen PD, Laville E, Biddle AK, Lorig K. Efficacy of psychoeducational interventions on pain, depression, and disability in people with arthritis : a meta-analysis. *J Rheumatol* 1987; 14 (suppl 15): 33-39.
10. Neame R, Hammond A, Deighton C. Need for information and for involvement in decision making among patients with rheumatoid arthritis: A questionnaire survey. *Arthritis and Rheum* 2005; 53(2):249-255.
11. Fraenkel L, Bogardus S, Concato J, Felson D. Preference for disclosure of information among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheum* 2001; 45:136-9.
12. Riemsma RP, Taal E, Kirwan JR, Rasker JJ. Systematic review of rheumatoid arthritis patient education. *Arthritis and Rheum* 2004; 51(6):1045-59.
13. Keysor JJ, DeVellis BM, DeFries GH, DeVellis RF, Jordan JM, Konrad TR, Mutran EJ, Gallahan LF. Critical review of arthritis self-management strategy use. *Arthritis Rheum* 2003; 49(5):724-731.
14. Niedermann K, Fransen J, Knols R, Uebelhart D. Gap between short and long term effects of patient education in rheumatoid arthritis patients: A systematic review. *Arthritis and Rheum* 2004; 51(3):388-398.

15. Riemsma RP, Taal E, Kirwan JR, Rasker JJ. Patient education programmes for adults with rheumatoid arthritis. Benefits are small and short lived. BMJ 2002; 325:558-559.
16. Sany J. Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte. Ed Eurotext, 1999.
17. Izard MH, Brun M. Une initiative montpelliéraine : L'école de la polyarthrite rhumatoïde. Rhumatologie 1995 ; 47(8) :297-299.
18. Giraudet-Le Quintrec JS, Kerboull L, Nguyen-Vaillant MF, Berton S, Revel M, Kahan A et al. Consultations éducatives : Evaluation de leur rôle éducatif à court et à moyen terme. Rev Rhum 1996 ; 63(7-8):553-558.
19. Prier A, Berenbaum F, Karneff A, Kaplan G. Prise en charge pluridisciplinaire de la polyarthrite rhumatoïde en hôpital du jour : un an d'expérience. Rhumatologie 1995 ; 47(8) :303-305.
20. Beauvais C, Prier A, Berenbaum F, Molcard S, Le Gars L, Karneff A, et al. Traitement pluridisciplinaire de la polyarthrite rhumatoïde : Etude prospective sur 4 ans. Rhumatologie 1998 ; 50 (7) :203-233.
21. Gaudin PH, Pireyre-Asquier C, Moutet C, Merceron G, Charvet D, Phelip X. L'école de la polyarthrite rhumatoïde : L'expérience de Grenoble. Rhumatologie 1995 ; 47(8) :307-308.

22. Fauquert P, Grardel B, Hardouin P, Meys E, Sutter B. Mise en place d'un réseau pluridisciplinaire de prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde : le réseau OPALE PR. *Rhumatologie* 1995 ; 47 (8) :309-313.
23. Lindroth Y, Brattström M, Bellman I, Ekestaf G, Olofsson Y, Strömbeck B et al. A problem-based education program for patients with rheumatoid arthritis: Evaluation after three and twelve months. *Arthritis Care and Res* 1997; 10(5):325-32.
24. Lindroth Y, Bauman A, Barnes C, McCredie M, Brooks PM. A controlled evaluation of arthritis education. *Br J Rheumatol* 1989; 28:7-12.
25. Lindroth Y, Bauman A, Brooks PM, Priestley D. A 5-year follow-up of a controlled trial of an arthritis education programme. *Br J Rheumatol* 1995; 34:647-652.
26. Hill J, Bird H. The development and evaluation of a drug information leaflet for patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2003; 42:66-70.
27. Kirwan JR, Hewlett S, Cockshott Z, Barrett J. Clinical and psychological outcomes of patient education in rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care* 2005; 3(1):1-16.

28. Vliet Vlieland TPM, Zwinderman AH, Vandenbroucke JP, Breedveld FC, Hazes JMW. A randomized clinical trial of in-patient multidisciplinary treatment versus routine out-patient care in active rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1996; 35:475-82.
29. Vliet Vlieland TPM, Breedveld FC, Hazes JMW. The two-year follow-up of a randomized comparison of in-patient multidisciplinary team care and routine out-patient care for active rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1997; 36:82-85.
30. Siu AMH, Chui DYY. Evaluation of a community rehabilitation service for people with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling* 2004; 55:62-69.
31. Lorig K, Lubeck D, Kraines RG, Seleznick M, Holman HR. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis and Rheum* 1985; 28:680-685.
32. Lorig K, Manzonson PD, Holman HR. Four years clinical and service utilization benefits of arthritis patient education. *Arthritis Rheum* 1989; 32(suppl):S99.

