

Royaume du Maroc

Université Abdelmalek Essaâdi

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Tanger

Année 2023



المملكة المغربية

جامعة عبد المالك السعدي

كلية الطب والصيدلة

Thèse N° : TM11

LES CROYANCES LIEES AUX MEDICAMENTS ET L'ADHESION THERAPEUTIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le : 18/10/2023

Par :

Madame KONNOUN Salima

Pour l'obtention du diplôme de

Docteur en Médecine

Mots clés : Rhumatisme Inflammatoire Chronique, Adhésion thérapeutique, Croyances liées aux médicaments, Polyarthrite rhumatoïde, Spondyloarthrite, Confiance envers le médecin.

Membres du jury :

Madame FOURTASSI Maryam

Professeur de médecine physique et réadaptation fonctionnelle

Madame ABOURAZZAK Fatima Ezzahra

Professeur de rhumatologie

Monsieur NAJDI Adil

Professeur de médecine communautaire

Madame ASSEM Maryam

Professeur de néphrologie

Monsieur EL AMMOURI Adil

Professeur de psychiatrie

Madame TAIK Fatima Zahrae

Professeur de rhumatologie

Présidente du jury

Directrice de thèse

Juge

Juge

Juge

Membre associé

Doyens Honoraires :

2014-2019 : Pr. EL AMINE EL ALAMI Mohamed Nourdine

Organisation Décanale :

Doyen de la faculté : Pr. AHALLAT Mohamed

Vice doyen chargé des affaires pédagogiques : Pr. OULMAATI Abdallah

Vice doyen chargé de la recherche scientifique : Pr. AIT LAALIM Said

Vice doyen chargée à la pharmacie : Pr. CHAHBOUNE Rajaa

Secrétaire générale : Mme. HAMMICHE Hanane

Les enseignants de la faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

Les professeurs de l'enseignement supérieur

ABOURAZZAK	Fatima Ezzahra	Rhumatologie
AGGOURI	Mohamed	Neurochirurgie
AHALLAT	Mohamed	Chirurgie générale
AIT LAALIM	Said	Chirurgie générale
ALLOUBI	Ihsan	Chirurgie thoracique
BENKIRANE MTITOU	Saad	Gynécologie-Obstétrique
CHATER	Lamia	Chirurgie pédiatrique
EL HFID	Mohamed	Radiothérapie
EL MADI	Aziz	Chirurgie pédiatrique
FOURTASSI	Maryam	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
GALLOUJ	Salim	Dermatologie
HAMMI	Sanaa	Pneumologie
KHALLOUK	Abdelhak	Urologie
LABIB	Smael	Anesthésie-Réanimation
MELLOUKI	Ihsane	Gastro-entérologie
NAJDI	Adil	Médecine Communautaire

OULMAATI	Abdallah	Pédiatrie
RAISSUNI	Zainab	Cardiologie
RISSOUL	Karima	Analyses Biologiques Médicales et Microbiologie-Virologie
SBAI	Hicham	Anesthésie-Réanimation
SHIMI	Mohammed	Traumatologie-orthopédie

Les professeurs agrégés

AIT BENALI	Hicham	Traumatologie Orthopédie (Anatomie)
AGGOURI	Younes	Chirurgie Générale (Anatomie)
BELFKIH	Rachid	Neurologie
BENKACEM	Mariame	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
BOURKIA	Myriem	Médecine Interne
CHRAIBI	Mariame	Anatomie et Cytologie Pathologique
EL AMMOURI	Adil	Psychiatrie
EL BAHLOUL	Meriem	Ophtalmologie
EL BOUSSAADNI	Yousra	Pédiatrie
EL HANGOUCHE	Abdelkader Jalil	Cardiologie (Physiologie)
EL M'RABET	Fatima Zahra	Oncologie Médicale
IDRISSI	Karima	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
SERHROUCHNI		
KHALKI	Hanane	Analyses Biologiques Médicales(Biochimie)
KHARBACH	Youssef	Urologie
MADANI	Mouhcine	Chirurgie Cardio-Vasculaire
RACHIDI ALAOUI	Siham	Radiologie
RKAIN	Ilham	Oto-Rhino-laryngologie
SOUSSI TANANI	Driss	Pharmacologie

Les professeurs habilités

CHAHBOUNE	Rajaa	Biologie moléculaire
ESSENDUBI	Mohammed	Biophysique moléculaire

Dédicace

A mes chers parents,

Aucune dédicace ne pourrait exprimer ma profonde gratitude, mon respect et ma considération pour tous vos sacrifices pour garantir mon éducation et ma formation. Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Que Dieu vous bénisse et vous accorde une belle et longue vie.

A mes très chères sœurs A mes très chers frères,

Veillez trouver dans Ce présent projet de thèse de doctorat en médecine ma reconnaissance pour tous vos encouragements.

A tous les membres de ma famille, petits et grands ainsi qu'à mes amis

Remerciements

Au terme de cette aventure de recherche, il est temps d'exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui ont joué un rôle essentiel dans la réalisation de cette thèse.

*Avant tout, je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères à **Allah**, le Tout-Puissant, de m'avoir accordé la force, la volonté, le courage et les moyens pour accomplir ce travail.*

*Je souhaite exprimer ma reconnaissance infinie à ma directrice de thèse, **le Pr. ABOURAZZAK Fatima Ezzahra**, Professeure de l'enseignement supérieur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger, Université Abdelmalek Essaadi, et chef de service de rhumatologie au Centre Universitaire de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma. Son soutien constant, sa disponibilité, son écoute et sa confiance tout au long de ce travail ont été inestimables. Ses encouragements et sa passion pour la recherche ont été une source d'inspiration qui m'a poussée à donner le meilleur de moi-même.*

*J'adresse également mes plus vifs remerciements à **ma professeure Taik Fatima Zahrae**, professeure de rhumatologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger, Université Abdelmalek Essaadi, pour ses commentaires constructifs qui m'ont poussée à approfondir mes recherches et à repousser les limites de ma réflexion.*

*Un grand merci également à **professeure Fourtassi Maryam** du service de médecine physique et réadaptation, CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceïma, Faculté de médecine et de pharmacie, Université Abdelmalek Essaadi, Tanger, pour sa précieuse contribution à cette étude. Vos connaissances approfondies et votre expertise ont grandement enrichi cette recherche.*

*Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers l'ensemble des **membres du jury** pour avoir bien voulu juger ce travail de recherche. Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à cette étude.*

*Mes respectueux remerciements s'adressent également à **toutes les personnes du service de rhumatologie**. En premier lieu, je remercie **Dr. El Mansouri Noema**, résidente en rhumatologie, pour son soutien, ses bons conseils et ses suggestions avisées qui ont grandement enrichi cette thèse. Mes remerciements vont également **au Dr. Fatima Zahra Aharrane**, résidente en rhumatologie, pour son soutien moral et sa gentillesse. Un très grand merci à toute l'équipe d'étude pour leur bienveillance continue.*

*J'exprime ma reconnaissance à tous **nos patients** qui ont accepté de prendre part à cette enquête malgré les contraintes que cela représentait. Merci d'avoir contribué à la réalisation de ce projet.*

*À **mes chers parents, mes sœurs et mes frères**, je veux exprimer des remerciements tout particuliers. Votre amour, votre soutien inconditionnel et vos encouragements ont été des sources d'inspiration et de motivation sans égales. Votre confiance en moi m'a donnée la force de persévérer dans les moments difficiles et d'atteindre cet aboutissement. Vos sacrifices et votre dévouement ont fait de moi la personne que je suis aujourd'hui, et je vous serai éternellement reconnaissante pour tout ce que vous avez fait et continuez de faire pour moi.*

*Enfin, je tiens à remercier **mes amies**, ma deuxième famille, pour toute l'attention dont elles ont toujours fait preuve et pour leur cœur généreux qui m'a soutenu tout au long de cette aventure.*

Merci du fond du cœur

Résumé

Introduction : L'adhésion thérapeutique joue un rôle essentiel dans la gestion des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Cette adhésion serait influencée par les croyances des patients vis-à-vis de leurs médicaments. Différents facteurs peuvent être associés aux croyances des patients vis-à-vis des médicaments. Comprendre ces croyances et leurs facteurs associés permettrait d'améliorer l'observance thérapeutique.

Objectifs : Cette étude vise à évaluer les croyances liées aux médicaments des patients atteints de RIC et d'examiner leurs facteurs associés et leur impact sur l'adhésion thérapeutique.

Patients et méthodes : C'est une étude transversale qui a inclus les patients suivis pour un RIC. Les données sociodémographiques et cliniques du RIC ont été recueillies. Les croyances liées aux médicaments et l'adhésion thérapeutique ont été évaluées en utilisant les versions arabes validées de " Beliefs about Medicines Questionnaire " (BMQ) et de " Compliance Questionnaire for Rheumatology " (CQR). Le niveau de catastrophisme et la confiance envers le médecin ont été évalués à l'aide des versions arabes dialectales marocaines validées de " Pain Catastrophizing Scale " (PCS) et de " Trust in Physician Scale " (TPS). Une régression linéaire a été réalisée pour identifier les facteurs associés aux croyances liées aux médicaments. Une analyse de corrélation a été effectuée pour examiner la relation entre les croyances liées aux médicaments et l'adhésion thérapeutique.

Résultats : Cent quatre-vingt-neuf patients ont été inclus dans l'étude, dont 75,7 % étaient des femmes. L'âge moyen était de $47,49 \pm 13,7$ ans et 49,2 % étaient analphabètes. La moitié des patients (56,6 %) était suivie pour une PR, 35,4 % pour une SpA et 7,9 % pour un RIC indifférencié. La médiane de la durée d'évolution du RIC était de 8 ans [3-16,75]. Le traitement le plus utilisé était un csDMARD (53,4%) et une minorité recevait une biothérapie (6,3 %). Le CQR moyen chez les patients atteints de RIC était de $80,61 \pm 15,14$, révélant une bonne observance thérapeutique. Après régression linéaire, une association statistiquement significative a été retrouvée entre les croyances liées aux médicaments et le bas niveau d'éducation ($\beta = -1,092$; IC 95% = -2,068 à - 0,117 ; $p = 0,028$), l'utilisation du méthotrexate ($\beta = 2,604$; IC 95% = 0,314 à 4,893 ; $p = 0,026$), le catastrophisme ($\beta = -2,461$; IC 95% = - 4,713 à -0,210 ; $p = 0,032$) et la confiance envers le médecin ($\beta = 0,198$; IC 95% = 0,040 à 0,357 ; $p = 0,014$). De plus, une corrélation significative a été observée entre le BMQ-nécessité ($p = 0,004$), le BMQ différentiel nécessité-inquiétudes ($p = 0,02$) et l'adhésion thérapeutique.