33. Fautrel B, Pham T, Gossec L, Combe B, Flipo RM, Goupille P et al. Role and modalities of information and education in the management of patients with rheumatoid arthritis: development of recommendations for clinical practice based on published evidence and expert opinion. *Joint Bone Spine* 2005; 72:163-170.
34. Hill J, Bird HA, Hopkins R. The development and use of a patient knowledge questionnaire in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1991; 30:45-9.
35. Lineker S, Badley E, Hughes E, Bell M. Development of an instrument to measure knowledge in individuals with RA: The ACREU RA knowledge questionnaire. *J Rheumatol* 1997; 24:647-53.
36. Hennell SL, Brownsell C, Dawson JK. Development, validation and use of a patient knowledge questionnaire (PKQ) for patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2004; 43:467-471.
37. Taal E, Riemsma RP, Brus HLM, Seydel ER, Rasker JJ, Wiegman O. Group education for patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling* 1993; 20:177-187.

38. Nunez M, Nunez E, Yoldi C, Quinto L, Hernandez MV, Munoz-Gomez J. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: therapeutic education plus pharmacological treatment versus pharmacological treatment only. *Rheumatol Int* 2006; 26:752-757.
39. Fati Abourazzak, Laila El Mansouri, Dorothée Huchet, Rita Lozac'hmeur, Najia Hajjaj-Hassouni, Anne Ingels, Gérard Chalès, Aleth Perdriger. Long-term effects of therapeutic education for patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* xx 2009 ; 76 :1305-1310.

# ANNEXES

# Annexe 1 : Questionnaire utilise pour l'évaluation médicale.

Questionnaire médical

Médecins :

Date de remplissage

# Antécédents

## Antécédents personnels :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Obstétricaux :

## Antécédents familiaux :

## Histoire de la polyarthrite

Date de début

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Date du diagnostic

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Traitements de fond antérieurs :

| Produit | Doses | début | fin | motif de l'arrêt |
|---------|-------|-------|-----|------------------|
|         |       |       |     |                  |

## Chirurgie de la polyarthrite

| Interventions | Date | résultats patients |
|---------------|------|--------------------|
|               |      |                    |

### Corticothérapie :

Date de début

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Dose actuelle

|  |
|--|
|  |
|--|

## Activité de la polyarthrite

Situation clinique actuelle :

Traitements en cours :

Durée de la raideur  
matinale

Nombre de réveils nocturnes

Evaluation articulaire  
(Remplir toutes des cases)

1 : articulations douloureuses ou gonflées

0 :

articulations normales

|         | Droit    |            | Gauche   |            |
|---------|----------|------------|----------|------------|
|         | Douleurs | gonflement | douleurs | gonflement |
| Epaule  |          |            |          |            |
| Coude   |          |            |          |            |
| Poignet |          |            |          |            |
| MCP I   |          |            |          |            |
| MCP II  |          |            |          |            |
| MCP III |          |            |          |            |
| MCP IV  |          |            |          |            |
| MCP V   |          |            |          |            |
| IP I    |          |            |          |            |
| IPP II  |          |            |          |            |
| IPP III |          |            |          |            |
| IPP IV  |          |            |          |            |
| IPP V   |          |            |          |            |
| Genoux  |          |            |          |            |
| TOTAL   |          |            |          |            |

NAD :

NAG :

Appréciation de l'activité de la maladie (médecin)

Non  Très active  
active

EVA activité (Médecin)  
(mm)

Biologie

Résultats

Date

|     |
|-----|
| VS  |
| CRP |

Calcul du DAS :

# Annexe 2 : Evaluation des connaissances sur la

## maladie

### ARTICULATIONS ET DEFINITION DE LA PR

OUI      NON      Ne sait pas

1 - L'articulation :

- est composée de 2 éléments osseux recouverts de cartilage

☐      ☐      ☐

- est entourée par une membrane synoviale

☐      ☐      ☐

- les tendons sont indispensables au bon fonctionnement de

l'articulation

☐      ☐      ☐

2 - La polyarthrite rhumatoïde :