Conclusion : Les patients marocains atteints de RIC ont des croyances plutôt positives vis-à-vis de leurs médicaments. Cette perception semble influencer leur adhésion au traitement. Les médecins peuvent améliorer l'observance et les résultats de santé en abordant ces croyances, spécifiquement chez les patients de bas niveau d'éducation et ayant une catastrophisation de la douleur. Cette communication permettrait également de renforcer la confiance envers le médecin et améliorerait de ce fait l'adhésion thérapeutique.

Mots clés : Rhumatisme Inflammatoire Chronique, Adhésion thérapeutique, Croyances liées aux médicaments, Polyarthrite rhumatoïde, Spondyloarthrite, Confiance envers le médecin.

ملخص

المقدمة: يلعب الالتزام بالعلاج دورا حاسما في إدارة وتسيير امراض الروماتيزم الالتهابي المزمن. هذا الالتزام يتأثر بمعتقدات المرضى حول أدويتهم. هذه الاخيرة يمكن ان تتأثر بدورها بعوامل مختلفة. لذلك فهم هذه المعتقدات و العوامل المرتبطة بها سيمكن من تحسين الالتزام بالعلاج لدى مرضى الروماتيزم الالتهابي المزمن.

الأهداف: تهدف هذه الدراسة إلى تقييم معتقدات مرضى الروماتيزم الالتهابي المزمن بشأن الأدوية، دراسة العوامل المرتبطة بها و دراسة تأثيرها على الالتزام بالعلاج.

المرضى والطرق: شملت هذه الدراسة المستعرضة المرضى الذين يتلقون علاجًا للروماتيزم الالتهابي المزمن. تم جمع البيانات الاجتماعية-الديموغرافية والسريية الخاصة بالمرضى عن طريق استبيان. تم تقييم معتقدات المرضى حول الأدوية و الالتزام بالعلاج باستخدام النسخ المعتمدة باللغة العربية لاستبانة المعتقدات حول الأدوية و لاستبانة الامتثال للعلاج في علم امراض الروماتيزم. اما فيما يخص مستوى التفكير المبالغ في الألم وثقة المرضى في الطبيب فتم تقييمهم باستخدام النسخ المعتمدة المغربية لمقياس التفكير المبالغ في الألم و لمقياس الثقة في الطبيب.

النتائج: شارك ما مجموعه 189 مريضًا في الدراسة، وكان من بينهم 75.7% إناثا و 49.2% منهم لم يتلقى تعليمًا. شكل متوسط العمر 47.49 ± 13.7 سنة. يتلقى 56.6% من المرضى علاجًا لالتهاب المفاصل الروماتويدي، 35.4% لالتهاب المفاصل الفقاري، و 7.9% للروماتيزم الالتهابي المزمن الغير مصنف. المدة المتوسطة لإصابة بالمرض كانت 8 سنوات [3-16.75]. العلاج الرئيسي المستخدم من طرف المرضى كان المضاد المعدل للمرض بنسبة 53.4%، مع قليل من الأشخاص الذين يستعملون العلاج البيولوجي (6.3%).

شكل متوسط نتيجة الالتزام بالعلاج بين مرضى الروماتيزم الالتهابي المزمن 80.61 ± 15.14 ، مما يشير إلى انهم يلتزمون بالعلاج بشكل جيد. بعد التحليل الخطي لوحظ وجود ارتباط إحصائي بين المعتقدات حول الادوية و العوامل التالية: مستوى التعليم المنخفض ($\beta = 1.092$ ؛ $95\% \text{ CI} = 0.314$ الى 4.893 ؛ $p = 0.028$) استخدام الميثوتريكسات ($\beta = 2.604$ ؛ $95\% \text{ CI} = 0.314$ الى 4.893 ؛ $p = 0.028$) التفكير المبالغ في الألم ($\beta = 2.461$ ؛ $95\% \text{ CI} = 4.713$ الى 0.210 ؛ $p = 0.040$) و ثقة المرضى في الطبيب ($\beta = 0.198$ ؛ $95\% \text{ CI} = 0.040$ الى 0.357 ؛ $p = 0.014$). كما لوحظ ايضا وجود ارتباط إحصائي بين معتقد ضرورة الأدوية ($p = 0.004$)، الفارق بين ضرورة اخذ الادوية -القلق من تأثيرات الادوية ($p = 0.02$) و بين الالتزام بالعلاج.

الخاتمة: يتمتع مرضى الروماتيزم الالتهابي المزمن المغاربة بشكل عام بمعتقدات إيجابية تجاه أدويتهم، حيث تؤثر هذه الاخيرة على مدى التزامهم بالعلاج. يشكل استغلال هذه النتائج من طرف الأطباء وسيلة لتحسين معتقدات مرضاهم حول الأدوية والتزامهم بالعلاج الموصوف لهم، خاصة في صفوف المرضى ذوي مستوى التعليم المنخفض و ذوي التفكير المبالغ في الألم. بناء تواصل فعال بين المريض و الطبيب سيساهم في تعزيز ثقة المريض في الطبيب وبالتالي سيحسن من التزامه بالعلاج.

الكلمات الرئيسية: الروماتيزم الالتهابي المزمن، الالتزام بالعلاج، المعتقدات حول الأدوية، التهاب المفاصل الروماتويدي، التهاب المفاصل الفقاري، ثقة المرضى في الطبيب.

Abstract

Introduction: Therapeutic adherence plays an essential role in the management of chronic inflammatory rheumatism (CIR). Adherence is thought to be influenced by patients' beliefs about their medication. Various factors can be associated with patients' beliefs about medicines. Understanding these beliefs and their associated factors could help improve therapeutic compliance.

Objectives: The aim of this study was to assess the medication-related beliefs of patients with chronic inflammatory rheumatism and to examine their associated factors and their impact on therapeutic adherence.

Patients and methods: This cross-sectional study included patients with CIR. Sociodemographic and clinical data on CIR were collected. The medication-related beliefs and the therapeutic adherence was assessed using the validated Arabic versions of the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) and the Compliance Questionnaire for Rheumatology (CQR). The level of catastrophizing and the trust in the physician were assessed using the validated Moroccan Arabic dialect versions of the Pain Catastrophizing Scale (PCS) and the Trust in Physician Scale (TPS). Linear regression was performed to identify factors associated with medication-related beliefs. Correlation analysis was conducted to examine the relationship between the beliefs about medications and therapeutic adherence.

Results: One hundred and eighty-nine patients were included in the study, 75.7% of whom were women. The mean age was 47.49 ± 13.7 years, and 49.2% were illiterate. Half of the patients (56.6%) were being followed for RA, 35.4% for SpA and 7.9% for undifferentiated CIR. The median duration of CIR was 8 years [3-16.75]. The most commonly used treatment was a csDMARD (53.4%), with a minority receiving biotherapy (6.3%). The mean CQR of our patients was 80.61 ± 15.14 , indicating good adherence. After linear regression, a statistically significant association was found between medication-related beliefs and low level of education ($\beta = -1.092$; 95% CI = -2.068 to -0.117; $p = 0.028$), methotrexate use ($\beta = 2.604$; 95% CI = 0.314 to 4.893; $p = 0.026$), catastrophism ($\beta = -2.461$; 95% CI = -4.713 to -0.210; $p = 0.032$) and trust in physician ($\beta = 0.198$; 95% CI = 0.040 to 0.357; $p = 0.014$). Furthermore, a significant correlation was observed between the BMQ necessity ($p = 0.004$), the BMQ differential necessity-concerns ($p = 0.02$) and therapeutic adherence.

Conclusion: Moroccan CIR patients have rather positive beliefs about their medication. This perception seems to influence their adherence to treatment. Physicians can improve adherence and health outcomes by addressing these beliefs, specifically in patients with a low level of education and pain catastrophizing. Such communication would also reinforce trust in the physician, thereby improving therapeutic adherence.

Key words: Chronic Inflammatory Rheumatism, Therapeutic adherence, Beliefs about medicines, Rheumatoid arthritis, Spondyloarthritis, Trust in the physician.

Table des matières

Résumé.....	I
ملخص.....	II
Abstract	III
Liste des tableaux.....	VII
Liste des abréviations	VII
Introduction	2
Patients et méthodes	3
A. Conception de l'étude :	4
1. Type et lieu d'étude :.....	4
2. Aspects éthiques :.....	4
B. Patients :.....	4
1. Critères d'inclusion :	4
2. Critères d'exclusion :.....	4
C. Caractéristiques sociodémographiques :.....	5
D. Caractéristiques cliniques de RIC :.....	5
E. Les croyances liées aux médicaments :.....	7
F. L'adhésion thérapeutique :.....	7
G. Autres variables :.....	8
1. La confiance au médecin :.....	8
2. Le catastrophisme :.....	8
H. Analyse statistique :	9
Résultats	10
A. Etude descriptive :.....	11
1. Caractéristiques sociodémographiques :	11
2. Caractéristiques cliniques du RIC :.....	12
3. Les croyances liées aux médicaments :.....	14
4. L'adhésion thérapeutique :.....	16
5. Autres variables :.....	16
5.1 La confiance au médecin :	16
5.2 Le catastrophisme :	16
B. Etude analytique :	16
1. Analyse univariée :.....	16
2. Analyse multivariée :	16

3. Corrélation entre les croyances liées aux médicaments des patients atteints de RIC et l'adhésion thérapeutique :	18
Discussion	19
Conclusion.....	26
Références bibliographiques	28
Annexes	31
Le serment régissant la profession médicale	46

Liste des tableaux

Tableau I : Les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints de RIC.	11
Tableau II : Les caractéristiques cliniques des patients atteints de RIC	13
Tableau III : Les croyances liées aux médicaments des patients marocains atteints de RIC...	15
Tableau IV : Les facteurs associés aux croyances liées aux médicaments des patients atteints de RIC.	17
Tableau V : La corrélation entre les croyances liées aux médicaments des patients atteints de RIC et l'adhésion thérapeutique	18

Liste des abréviations

ACPA : Anticorps Anti-Protéines Citrullinées
ACR: American College of Rheumatology
AINS: Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens
ASAS: Assessment of SpondyloArthritis International Society
ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score
ATCD : Antécédant
ATM : Articulation Temporo-Mandibulaire
BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index
bDMARDs: biologic Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs
BMQ: Beliefs about Medicines Questionnaire
csDMARDs: conventional synthetic Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs
CQR : Compliance Questionnaire for Rheumatology
CRP : C-Réactive Protéine
DAS: Disease Activity Score
EULAR: EUropean League Against Rheumatism
EVA : Echelle Visuelle Analogique
FR : Facteur Rhumatoïde
HAQ : Health Assessment Questionnaire
HLA B27 : Human Leukocyte Antigen B27
HTA : HyperTension Artérielle
ICC : Coefficient de Corrélation intra-classe
IPD : InterPhalangienne Distale
IPP : InterPhalangienne Proximale
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
MCP : MétaCarpo-Phalangienne
MTP : MétaTarpo-Phalangienne
PCS : Pain Catastrophizing Scale
PR : Polyarthrite Rhumatoïde
RIC : Rhumatisme Inflammatoire Chronique

SpA: SpondyloArthrite

TPS: Trust in Physician Scale

VS : Vitesse de Sédimentation

Introduction

Introduction

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) désignent un groupe d'affections inflammatoires qui touchent les articulations et les tissus environnants tels que les tendons et les ligaments. Ils se caractérisent par une évolution chronique, alternant des périodes de poussée de la maladie et des périodes de rémission. De ce fait, leur traitement nécessite une approche thérapeutique au long cours comprenant divers traitements médicamenteux. L'efficacité de ces thérapeutiques dépend de plusieurs facteurs, en particulier le délai diagnostique et le traitement lui-même, mais aussi de facteurs liés au patient, principalement l'observance thérapeutique [1–3]. Une bonne observance thérapeutique est essentielle pour garantir une efficacité optimale du traitement et une meilleure qualité de vie pour les patients. Si elle n'est pas assurée, des poussées de la maladie vont se succéder entraînant des destructions ostéo-articulaires irréversibles, altérant la fonction et la qualité de vie des patients et nécessitant des hospitalisations et des traitements plus intensifs, ce qui entraîne une augmentation des coûts de santé à long terme et des répercussions considérables sur l'économie nationale [4].

Cependant, il est connu que près de la moitié des patients atteints de maladies chroniques, y compris les RIC, ne prennent pas leurs médicaments conformément aux recommandations et présentent ainsi un problème d'observance thérapeutique [5]. Cette non-observance thérapeutique peut avoir différentes causes. Dans la littérature, certains facteurs qui contribuent à la non-adhésion thérapeutique ont été identifiés, notamment des facteurs sociodémographiques, des facteurs liés à la maladie, au traitement, au système de soins, au médecin, mais aussi des facteurs liés au patient [6,7]. En effet, des études menées chez des patients atteints de maladies chroniques ont observé un lien étroit entre les croyances des patients liées aux médicaments et l'adhésion thérapeutique [8–11]. Ces croyances influencent la manière dont les patients perçoivent leur maladie et ses traitements. Une meilleure compréhension des croyances des patients liées aux médicaments permettrait donc d'améliorer l'observance thérapeutique et par conséquent l'état clinique des patients souffrant de rhumatismes inflammatoires chroniques.

L'objectif de notre travail était d'évaluer les croyances liées aux médicaments de nos patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques et d'identifier leurs facteurs associés et leur impact sur l'adhésion thérapeutique.

Patients et méthodes

A. Conception de l'étude :

1. Type et lieu d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale qui a été réalisée au service de rhumatologie de l'hôpital universitaire de Tanger-Tétouan-Al Hoceima, sur une période s'étalant du 1er février 2022 au 30 septembre 2022.

2. Aspects éthiques :

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique Hospitalo-Universitaire de Tanger CEHUT (n° 01/2022). Un consentement éclairé a été obtenu pour tous les participants après avoir reçu une description précise de l'étude.

B. Patients :

1. Critères d'inclusion :

L'étude a inclus les patients adultes atteints de RIC.

→ Polyarthrite rhumatoïde (PR) :

Le diagnostic de PR reposait sur les critères de l'American College of Rheumatology European League Against Rheumatism 2010 (ACR/EULAR 2010) [12] (**Annexe 1**).

→ Spondyloarthrite (SpA) :

Le diagnostic de SpA a été basé sur les critères de classification de l'Assessment of SpondyloArthritis international Society 2009 (ASAS 2009) pour la SpA axiale et périphérique [13] (**Annexe 2**).

→ Rhumatisme inflammatoire indifférencié :

Le diagnostic du RIC indifférencié a été retenu lorsque les patients présentaient une atteinte articulaire inflammatoire chronique qui ne répond pas aux critères de la classification des rhumatismes inflammatoires spécifiques. Il s'agit donc d'un diagnostic d'élimination.

2. Critères d'exclusion :

Les patients ont été exclus lorsqu'ils :

- Avaient moins de 18 ans,
- N'étaient en mesure de donner leur consentement éclairé ou de comprendre les questionnaires d'auto-évaluation utilisés,
- Présentaient un trouble psychiatrique.

C. Caractéristiques sociodémographiques :

Les données sociodémographiques de nos patients atteints de RIC ont été recueillies (**Annexe 3**) : L'âge, le sexe, l'état matrimonial, le niveau socio-économique, le niveau d'éducation et les comorbidités.

D. Caractéristiques cliniques de RIC :

Les données cliniques de RIC ont été recueillies (**Annexe 3**) :

- Le type du RIC : PR, SpA, RIC indifférencié.
- La durée d'évolution de la maladie.
- L'intensité de la douleur : Elle a été évaluée par l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) qui est constituée d'une ligne horizontale de 10 centimètres, où 0 correspond à l'absence de douleur et 10 à la douleur maximale imaginable. Les patients étaient invités à marquer un point sur la ligne pour indiquer leur niveau de douleur.
- L'activité de la maladie : Elle a été évaluée par :
 - ❖ **Le Disease Activity Score 28 (DAS 28)** pour la PR. Il intègre le nombre d'articulations douloureuses, le nombre d'articulations gonflées, la VS ou la CRP et l'EVA générale indiquée par le patient. La maladie est dite fortement active si le DAS 28 est $> 5,1$; modérément active si $3,2 < \text{DAS } 28 \leq 5,1$; faiblement active si $2,6 < \text{DAS } 28 \leq 3,2$ et en rémission si le DAS 28 est $\leq 2,6$ (**Annexe 4**).
 - ❖ **Le Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)** pour la SpA. Il englobe des questions portant sur la fatigue, la douleur, la gêne et la raideur matinale. La maladie est active si le BASDAI est ≥ 4 . Nous avons utilisé la version arabe dialectale marocaine validée du BASDAI (**Annexe 5**) [14].
 - ❖ **L'Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score CRP (ASDAS CRP)** pour la SpA. Il inclut des données subjectives de BASDAI telles que la durée de la raideur matinale au réveil et le degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches et un critère objectif biologique qui est la CRP. La maladie est en très forte activité si le score de l'ASDAS CRP est $> 3,5$; en forte activité si le score est entre 2,1 et 3,5 ; d'une activité modérée si le score est entre 1,3 et 2,1 et en rémission si le score est $< 1,3$ (**Annexe 6**).

- La gêne fonctionnelle : Elle a été évaluée par :
 - ❖ **L'EVA gêne** qui évalue le degré de la gêne causée par la maladie et ressentie par les patients au cours de leur vie quotidienne. Il est apprécié de la même manière que l'EVA douleur. Ainsi, la valeur 0 correspond à l'absence de gêne et 10 au degré de gêne maximale imaginable.
 - ❖ **Le HAQ (Health Assessment Questionnaire)** : C'est un auto-questionnaire comprenant 8 domaines distincts et 20 questions au total. Chaque question est notée selon une échelle graduée de 0 à 3, où :
 - 0 équivaut à l'absence de difficulté,
 - 1 reflète une légère difficulté,
 - 2 indique une difficulté notable, voire une assistance,
 - 3 signale une incapacité manifeste.

Le calcul du score HAQ s'effectue en prenant en compte les pires résultats de chaque domaine et ensuite on calcule la moyenne. Le score total varie de 0 à 3. Si le score est supérieur à 0,5, cela indique un retentissement fonctionnel. Nous avons utilisé la version arabe dialectale marocaine validée du HAQ (**Annexe 7**)[15].

- ❖ **Le BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)** qui est un indice évaluant l'impact fonctionnel de la SpA. Son but est de mesurer la capacité d'une personne à accomplir des activités quotidiennes et fonctionnelles malgré les contraintes imposées par la SpA. L'échelle du BASFI comprend un ensemble de questions portant sur diverses activités telles que la marche et la montée et la descente d'escaliers. Ces questions sont notées sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie aucune difficulté et 10 indique des difficultés extrêmes. Un retentissement fonctionnel est retenu si le BASFI est ≥ 4 . Nous avons utilisé la version arabe dialectale marocaine validée du BASFI (**Annexe 8**) [14].

E. Les croyances liées aux médicaments :

Les croyances liées aux médicaments ont été évaluées par le Beliefs about Medicines Questionnaire-specific (BMQ-specific)[16]. Le BMQ-spécifique se compose de deux domaines : Le BMQ-nécessité et le BMQ-inquiétudes. Le BMQ-nécessité comprend 5 items et évalue la perception de la nécessité des médicaments pour contrôler la maladie et améliorer ou maintenir la santé. Le BMQ-inquiétudes comprend 5 items également et évalue les conséquences négatives potentielles liées à la prise de médicaments, telles que les effets à long terme, la dépendance et d'autres effets indésirables.

Chaque item des deux domaines du BMQ-spécifique est évalué sur une échelle de Likert à 5 points allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord). Les scores des items individuels ont été additionnés pour obtenir un score du domaine (nécessité ou inquiétudes). Les scores totaux vont de 5 à 25 pour chacun des deux domaines. Des scores plus élevés indiquent des croyances plus fortes dans les concepts représentés par chaque domaine. Nous avons calculé par la suite le différentiel nécessité-inquiétudes. Pour l'obtenir, le score des inquiétudes est soustrait de celui de la nécessité perçue. Une valeur supérieure à 0 indique que la nécessité perçue du traitement dépasse les inquiétudes à le prendre.

Dans notre étude, nous avons utilisé la version arabe validée du BMQ-spécifique [17].

F. L'adhésion thérapeutique :

L'adhésion thérapeutique a été évaluée par le questionnaire CQR (Compliance Questionnaire for Rheumatology) [18]. Il constitue un outil employé en rhumatologie afin d'évaluer le degré d'adhésion au traitement des patients souffrant de diverses maladies rhumatismales. Il se compose de 13 items. Chaque item du CQR a été noté de 1 (tout à fait en désaccord) à 4 (tout à fait d'accord), à l'exception des items 4, 8, 9 et 11 qui ont été notées de manière inverse. Le score total du CQR est calculé en additionnant les scores individuels de tous les items, en soustrayant 13, puis en divisant par 0,57. Il varie de 0 à 100. Un score de 80/100 ou plus classe le patient dans la catégorie de "bonne observance", tandis qu'un score inférieur à 80/100 classe le patient dans la catégorie des "patients ayant des problèmes d'observance".