- est une maladie du cartilage

☐      ☐      ☐

- s'accompagne de gonflement articulaire

☐      ☐      ☐

- se caractérise un pannus synovial

☐      ☐      ☐

- est une forme d'arthrite

☐      ☐      ☐

## ACTIVITE DE LA MALADIE :

3 - L'activité de la polyarthrite peut se traduire par :

- la fatigue ☐ ☐ ☐
- la raideur matinale ☐ ☐ ☐
- des réveils nocturnes ☐ ☐ ☐
- un gonflement articulaire ☐ ☐ ☐
- des douleurs articulaires en permanence ☐ ☐ ☐

4 - La polyarthrite rhumatoïde

- évolue toujours vers un handicap fonctionnel important  
☐ ☐ ☐
- se fait par poussées avec des rémissions +/- longues  
☐ ☐ ☐
- seules les articulations sont atteintes  
☐ ☐ ☐

5 - la douleur est un signe de gravité de la polyarthrite

- ☐ ☐ ☐

6 - la survenue d'un handicap fonctionnel peut être insidieuse

- ☐ ☐ ☐

## TRAITEMENT

7 - les traitements permettent de guérir la polyarthrite

☐ ☐ ☐

8 - les anti-inflammatoires

- les corticoïdes sont des anti-inflammatoires

☐ ☐ ☐

- les corticoïdes sont des traitements de fond

☐ ☐ ☐

9 - Les infiltrations

- améliorent les douleurs de l'articulation

☐ ☐ ☐

- améliorent l'inflammation de l'articulation

☐ ☐ ☐

- permettent de traiter le panus synovial

☐ ☐ ☐

- doivent toujours se faire sous un contrôle radiographique

☐ ☐ ☐

- ont la même activité sur l'articulation qu'une synoviorthèse

☐ ☐ ☐

## 10 - Les synoviorthèses

- améliorent les douleurs de l'articulation

**o            o            o**

- améliorent l'inflammation de l'articulation

**o            o            o**

- permettent de traiter le panus synovial

**o            o            o**

- doivent toujours se faire sous un contrôle radiographique

**o            o            o**

## 11- Le traitement de fond de la polyarthrite

- doit être efficace dans la première semaine

**o            o            o**

- permet de ralentir l'évolution de la maladie

**o            o            o**

- a pour objectif de lutter contre la douleur

**o            o            o**

- a pour objectif de ralentir la destruction de l'articulation

**o            o            o**

## 12 - Le traitement de polyarthrite :

- un traitement médical efficace est insuffisant pour la prise en charge de la polyarthrite

**o o o**

- la prise en charge en ergothérapie est réservée aux polyarthrites sévères

**o o o**

- le traitement chirurgical est le plus tardif possible

**o o o**

- une prise en charge en kinésithérapie est indispensable sur une articulation douloureuse

**o o o**

## 13 - La prise en charge de la maladie

- un régime alimentaire strict est indispensable dans tous les cas

**o o o**

- les facteurs psychologiques peuvent avoir une influence sur le devenir de la maladie

**o o o**

- la polyarthrite est prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale

**o o o**

- le repos d'une articulation est indispensable au traitement

**o o o**

- la pratique du sport est interdite

**o o o**

## CAS CLINIQUE

Mr X... 52 ans, cordonnier, souffre d'une polyarthrite rhumatoïde, diagnostiquée depuis 2 ans. Depuis 8 jours il a des douleurs au niveau des articulations des doigts qui le réveillent la nuit. Il lui faut plus de 45 minutes le matin pour se « dérouiller ». Il a constaté que la raideur des articulations s'accroît avec l'arrêt de travail.

Il prend actuellement 7mg de cortancyl et du méthotrexate.

Son principal antécédent médical est un ulcère gastrique il y a 5 ans.

Oui   Non   Ne sais pas

1) Que peut faire, sans risque, Mr X avec les médicaments lorsqu'il a mal ?

Prendre un antalgique (type Doliprane) en plus de ses traitements

☐   ☐   ☐

Prendre un anti-inflammatoire (type Profénid) en plus de ses traitements

☐   ☐   ☐

Augmenter sa dose de corticoïdes à 8 mg

☐   ☐   ☐

Doubler sa dose de corticoïdes

☐   ☐   ☐

Augmenter sa dose de méthotrexate

☐   ☐   ☐

Prendre un IPP avec ses traitements

☐   ☐   ☐

2) Quel conseil pourrions-nous donner à Mr X pour diminuer les douleurs nocturnes et la raideur du matin ?