Dans notre étude, nous avons utilisé la version arabe validée du CQR avec 13 items pour évaluer le niveau d'observance chez nos patients atteints de RIC (**Annexe 9**)[19].

G. Autres variables :

1. La confiance au médecin :

L'Échelle de Confiance envers le Médecin, également connue sous le nom de Trust in Physician Scale (TPS), a été développée par Anderson et Dedrick dans le but d'évaluer la confiance qu'un patient accorde à la crédibilité et à la fiabilité des actions de son médecin traitant [20]. Cette échelle est spécifiquement conçue pour évaluer le niveau de confiance du patient dans le processus de soins, en se concentrant sur les conseils, les opinions et les choix du traitement médical proposés par le médecin.

La mesure de confiance est obtenue grâce à 11 questions auxquelles les participants répondent en utilisant une échelle de Likert à 5 points, où 1 correspond à "fortement en désaccord" et 5 à "fortement d'accord". Le score total est la moyenne des scores individuels pour chaque question. Il varie de 0 à 100. Des scores plus élevés de TPS reflètent des perceptions positives et une plus grande confiance envers le médecin.

La traduction en Arabe dialectal marocain du questionnaire a été effectuée selon les recommandations internationales (**Annexe 10**). La version arabe dialectale a démontré de bonnes propriétés psychométriques en termes de fiabilité (ICC = 0,735) et de cohérence interne (α de Cronbach = 0.735).

2. Le catastrophisme :

Le catastrophisme a été évalué par l'échelle "Pain Catastrophizing Scale" (PCS). C'est un questionnaire comprenant 13 éléments conçus pour évaluer les pensées et les émotions associées à la sensation de douleur [21]. Cette échelle mesure trois aspects de la réaction catastrophique face à la douleur : la rumination (4 éléments ; questions 8, 9, 10 et 11), l'amplification (3 éléments ; questions 6, 7 et 13) et l'impuissance (6 éléments ; questions 1, 2, 3, 4, 5 et 12). Les individus notent sur une échelle de Likert à 5 niveaux (0 = pas du tout, 1 = légèrement, 2 = modérément, 3 = fortement, 4 = tout le temps) dans quelle mesure ils expérimentent ces pensées et émotions en lien avec la douleur. Un score global de PCS peut être obtenu en additionnant les scores de tous les éléments. Il varie de 0 à 52. Des scores plus élevés suggèrent une tendance plus prononcée à la catastrophisation de la douleur. Un score total de PCS ≥ 30 était considéré comme révélateur d'un niveau cliniquement significatif de catastrophisme.

La traduction du questionnaire en Arabe dialectal marocain a été effectuée selon les recommandations internationales (**Annexe 11**). Cette version arabe a démontré de bonnes

propriétés psychométriques en termes de fiabilité test retest ($ICC = 0,583$) et de cohérence interne (α de Cronbach = $0,736$).

H. Analyse statistique :

Une analyse descriptive a été réalisée. Les variables qualitatives ont été présentées par des chiffres et des pourcentages. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes et écart-types si elles suivaient une distribution normale. Sinon, elles ont été présentées sous forme de médianes et de quartiles si elles ne suivaient pas une distribution normale.

Une régression linéaire a été mise en œuvre pour évaluer les facteurs associés aux croyances liées aux médicaments. Nous avons effectué au premier une analyse univariée puis une analyse multivariée où nous avons pris en compte les facteurs qui ont démontré une association statistiquement significative à l'analyse univariée.

Pour examiner la relation entre les croyances liées aux médicaments et l'adhésion thérapeutique, nous avons effectué une analyse de corrélation univariée en utilisant la corrélation de Pearson. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel statistique IBM SPSS version 21.0. Une valeur de $p < 0,05$ est considérée comme statistiquement significative.

Résultats

A. Etude descriptive :

Nous avons inclus 189 patients atteints de RIC.

1. Caractéristiques sociodémographiques :

Les données sociodémographiques sont représentées dans le tableau I.

L'âge moyen de nos patients était de $47,49 \pm 13,7$ ans avec une nette prédominance féminine (75.7%). La moitié de nos patients étaient analphabètes (49,2%) et avaient des comorbidités (52.4%).

Tableau I : Les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints de RIC.

NOMBRE DES PATIENTS	189
SEXE (a)	
Femmes	143 (75,7)
Hommes	46 (24,3)
AGE (b)	47,49 $\pm$ 13,7
ETAT MATRIMONIAL (a)	
Célibataire	45 (23,8)
Marie	121 (64)
Divorcé	11 (5,8)
Veuf	12 (6, 3)
NIVEAU D'EDUCATION (a)	
Analphabète	93 (49,2)
Primaire	34 (18)
Secondaire	30 (15,9)
Universitaire	32 (16,9)
LIEU D'HABITAT (a)	
Urbain	170 (89,9)
Rural	19 (10,1)
PROFESSION (a)	
Sans profession	104 (55)
Avec profession	85 (44,9)
COMORBIDITE (a)	
NON	90 (47,6)
OUI	99 (52,4)

Les valeurs sont fournies sous forme de pourcentage(a) et de moyenne $\pm$ écart-type (b).

2. Caractéristiques cliniques du RIC :

Les données cliniques sont représentées dans le tableau II.

Le RIC le plus fréquent était la polyarthrite rhumatoïde (56.6%), et un tiers des patients avait une spondylarthrite. La durée moyenne du RIC était de 8 ans $\pm$ [3-16,75].

Nos patients avaient en moyenne une douleur modérée ($5 \pm [3-7]$). Plus d'un tiers des patients était en rémission et un quart avait une activité élevée de la maladie.

Presque un tiers de nos patients avait un retentissement fonctionnel (24,9 %).

La moitié des patients était sous corticothérapie. Le traitement de fond le plus courant était un csDMARD, alors qu'un traitement biologique n'a été mis en route que chez 6% des patients.

Tableau II : Les caractéristiques cliniques des patients atteints de RIC.

DIAGNOSTIC (a)	
Polyarthrite Rhumatoïde	107 (56,6)
Spondyloarthrite	67 (35,4)
Arthrite Inflammatoire Indifférenciée	15 (7,9)
DUREE D'EVOLUTION EN ANNEES (c)	
	8 [3-16,75]
EVA DOULEUR (c)	
	5 [3-7]
ACTIVITE DE LA MALADIE (a)	
Rémission	71 (37,6)
Activité Basse	22 (11,6)
Activité Modérée	48 (25,4)
Activité Elevée	48 (25,4)
RETENTISSEMENT FONCTIONNEL (a)	
NON	142 (75,1)
OUI	47 (24,9)
TRAITEMENT ACTUEL (a)	
Rééducation physique	40 (21,2)
Analgésiques	36 (19,1)
AINS	51 (27)
Corticothérapie	94 (49,7)
csDMARDs	
Méthotrexate	101 (53,4)
Salazopyrine	16 (8,5)
bDMARDs	12 (6,3)
Chirurgie	2 (1)

csDMARDs: conventional synthetic Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs; bDMARDs: biologic Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs.

Les valeurs sont fournies sous forme de pourcentage(a) et de médianes et quartiles(c).

3. Les croyances liées aux médicaments :

Le tableau III présente les croyances des patients liées aux médicaments évaluées par le questionnaire BMQ-spécifique.

Concernant le domaine BMQ-inquiétudes, le score moyen était de $14,47 \pm 5,8$. Un patient sur deux s'inquiétait des effets à long terme des médicaments et d'en devenir trop dépendant, et déclarait ne rien savoir à propos des médicaments.

Pour le domaine BMQ-Nécessité, Le score moyen était de $20,75 \pm 4,77$. La grande majorité des patients pensait que les médicaments l'aidaient à prévenir l'aggravation de sa condition, qu'elle serait très malade sans ces médicaments et que sa santé, actuelle et future, dépend de ces médicaments.

Le différentiel nécessité-inquiétudes moyen était de 6 [1-12] suggérant que la nécessité du traitement perçue par les patients dépasse les inquiétudes à le prendre. Parmi nos malades, 73 % avaient un différentiel nécessité-inquiétudes > 0 , indiquant un rapport bénéfice-risque perçu positivement par les patients.

Tableau III : Les croyances liées aux médicaments des patients marocains atteints de RIC.

D'accord ou fortement d'accord			
BMQ-SPECIFIQUE	BMQ-inquiétudes	J'ai peur de prendre ces médicaments	36,4%
		Parfois, je m'inquiète des effets à long terme de ces médicaments	51,3%
		Je ne sais rien à propos de ces médicaments	50,8%
		Ces médicaments perturbent ma vie	33%
		Parfois, je m'inquiète de devenir trop dépendant des médicaments	50,2%
		Score total	14,47±5,8
		BMQ-nécessité	Ma santé, à l'heure actuelle, dépend de ces médicaments
	Je ne peux pas vivre sans ces médicaments		48,7%
	Sans ces médicaments, je serais très malade		82,9%
	Dans le futur, ma santé dépendra de ces médicaments		72,5%
	Ces médicaments m'aident à prévenir l'aggravation de ma condition		87%
	Score total		20,75±4,77
	BMQ Différentiel		6 [1-12]

BMQ : Beliefs about Medicines Questionnaire.

4. L'adhésion thérapeutique :

La moyenne du CQR chez nos patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques était de $80,61 \pm 15,14$. Deux tiers des patients (65 %) avaient un $CQR \geq 80/100$ suggérant une bonne observance thérapeutique.

5. Autres variables :

5.1 La confiance au médecin :

Le score total moyen du TPS était de 47.80 ± 7.25 indiquant que nos patients avaient une confiance modérée envers leur médecin.

5.2 Le catastrophisme :

Le PCS moyen des patients atteints de RIC était de $28 \pm 16,2$. Près de la moitié (48%) avait un $PCS \geq 30$ indiquant un niveau cliniquement significatif de catastrophisation de la douleur.

B. Etude analytique :

1. Analyse univariée :

En analyse univariée, un bas niveau d'éducation ($\beta = -1,299$; IC 95% = -2,201 à -0,396 ; $p = 0,005$) et le score de catastrophisme ($\beta = -2,650$; IC 95% = -4,833 à -0,467 ; $p = 0,018$) étaient associés négativement de manière statistiquement significative au différentiel nécessité-inquiétudes alors que l'âge ($\beta = 0,120$, IC 95% = 0,041 à 0,199, $p = 0,003$), la rémission de la maladie ($\beta = 0,991$; IC 95% = 0,113 à 1,869 ; $p = 0,027$), l'utilisation du méthotrexate ($\beta = 3,283$; IC 95% = 1,185 à 5,381 ; $p = 0,002$) et le niveau de confiance au médecin ($\beta = 0,288$; IC 95% = 0,138 à 0,439 ; $p < 0,001$) y étaient associés positivement de façon statistiquement significative (**Tableau IV**).