- |                                                                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Se passer les mains sous l'eau chaude                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prendre l'anti-inflammatoire tard le soir                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diviser la prise de corticoïdes en 2 (ex : 4mg le matin et 3 mg le soir) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Porter ses orthèses                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utiliser une pommade en friction                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3) Quels conseils alimentaires pouvons-nous donner à Mr X ?

- |                                      |                          |                          |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Manger salé                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manger peu salé                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manger très salé                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manger sucré                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manger peu sucré                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manger sans sel et sans sucre strict | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manger peu de laitages               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manger des laitages à chaque repas   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manger tous types d'aliments         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4) Sur le plan socio-professionnel, quelles seraient les meilleures solutions pour Mr X ?

L'arrêt de son travail ☐ ☐ ☐

La mise en invalidité d'emblée ☐ ☐ ☐

La prise en charge de sa maladie en affection longue durée  
☐ ☐ ☐

Un reclassement professionnel ☐ ☐ ☐

## Annexe 3 : Avis sur l'Ecole de la Polyarthrite

1 – Avez-vous l'impression que l'Ecole de la Polyarthrite vous a été utile ?

|                |  |          |
|----------------|--|----------|
| Pas du<br>tout |  | beaucoup |
|----------------|--|----------|

2 – Dans quels domaines de votre vie l'Ecole de la Polyarthrite vous a-t-elle aidé (e) ?

2.1- Pour mieux accepter votre maladie

|                |  |          |
|----------------|--|----------|
| Pas du<br>tout |  | beaucoup |
|----------------|--|----------|

2.2- Pour savoir en parler avec votre entourage

|                |  |          |
|----------------|--|----------|
| Pas du<br>tout |  | beaucoup |
|----------------|--|----------|

### 2.3- Pour vous sentir plus intégré (e) dans votre milieu socio-professionnel

|                |  |          |
|----------------|--|----------|
| Pas du<br>tout |  | beaucoup |
|----------------|--|----------|

### 2.4- Pour savoir mieux gérer votre douleur

|                |  |          |
|----------------|--|----------|
| Pas du<br>tout |  | beaucoup |
|----------------|--|----------|

### 2.5- Pour connaître vos traitements et pouvoir les modifier en fonction des douleurs

|                |  |          |
|----------------|--|----------|
| Pas du<br>tout |  | beaucoup |
|----------------|--|----------|

## 2.6- Pour savoir protéger vos articulations

|        |  |          |
|--------|--|----------|
| Pas du |  | beaucoup |
| tout   |  |          |

## 3. Avez-vous l'impression que cette école de la polyarthrite :

### 3.1- Vous a aidé à améliorer la qualité de vie ?

|        |  |          |
|--------|--|----------|
| Pas du |  | beaucoup |
| tout   |  |          |

### 3.2- Vous a permis de diminuer votre anxiété ?

|        |  |          |
|--------|--|----------|
| Pas du |  | beaucoup |
| tout   |  |          |

### 3.3- Vous a permis d'augmenter vos activités ?

|        |  |          |
|--------|--|----------|
| Pas du |  | beaucoup |
| tout   |  |          |

#### 4. Qu'avez-vous apprécié pendant les 4 jours de la première session :

##### 4.1- L'accueil de l'équipe ?

|        |  |          |
|--------|--|----------|
| Pas du |  | beaucoup |
| tout   |  |          |

##### 4.2- La relation avec d'autres malades ?

|        |  |          |
|--------|--|----------|
| Pas du |  | beaucoup |
| tout   |  |          |

##### 4.3- La qualité des formations ?

|        |  |          |
|--------|--|----------|
| Pas du |  | beaucoup |
| tout   |  |          |

##### 4.4- La qualité des ateliers ?

|        |  |          |
|--------|--|----------|
| Pas du |  | beaucoup |
| tout   |  |          |

5. Noter de 0 à 10 les différents intervenants lors de la première session selon votre intérêt :

5.1- La formation médicale sur la PR

|   |  |    |
|---|--|----|
| 0 |  | 10 |
|---|--|----|

5.2- Les informations en ergothérapie

|   |  |    |
|---|--|----|
| 0 |  | 10 |
|---|--|----|

5-3- Les informations en kinésithérapie

|   |  |    |
|---|--|----|
| 0 |  | 10 |
|---|--|----|

5-4- La rencontre avec l'assistante sociale

|   |  |    |
|---|--|----|
| 0 |  | 10 |
|---|--|----|