2. Analyse multivariée :

En analyse multivariée, un bas niveau d'éducation ($\beta = -1,092$, IC 95% = -2,068 à -0,117 ; $p = 0,028$) et le score de catastrophisme ($\beta = -2,461$; IC 95% = -4,713 à -0,210 ; $p = 0,032$) étaient associés négativement de façon statistiquement significative au différentiel nécessité-inquiétudes alors que l'utilisation du méthotrexate ($\beta = 2,604$; IC 95% = 0,314 à 4,893 ; $p = 0,026$) et le niveau de confiance au médecin ($\beta = 0,198$; IC 95% = 0,040 à 0,357 ; $p = 0,014$) y étaient associés positivement de manière statistiquement significative (**Tableau IV**).

Tableau IV : Les facteurs associés aux croyances liées aux médicaments des patients atteints de RIC.

	Analyse Univariée		Analyse Multivariée	
	β (IC 95%)	p	β (IC 95%)	p
SEXE FEMININ	0,933 (-1,551– 3,416)	0,460		
AGE	0.120 (0,041– 0,199)	<u>0,003</u>	0,048 (-0,038–0,135)	0,269
BAS NIVEAU D'ÉDUCATION	-1,299 (-2,201– -0,396)	<u>0,005</u>	-1,092 (-2,068- -0,117)	<u>0,028</u>
PRESENCE DE COMORBIDITÉ	0,035 (-1,345–1,415)	0,960		
DUREE DE LA MALADIE EN ANNEES	0,020 (-0,094– 0,135)	.		
EVA DOULEUR	0,123 (-0,266– 0,512)	0,535		
LA REMISSION DE LA MALADIE	0,991 (0,113– 1,869)	<u>0,027</u>	0,537 (-0,385–1,459)	0,251
UTILISATION DE LA CORTICOTHÉRAPIE	2,024 (-0,061– 4,110)	0,057		
UTILISATION DE METHOTREXATE	3,283 (1,185– 5,381)	<u>0,002</u>	2.604 (0.314–4.893)	<u>0.026</u>
UTILISATION DES bDMARDS	3,534 (-0,888– 7,956)	0,117		
PCS	-2,650 (-4,833– -0,467)	<u>0,018</u>	-2,461 (-4,713- -0,210)	<u>0,032</u>
TPS	0,288 (0,138– 0,439)	<u><0,001</u>	0,198 (0,040– 0,357)	<u>0,014</u>

bDMARDS: biologic Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs; PCS: Pain Catstrophizing Scale; TPS: Trust in Physician Scale.

3. Corrélation entre les croyances liées aux médicaments des patients atteints de RIC et l'adhésion thérapeutique :

Une corrélation positive a été notée entre le domaine BMQ-nécessité ($r = 0,22$; $p = 0.004$), le BMQ différentiel nécessité-inquiétudes ($r = 0,18$; $p = 0.02$) et l'adhésion thérapeutique. Cela suggère que plus les patients perçoivent la nécessité des médicaments, plus ils sont adhérents à leur traitement.

Tableau V : La corrélation entre les croyances liées aux médicaments des patients atteints de RIC et l'adhésion thérapeutique.

	r	p
BMQ-nécessité	0,22	<u>0,004</u>
BMQ-inquiétudes	-0,05	0,4
BMQ Différentiel nécessité-inquiétudes	0,18	<u>0,02</u>

BMQ: Beliefs about Medicines Questionnaire.

Discussion

La majorité de nos patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) ont des perceptions positives vis-à-vis de leurs médicaments avec un différentiel nécessité-inquiétudes en faveur de la nécessité du traitement. Dans notre étude, nos patients RIC ont noté un score élevé dans le domaine BMQ-nécessité. Beaucoup d'entre eux croient que leur santé actuelle (78,7%) et future (72,5%) dépendent de leurs médicaments. De plus, 82,9% estiment qu'ils seraient très malades sans ces médicaments. Cela suggère que ces patients reconnaissent l'importance des médicaments dans la gestion de leur maladie et perçoivent qu'ils jouent un rôle essentiel pour prévenir l'aggravation de leur condition. Ces résultats sont cohérents avec d'autres études qui ont également montré que la forte perception de la nécessité des traitements médicamenteux est associée à des croyances positives vis-à-vis des médicaments [22–28]. Cependant, nos résultats ont également révélé des croyances aux médicaments qui suscitent des inquiétudes chez certains patients. Dans le domaine BMQ-inquiétudes, nous avons observé qu'un tiers des participants avait peur de prendre ses médicaments (36,4%) et que la moitié d'entre eux s'inquiétait des effets à long terme (51,3%). Des études antérieures ont soulevé cette même constatation chez leurs patients qui ont déclaré clairement leurs inquiétudes concernant les effets à long terme des médicaments [22, 29–32]. De plus, la moitié des patients avouait ne rien savoir sur ses médicaments (50,8%). Une étude menée par Tosato et al sur des patients atteints de maladies rhumatismales a révélé que, outre les inquiétudes des patients concernant les effets secondaires du traitement, 55,1% d'entre eux ont également exprimé leur crainte de devenir trop dépendants de leurs médicaments, un pourcentage presque similaire à celui observé chez nos propres patients (50,2%) [28]. Ces résultats soulignent l'importance de fournir une éducation adéquate aux patients sur leurs médicaments, en les informant sur les effets secondaires potentiels, les avantages attendus et les précautions à prendre afin de clarifier leurs connaissances sur leurs traitements et d'améliorer par conséquent l'observance thérapeutique. Trois études antérieures ont insisté sur l'importance de l'éducation des patients pour favoriser des croyances positives vis-à-vis des médicaments et améliorer l'adhésion thérapeutique [30, 31, 33].

En comparant les scores de nécessité ($20,75 \pm 4,7$) et des inquiétudes ($14,47 \pm 5,8$) du BMQ, il est évident que le score total de la nécessité est plus élevé que celui des inquiétudes. Ce résultat est concordant avec celui de ces quatre études [22,26,28,34]. Parmi ces dernières, les deux études de Tosato et al. et McCulley et al. ont montré un BMQ-différentiel nécessité-inquiétudes positif avec un rapport bénéfice-risque perçu positivement par leurs patients [28,34]. Cette conclusion est cohérente avec le résultat du BMQ-différentiel de nos patients qui était

également positif indiquant que nos malades accordent plus d'importance à la nécessité de leurs traitements prescrits qu'à leurs inquiétudes.

Dans la littérature, il est rapporté que les croyances des patients liées aux médicaments, notamment la perception de la nécessité des traitements et des inquiétudes soulevés par leurs utilisation, influencent d'une manière importante l'adhésion au traitement prescrit [8–10]. Nos patients RIC avaient une bonne adhésion thérapeutique (CQR moyen = $80,61 \pm 15,14$) et les deux tiers d'entre eux (65 %) présentaient un $CQR \geq 80/100$. En analysant la corrélation entre l'adhésion thérapeutique et les croyances de nos patients liées aux médicaments, nos résultats ont montré une association significative entre les croyances liées aux médicaments du domaine BMQ-nécessité et l'adhésion thérapeutique des patients. Cette association significative indique que les patients qui perçoivent une forte nécessité d'utiliser les médicaments pour leur traitement sont plus susceptibles d'être adhérents à leur thérapie. Ce résultat a été cohérent avec celui retrouvé par Treharne et al. ainsi que par Ahijón-Lana et al. dans leurs études concernant l'adhésion thérapeutique chez les patients atteints de PR [27,35]. Cela souligne l'importance de renforcer la perception de la nécessité des médicaments chez les patients pour favoriser une meilleure observance thérapeutique. Une autre constatation intéressante de notre étude est la corrélation significative entre le score du BMQ-différentiel nécessité-inquiétudes et l'adhésion thérapeutique. Nos patients qui percevaient davantage le besoin d'utiliser les médicaments et avaient moins d'inquiétudes étaient plus susceptibles d'être adhérents à leur traitement. Cela met en évidence l'importance de considérer les croyances des patients lors de l'élaboration de stratégies visant à améliorer l'adhésion thérapeutique en optant pour une communication réciproque et effective. En effet, une méta-analyse de 127 études a révélé que la qualité de la communication entre médecin et patient est étroitement liée à l'adhésion du patient [36]. Les patients ayant des médecins communiquant de manière inefficace présentent un risque de non-adhésion 19% plus élevé que ceux ayant des médecins communicants de manière efficace. Toutefois, la formation des médecins aux compétences de communication entraîne une amélioration significative de l'adhésion des patients, avec une augmentation de 1,62 fois des chances d'adhésion lorsque les médecins sont formés spécifiquement [36].

Notre étude a permis également d'évaluer l'association entre les croyances des patients liées aux médicaments et les facteurs sociodémographiques, les facteurs cliniques, les facteurs liés au traitement et les facteurs psychosociaux.

En ce qui concerne les facteurs sociodémographiques, nous avons constaté que le niveau d'éducation est un facteur important qui influence les croyances des patients liées aux

médicaments. Les patients ayant un niveau d'éducation plus bas ont des croyances négatives à l'égard des médicaments. Cela suggère que le niveau d'éducation joue un rôle dans la formation des croyances des patients et peut influencer leur attitude envers les traitements médicamenteux. Par conséquent, il est essentiel d'avoir une communication claire et simple et une éducation adaptée et personnalisée pour les patients ayant un bas niveau d'éducation, afin de lutter contre les croyances négatives vis-à-vis des médicaments. Certaines études portant sur des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde n'ont pas trouvé de lien entre le niveau d'éducation et les croyances en matière de médicaments [22, 27]. Cette divergence de résultats souligne la complexité des facteurs qui influencent les croyances liées aux médicaments et met en évidence l'importance d'accorder une attention particulière aux caractéristiques propres à chaque population.

Par ailleurs, nous n'avons pas observé d'association entre les croyances des patients liées aux médicaments et la durée de la maladie et son activité. Le même résultat a été démontré par deux études précédentes [22,27]. Par contre, l'étude de Tosato et ses collègues a montré que la durée de la maladie et le niveau de rémission étaient associés aux croyances liées aux médicaments [28]. Une durée plus longue de maladie augmentait la perception de la nécessité des médicaments, tandis qu'un niveau de rémission plus faible amplifiait les inquiétudes des patients vis-à-vis de leurs médicaments [28].

Pour les traitements utilisés par les patients, la présente étude a mis en évidence une association intéressante entre le traitement par méthotrexate et les croyances des patients liées aux médicaments. En effet, nous avons observé que son utilisation était significativement liée à des croyances positives vis-à-vis des médicaments. Cette corrélation peut probablement s'expliquer par une meilleure perception de l'efficacité du méthotrexate par les patients. Ces derniers semblent ressentir un besoin accru de ce traitement et lui attribuent une forte importance. Une autre étude portant sur l'observance thérapeutique du méthotrexate chez les patients atteints de PR a confirmé que la principale raison de leur suivi assidu était liée à une forte perception de l'importance personnelle de ce traitement. Les inquiétudes concernant le méthotrexate semblaient jouer un rôle mineur par rapport à l'importance accordée à la nécessité de ce traitement [24].

Un autre résultat intéressant de notre étude est l'association significative entre le score de catastrophisme lié à la douleur (PCS) et les croyances des patients liées aux médicaments. Les patients ayant un score élevé de catastrophisme lié à la douleur ont montré une probabilité plus faible d'avoir des croyances positives aux médicaments. Plus le score du catastrophisme

augmente plus le ratio bénéfice-risque perçu par les patients diminue. Cette constatation suggère que les patients présentant un score élevé de catastrophisme seraient davantage préoccupés par les éventuels effets secondaires ou les conséquences négatives des médicaments, ce qui pourrait potentiellement altérer leurs croyances et leur perception globale des traitements. Le catastrophisme lié à la douleur est caractérisé par une focalisation exclusive du patient sur les aspects aversifs et négatifs de son expérience douloureuse [37]. Une étude d'évaluation de la pensée catastrophique liée à la douleur dans la polyarthrite rhumatoïde avait montré une association statistiquement significative du catastrophisme avec l'activité de la maladie DAS28-VS ($p = 0,002$), le retentissement fonctionnel de la maladie ($p < 0,001$) ainsi que l'anxiété ($p < 0,001$) [37]. Il est possible que les patients présentant un niveau élevé de catastrophisme aient une vision plus négative des médicaments, les considérant comme potentiellement dangereux. Cela peut être dû à leur tendance à exagérer la gravité des symptômes et à craindre les effets secondaires indésirables.

D'autre part, nos résultats ont montré une association significative entre le score de confiance envers le médecin (TPS) et les croyances liées aux médicaments. Les patients ayant un score élevé de confiance envers leur médecin ont montré une probabilité plus élevée d'avoir des croyances favorables envers les médicaments. Plus le score de la confiance est élevé plus le ratio bénéfice-risque perçu par les patients augmente. Cette observation souligne l'importance de la relation de confiance entre les patients et les médecins dans le développement des croyances liées aux médicaments. La confiance envers le médecin est un élément clé de la relation thérapeutique et peut influencer les perceptions des patients à l'égard des traitements prescrits. Les patients qui ont une confiance élevée envers leur médecin sont plus susceptibles d'accepter et de croire en l'efficacité des médicaments recommandés. Ils peuvent également être plus enclins à suivre les instructions de leur médecin et à maintenir une adhésion au traitement prescrit. Une étude a montré que les patients qui croyaient en la nécessité de leurs médicaments étaient plus satisfaits de leurs consultations médicales [35]. Cette satisfaction pourrait influencer leurs croyances et, par conséquent, leur adhésion au traitement prescrit. En d'autres termes, la perception positive des consultations médicales pourrait favoriser une meilleure observance du traitement chez ces patients [35].

Il est important de noter que ces résultats mettent en évidence l'importance des facteurs psychologiques et relationnels dans les croyances liées aux médicaments. En prenant en compte le niveau de catastrophisme lié à la douleur et la confiance envers le médecin, les professionnels de la santé peuvent adapter leur communication et leur approche thérapeutique pour répondre aux besoins et aux inquiétudes spécifiques des patients. Cela peut inclure des stratégies de

gestion de la douleur, des discussions approfondies sur les bénéfices et les risques des médicaments, et un renforcement de la relation de confiance entre le patient et le médecin.

Il est essentiel de signaler que notre étude présente certaines limites qui pourraient influencer l'interprétation des résultats. Tout d'abord, notre échantillon était limité à un seul centre médical, ce qui pourrait limiter la généralisation de nos conclusions. De plus, les données étaient basées sur des auto-déclarations des patients, ce qui pourrait introduire un biais de rappel ou une subjectivité. La nature transversale de l'étude limite notre capacité à établir des relations de causalité entre les variables étudiées. Des études longitudinales et des essais cliniques contrôlés sont nécessaires pour confirmer ces associations et mieux comprendre les mécanismes sous-jacents. Malgré ces limitations, selon nos connaissances, notre étude est la première étude qui a évalué l'influence du catastrophisme de la douleur et la confiance envers le médecin sur les croyances des patients liées à leur traitement médicamenteux et ainsi sur son adhésion. Elle a permis également de donner une idée globale sur le profil de nos patients marocains atteints de RIC en matière de connaissances, de craintes et d'inquiétudes vis-à-vis de leurs médicaments. Cela pourrait être tout à fait utile pour développer des programmes d'éducation thérapeutique personnalisés afin d'influencer positivement les croyances des patients liées aux médicaments et améliorer ainsi leur adhésion thérapeutique.

Conclusion

Conclusion

La prise en compte des croyances des patients liées aux médicaments est essentielle pour une gestion optimale des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Les résultats de notre étude mettent en lumière plusieurs éléments cruciaux à considérer dans la prise en charge de ces maladies.

Nos patients atteints de RIC ont plutôt une perception positive de leurs médicaments. Cependant, notre travail suggère que les croyances liées aux médicaments peuvent impacter négativement l'adhésion thérapeutique, particulièrement chez les patients ayant un bas niveau d'éducation et une catastrophisation de la douleur.

L'amélioration de la prise en charge des patients atteints de RIC requiert une communication claire et efficace, accompagnée de programmes d'éducation thérapeutique personnalisés et adaptés à chaque patient. Cette communication renforcerait donc la confiance des patients envers leurs médecins, les rassurerait et atténuerait leur tendance à la catastrophisation de la douleur.

En adoptant une approche holistique et en intégrant ces croyances dans la prise de décision médicale, nous pourrions promouvoir une meilleure observance des traitements, améliorer les résultats de santé et garantir une utilisation plus sûre et plus efficace des médicaments. Cette approche contribuera à renforcer les soins de santé dans leur globalité et à offrir une meilleure qualité de vie à nos patients.

Références **bibliographiques**

Références bibliographiques

- [1] C. Gaujoux-Viala, L. Gossec, A. Cantagrel et al., « Recommendations of the French Society for Rheumatology for managing rheumatoid arthritis », *Joint Bone Spine*, vol. 81, n° 4, p. 287-297, 2014, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2014.05.002>.
- [2] C. Daien, S. Czernichow, J. G. Letarouilly et al., « Dietary recommendations of the French Society for Rheumatology for patients with chronic inflammatory rheumatic diseases », *Joint Bone Spine*, vol. 89, n° 2, p. 105319, 2022, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2021.105319>.
- [3] D. Wendling, S. Hecquet, O. Fogel, et al., « Actualisation 2022 des recommandations de la Société française de rhumatologie (SFR) pour la prise en charge en pratique courante des malades atteints de spondyloarthrite, incluant le rhumatisme psoriasique », *Rev. Rhum.*, vol. 89, n° 3, p. 210-222, 2022, doi: <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2021.11.010>.
- [4] M. Baudrant-Boga, A. Lehmann, et B. Allenet, « Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants », *Ann. Pharm. Fr.*, vol. 70, n° 1, p. 15-25, 2012, doi: <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2011.10.003>.
- [5] V. Nunes, J. Neilson, N. O'flynn et al., « Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence », 2009.
- [6] E. Sabaté, « *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action* ». World Health Organization, 2003.
- [7] A. Scheen et D. Giet, « Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. », *Rev. Médicale Liège*, vol. 65, n° 5-6, 2010.
- [8] R. Horne, S. C. E. Chapman, R. Parham, N. Freemantle, A. Forbes, et V. Cooper, « Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework », *PLOS ONE*, vol. 8, n° 12, p. e080633, déc. 2013, doi: [10.1371/journal.pone.0080633](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633).
- [9] K. Tsianou, N. Giannakeas, M. G. Tsipouras et al., « Accessing patient views about medication in chronic conditions using the Beliefs about Medicine Questionnaire (BMQ): a review study », *J Drug Res Dev*, vol. 3, n° 2, p. 1-9, 2017.
- [10] L. Wei1, S. Champman, X. Li et al., « Beliefs about medicines and non-adherence in patients with stroke, diabetes mellitus and rheumatoid arthritis: a cross-sectional study in China », *BMJ Open*, vol. 7, n° 10, p. e017293, 2017.
- [11] Y. S. Suh, Y. Cheon, H. Kim et al., « Medication nonadherence in Korean patients with rheumatoid arthritis: the importance of belief about medication and illness perception », *Korean J. Intern. Med.*, vol. 33, n° 1, p. 203, 2018.
- [12] C. Hua et B. Combe, « Les nouveaux critères de classification ACR/EULAR 2010 pour un diagnostic plus précoce de la polyarthrite rhumatoïde », *Rev. Rhum. Monogr.*, vol. 84, n° 4, p. 337-342, 2017.
- [13] D. Wendling, C. Prati, É. Toussiro, et P. Ornetti, « Spondylarthrite, spondylarthropathies: critères de diagnostic et de classification », *Rev. Rhum. Monogr.*, vol. 77, n° 1, p. 43-47, 2010.
- [14] S. Rostom, K. Benbouazza, B. Amine et al., « Psychometric evaluation of the Moroccan version of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) and Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) for use in patients with ankylosing spondylitis », *Clin. Rheumatol.*, vol. 29, p. 781-788, 2010.
- [15] F. E. Abourazzak, K. Benbouazza, B. Amine et al., « Psychometric evaluation of a Moroccan version of health assessment questionnaire for use in Moroccan patients with rheumatoid arthritis », *Rheumatol. Int.*, vol. 28, n° 12, p. 1197-1203, 2008.

- [16] R. Horne, J. Weinman, et M. Hankins, « The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication », *Psychol. Health*, vol. 14, n° 1, p. 1-24, 1999.
- [17] M. Alsous, F. Alhalaiqa, R. Abu Farha, M. Abdel Jalil, J. McElnay, et R. Horne, « Reliability and validity of Arabic translation of Medication Adherence Report Scale (MARS) and Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ)–specific for use in children and their parents », *PloS One*, vol. 12, n° 2, p. e0171863, 2017.
- [18] E. de Klerk, D. Van der Heijde, H. Van der Tempel, et S. Van Der Linden, « Development of a questionnaire to investigate patient compliance with antirheumatic drug therapy. », *J. Rheumatol.*, vol. 26, n° 12, p. 2635-2641, 1999.
- [19] R. Aljohani, Z. Aljohani, R. Aljohani, et R. Alsaidalani, « Saudi cultural adaptation of the “compliance questionnaire of Rheumatology” for Rheumatoid arthritis patients on disease modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs) », *Saudi Pharm. J.*, vol. 29, n° 5, p. 377-383, 2021, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2021.03.007>.
- [20] L. A. Anderson et R. F. Dedrick, « Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships », *Psychol. Rep.*, vol. 67, n° 3_suppl, p. 1091-1100, 1990.
- [21] M. J. Sullivan, S. R. Bishop, et J. Pivik, « The pain catastrophizing scale: development and validation. », *Psychol. Assess.*, vol. 7, n° 4, p. 524, 1995.
- [22] R. Neame et A. Hammond, « Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis », *Rheumatology*, vol. 44, n° 6, p. 762-767, 2005.
- [23] F. H. van den HOOGEN, B. BENRAAD, Y. A. HEKSTER, et W. I. M. van LANKVELD, « Adherence rates and associations with nonadherence in patients with rheumatoid arthritis using disease modifying antirheumatic drugs », *J. Rheumatol.*, vol. 36, n° 10, p. 2164-2170, 2009.
- [24] A. de Thurah, M. Nørgaard, M. B. Johansen, et K. Stengaard-Pedersen, « Methotrexate compliance among patients with rheumatoid arthritis: the influence of disease activity, disease duration, and co-morbidity in a 10-year longitudinal study », *Scand. J. Rheumatol.*, vol. 39, n° 3, p. 197-205, 2010.
- [25] H. E. Zwikker, S. van Dulmen, A. A. den Broeder, B. J. van den Bemt, et C. H. van den Ende, « Perceived need to take medication is associated with medication non-adherence in patients with rheumatoid arthritis », *Patient Prefer. Adherence*, p. 1635-1645, 2014.
- [26] P. Michetti, J. Weinman, U. Mrowietz et al., « Impact of treatment-related beliefs on medication adherence in immune-mediated inflammatory diseases: results of the global ALIGN study », *Adv. Ther.*, vol. 34, p. 91-108, 2017.
- [27] M. Ahijón-Lana, C. Gutiérrez-Ortega, I. Robles-Sánchez, R. Veiga-Cabello, et P. Carreira-Delgado, « The influence of patient’s perspective in therapeutic adherence in rheumatoid arthritis: a case study from Spain. », *ARP Rheumatol.*, vol. 1, n° 1, p. 4-11, 2022.
- [28] S. Tosato, C. Bonetto, A. Zanini et al., « Clinical and psychological characteristics associated with negative beliefs and concerns about treatment necessity in rheumatic diseases », *Sci. Rep.*, vol. 12, n° 1, p. 22603, 2022.
- [29] L. J. Goodacre et J. A. Goodacre, « Factors influencing the beliefs of patients with rheumatoid arthritis regarding disease-modifying medication », *Rheumatology*, vol. 43, n° 5, p. 583-586, 2004.
- [30] K. Kumar, C. Gordon, R. Barry, K. Shaw, R. Horne, et K. Raza, « ‘It’s like taking poison to kill poison but I have to get better’: a qualitative study of beliefs about medicines in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus patients of South Asian origin », *Lupus*, vol. 20, n° 8, p. 837-844, 2011.

- [31] K. Kumar, K. Raza, P. Nightingale et al., « Determinants of adherence to disease modifying anti-rheumatic drugs in White British and South Asian patients with rheumatoid arthritis: a cross sectional study », *BMC Musculoskelet. Disord.*, vol. 16, n° 1, p. 1-11, 2015.
- [32] S. Raghunath, R. Hijjawi, E. Hoon, E. M. Shanahan, et F. Goldblatt, « Qualitative assessment of medication adherence in patients with rheumatic diseases on biologic therapy », *Clin. Rheumatol.*, vol. 38, p. 2699-2707, 2019.
- [33] E. Salt et S. Frazier, « Adherence to disease modifying anti-rheumatic drugs in rheumatoid arthritis patients: a narrative review of the literature », *Orthop. NursingNational Assoc. Orthop. Nurses*, vol. 29, n° 4, p. 260, 2010.
- [34] C. McCulley, P. Katz, L. Trupin, E. H. Yelin, et J. L. Barton, « Association of medication beliefs, self-efficacy, and adherence in a diverse cohort of adults with rheumatoid arthritis », *J. Rheumatol.*, vol. 45, n° 12, p. 1636-1642, 2018.
- [35] G. J. Treharne, A. C. Lyons, et G. D. Kitas, « Medication adherence in rheumatoid arthritis: effects of psychosocial factors », *Psychol. Health Med.*, vol. 9, n° 3, p. 337-349, 2004.
- [36] K. B. H. Zolnierek et M. R. DiMatteo, « Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis », *Med. Care*, vol. 47, n° 8, p. 826, 2009.
- [37] O. Boudriga, A. Fazaa, S. Miladi et al., « Évaluation de la pensée catastrophique liée à la douleur dans la polyarthrite rhumatoïde », *Rev. Rhum.*, vol. 88, p. A206, 2021, doi: <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2021.10.338>.

Annexes

Annexes

Annexe 1 : Critères ACR / EULAR 2010 du diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde

Devant une polyarthrite débutante avec des radiographies normales et en absence d'une autre maladie, le diagnostic positif du PR a été établi en se basant sur les critères ACR/EULAR 2010.

Domaines	Items	Score
A-Articulations atteintes	1 grosse articulation ^a	0
	2–10 grosses articulations	1
	1–3 petites articulations ^b (avec ou sans grosses articulations)	2
	4–10 petites articulations (avec ou sans grosses articulations)	3
	> 10 articulations dont au moins 1 petite	5
B- Sérologie	FR et ACPA négatifs	0
	FR et/ou ACPA positifs à taux faibles ^c	2
	FR et/ou ACPA positifs à forts taux ^d	3
C-Marqueurs d'inflammation	VS et CRP normales	0
	VS et/ou CRP anormales	1
D-Durée d'évolution	< 6 semaines	0
	≥ 6 semaines	1

^aGrosses articulations : Epaule, coude, hanche, genou, cheville. ^bPetites articulations : MCP, IPP, MTP 2-5, MCP 1 et poignets ATM et sternoclaviculaire (Exclues : IPD des mains et pieds, articulation du gros orteil et base du pouce) ^c faibles taux : taux inférieurs ou égaux à trois fois la limite supérieure de la normale ; ^d forts taux : taux supérieurs à trois fois la limite supérieure de la normale.

Après avoir calculer les scores des domaines A à D : un score $\geq 6/10$ est nécessaire pour retenir le diagnostic de PR.

Annexe 2 : Critères de la classification ASAS 2009 du diagnostic de la spondyloarthrite**➤ Spondyloarthrite axiale**

Patients avec des rachialgies ≥ 3 mois et un âge de début < 45 ans

≥ 1 critère de SpA* + sacro-iliite à l'imagerie**
--

Ou

HLA-B27 + ≥ 2 critères de SpA
--

***Critères de SpA :**

Rachialgies inflammatoires ***

Arthrite

Enthésite

Uvéite

Dactylite

Psoriasis

Crohn /Rectocolite hémorragique

Bonne réponse aux AINS

ATCD familial de SpA

HLA-B27

CRP élevée

****Sacro- iliite à l'imagerie :** Inflammation compatible avec sacro- iliite à l'IRM ou sacro- iliite répondant aux critères de New York modifiés (Sacro-iliite grade ≥ 2 bilatérale ou sacro-iliite grade 3–4 unilatérale)

***** Critères ASAS de rachialgie inflammatoire :**

Début des symptômes avant 40 ans

Début insidieux

Amélioration par l'activité physique

Absence d'amélioration par le repos

Douleur nocturne (améliorée par le lever)

Les patients sont classés comme rachialgies inflammatoires devant la présence d'au moins 4 items sur 5.

➤ spondylarthrite Périphérique

Patients avec des symptômes périphériques uniquement

Arthrite, enthésite ou dactylite*

Plus

Plus d'1 parmi

Uvéite

Psoriasis

Crohn/Rectocolite
hémorragique

Infection

HLA-B27

sacro- iliite à l'IRM

Ou

Au moins 2 parmi :

Arthrite

Enthésite ou

Dactylite

Rachialgies
inflammatoires

ATCDs familiaux de
SpA

*Sujets de moins de 45 ans

Annexe 3 : Fiche d'exploitation**Caractéristiques sociodémographiques :**

Nom

Prénom :

Numéro de téléphone :

Age :

Sexe :

Etat matrimonial : célibataire marié divorcé veuf

Nombre d'enfants :

Niveau d'instruction : analphabète primaire secondaire
universitaire.

Lieu d'habitat : urbain rural

Profession : Catégories socioprofessionnelles de l'Insee

Agriculteurs-exploitants

Artisans, commerçants et chefs d'entreprises

Cadres et professions intellectuelles supérieurs

Professions intermédiaires

Employés

Ouvriers

Retraités

Autres personnes sans activités professionnelles

Niveau socio-économique : bas moyen élevé

Comorbidités :

Diabète : oui non **HTA :** oui non**Obésité :** oui non **Cardiopathie :** oui non **Néphropathie :** oui
non**Hépatopathies :** oui non **Pneumopathie :** oui non**Tabac :** oui non **Alcool :** oui non**Maladies digestives :** Colopathie fonctionnelle RGO MICI
Maladie cœliaque :**Ménopause :** oui non**Dépression :** oui non

Affections neurologiques : oui non si oui : central
périphérique

Maladies musculosquelettiques : oui non

Néoplasie : oui non

Anémie : oui non **Psoriasis :** oui non **uvéïte :** oui non

Chirurgie : oui non

Caractéristiques cliniques du RIC:

Diagnostic : PR SPA RIC indifférencié

Durée d'évolution de la maladie en années:

EVA douleur :

Activité de la maladie : CRP PR : DAS 28 SPA : ASDAS CRP
BASDAI :

Impact fonctionnel : EVA gène PR : HAQ SPA : BASFI

Traitement actuel :

Kinésithérapie

Analgésiques

AINS

Corticothérapie

cDMARDS

Méthotrexate

Salazopyrine

bDMARDS

Chirurgie Articulaire

Annexe 4: Disease Activity Score 28 (DAS 28)

Score DAS 28



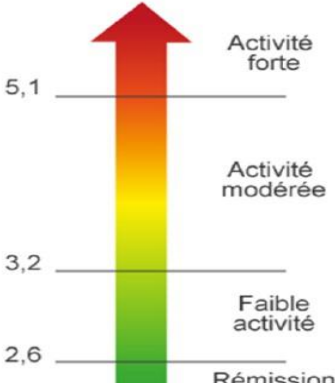
Articulations Douloureuses (0-28):	13
Articulations Gonflées (0-28):	2
Evaluation de la maladie (0-100):	40
V.S. ou C.R.P. (mm.h1 ou mg/L) :	18

☐ Utiliser V.S.
☒ Utiliser C.R.P.

Score : 4.995086

Activité P.R. : Modérée

Score DAS **Activité de la PR**



Interprétation:
 Le nombre d'articulations douloureuses (de 0 à 28) est indiqué par le patient lors de la consultation. Le nombre d'articulations gonflées est constaté par le médecin lors de la consultation. Attention, les articulations des pieds et des chevilles ne sont pas prises en compte.
 L'évaluation globale par le patient de l'activité de la PR est une échelle visuelle analogique de 0 à 100 mm. Le principe est le même que pour l'évaluation de la douleur : 0 = aucune manifestation de la PR, 100 = gravité maximale que peut imaginer le patient.
 Lors de l'utilisation de la VS, le nombre à indiquer est le nombre de mm à la première heure.

Références:
 Formules:
 $DAS (VS) = 0,56 \times \sqrt{ad} + 0,28 \times \sqrt{ag} + 0,7 \times \ln(VS) + 0,014 \times em$
 $DAS (CRP) = 0,56 \times \sqrt{ad} + 0,28 \times \sqrt{ag} + 0,36 \times \ln(CRP + 1) + 0,014 \times em + 0,96$
 Van der Heijde DMFM van't Hof MA van Riel PLCM et al. Judging disease activity in clinical practice in rheumatoid arthritis: first step in the development of a disease activity score. *Ann Rheum Dis* 1990; 49:916-20.
 Site DAS 28 : <http://www.das-score.nl>

[Racine] - [Alphabétique] - [Spécialités]

Annexe 5: Version arabe dialectale marocaine du Bath Ankylosing Spondylitis Disease**Activity Index (BASDAI)**

Please encircle the number that shows well the degree of your ability to do activities in the last two days.

1- How can you describe the degree of tiredness that you feel?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

2- How can you describe your rheumatism pain in your neck, back, and your hip?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

3- How can you describe the pain or swelling that you feel in places others than your neck, back and hip?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

4- How can you describe the pain you feel if you touch or press the places that hurt you?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

5- How can you describe the degree of stiffness you feel from the time you wake up?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

6- How long do you remain stiff when you wake up in the morning?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

0 hour 1 hour 2 hours and more

الله جل جلاله دور على الممره اللي ككهن مزيان ترجه د لغززة ذالك على هاد الشفالات فليومين لي دازو.

1- كيفاش نتوصف لبنا لغززة دالبنا ليكحش به؟

والو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 واعزيزا

2- كيفاش نتوصف لغززة دلحريق دروماتير قفلك ظهرك وفقراتك؟

والو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 واعزيزا

3- كيفاش نتوصف لغززة دلحريق ولا كحش به في جهات خرين من غير لعنق، الظهر، والفراو؟

والو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 واعزيزا

4- كيفاش نتوصف لغززة دلحريق ليحسني به ملي كحش ولا كحش على ليدكش لي كحشوك؟

والو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 واعزيزا

5- كيفاش نتوصف لغززة دبال تشكريف لي ككون عندك ملي كحش فصباح؟

والو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 واعزيزا

6- شحال د لوقت كحش مشكرف ملي كحش فصباح؟

والو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 واعزيزا

0 ساعة 1 ساعة 2 ساعة و لا كتر

Maladie active si BASDAI est ≥ 4

Annexe 6: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score CRP (ASDAS CRP)**Score ASDAS**

Renseignez chaque item. Indiquez une valeur de 0 (absent) à 10 (extrême) pour les questions concernant votre ressenti.

1. Où situez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans le cadre de votre spondylarthrite ankylosante ?

Réponse : (0=absent, 10=extrême)

2. Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil ?

- ☒ Aucune
☐ 15 minutes
☐ 30 minutes
☐ 45 minutes

Réponse : ☐ 1 heure
☐ 1 h 15
☐ 1 h 30
☐ 1 h 45
☐ 2 h ou plus

3. Comment évaluez-vous globalement de votre maladie ?

Réponse : (0=absent, 10=extrême)

4. Où situez-vous votre degré de gonflement ou de douleur articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches ?

Réponse : (0=absent, 10=extrême)

- ☒ Utiliser CRP.
☐ Utiliser VS.

CRP : mg/l

VS : s

Calculer

Score :

Interprétation:

Le score ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) permet de quantifier l'activité d'une spondylarthrite ankylosante. Les seuils d'activité retenus sont:

- Score < 1,3 : Inactif.
- Score $\geq 1,3$ et < 2,1 : Modéré.
- Score $\geq 2,1$ et < 3,5 : Actif.
- Score $\geq 3,5$: Très actif.

Références:

Lukas C, Landewe R, Sieper J, Dougados M, Davis J, Braun J, et al. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2009 Jan; 68(1):18-24.
 Van der Heijde D, et al. ASDAS, a highly discriminatory ASAS-endorsed disease activity score in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1811-8.

[\[Racine\]](#) - [\[Alphabétique\]](#) - [\[Spécialités\]](#)

Annexe 7 : Version arabe dialectale marocaine du Health Assessment Questionnaire (HAQ)

بسهولة	صعيب شوية	صعيب بزاف	ماكتقدرش
1- تلبس وتغاد حالك: واش كتقد: أ- تلبس حوايجك وتغاد الشبور دشباط وتسد الشدايف. ب- تغسل شعرك بشامبون. 2- لوقوف: واش كتقد: أ- تنوض من الكرسي. ب- تدخل الفراش وتنوض منو. 3- لعاكلا: واش كتقد: أ- تقطع لحم بالموش. ب- تهر كاش عامر حنا لقمك. ج- تمل كاطوتا دلحليب. 4- لشمسي: واش كتقد: أ- تمشي على أرض متواطية. ب- تطلع خمسة درجات. 5- اللصافة: واش كتقد: أ- تغسل وتنشف داتك. ب- تحشم فلتا ليو. ج- تجلس فيك لما وتنوض منها. 6- لوصول: واش كتقد: أ- تهبط بكرة دبال سكر (فيها 2 كيلو) من مرقع فوق راسك. ب- تخي تهر خولجك من لرض. 7- لقيبط: واش كتقد: أ- تمل باب في طومويل. ب- تمل قرة (كوفيتير) لي سبقتها تحلات. ج- تمل وتسد روبيي (زبور). 8- الانشطة: واش كتقد: أ- تدور فسوق ولخوانت وتغدي. ب- تملغ لطومويل وتهبط منها. ج- تمل شي شغل بحال لخدمة دبال داز اولاً نجرة.			

Annexe 8 : Version arabe dialectale marocaine du Bath Ankylosing Spondylitis**Functional Index (BASFI)**

Please encircle the number that shows well the degree of your ability to do activities in the last two days.

الله يخليك دور على الشرة الى كمين من ان درجة دلفرة ذلك على هاد الشغالات فيومين لي دارو.

1- To wear socks or tights without help.

1- تبس تشارك بلا عيون.

Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible

2- To bend forward and pick up from a pen from the ground without help.

2- تحي اقدم وتز سيلو من لرض بلا عيون.

Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible

3- To reach up to a high shelf without help

3- توصل لقرقع عالي بلا عيون.

Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible

4- To get up from an armless chair without using your hands or helps.

4- توشي من كرسى ما فيش جاب بلا ما نخدم بيك ولا عيون.

Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible

5- To get up from the ground without help when lying on your back.

5- توشي من لرض الا كنت ناعس على ظهرك بلا عيون.

Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible

6- To stand up ten minutes without lying down at your ease.

6- توقف فمين بلا ما نكي وتبقى مرتاج.

Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible

7- To climb 12 to 15 stairs one step on every stair without using the sides of the neither stairs nor stick.

7- تطلع 12 حال 15 درجة رجل فكل درجة بلا ما تعاون بالجانب دبال الدروج ولا بفكار.

Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible

8- To turn your head for looking up on your shoulders without turning your body.

8- تدور راسك باش تشوف فوق كفك بلا ما تدور ذاتك.

Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible

9- To do things that makes your body work (e.g. kinesitherapy, gardening or sport).

9- لدير الشغالات لي كطلب منك جهد (بحال رياضة دسيطار، تصوب جردة، دير الرياضة).

Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible

10- To spend all day working at home or at your work.

10- دور نهار كلو وتا خدام فدارك ولا فخدمك.

Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible

Annexe 9: Version arabe validée du questionnaire de la compliance en rhumatologie**(CQR)**

	English (original)	Arabic (translation)
Q1	If the rheumatologist tells me to take the medicines, I do so	إذا طلب مني طبيب أمراض المفاصل أن أتناول الأدوية، أفعل ذلك
Q2	I take my anti-rheumatic medicines because I then have fewer problems	أتناول أدوية الروماتيزم لأنه ستكون لدي مشاكل أقل.
Q3	I definitely don't dare to miss my anti-rheumatic medications	بالتأكيد، لا أجرؤ على تفويت أدوية الروماتيزم.
Q4*	If I can help myself with alternative therapies, I prefer that to what my rheumatologist prescribes	إن كنت أستطيع أن أساعد نفسي بعلاجات الطب البديل كالأعشاب أو غيرها، أفضل ذلك على ما يصفه طبيب أمراض المفاصل.
Q5	My medicines are always stored in the same place and that's why I don't forget them	يتم تخزين أدويتي دائماً في المكان نفسه، لذلك لا أنساها.
Q6	I take my medicines because I have complete confidence in my rheumatologist	أتناول أدويتي لأنني اثق تماماً بطبيبي لأمراض المفاصل.
Q7	The most important reason to take my anti-rheumatic medicines is that I can still do what I want to do	السبب الأهم لتناول أدوية الروماتيزم هو أنني أستطيع الاستمرار بفعل ما أشاء.
Q8*	I don't like to take medicine, if I can do without them, I will	لا أحب أن أتناول الأدوية، وإذا أستطيع الاستغناء عنها، سأفعل.
Q9*	When I am on vacation, it sometimes happens that I don't take my medicines	عندما أكون في اجازة، أحياناً لا أتناول أدويتي.
Q10	I take my anti-rheumatic drugs, for otherwise what's the point of consulting a rheumatologist?	أتناول أدوية الروماتيزم، وإلا ما نفع استشارة طبيب أمراض المفاصل؟
Q11*	I don't expect miracles from my anti-rheumatic medicines	لا أتوقع أن تقوم أدوية الروماتيزم بالنتائج الخارقة.
Q12	If you can't stand the medicines you might say: "throw it away, no matter what"	إذا كنت لا تستطيع أن تتحمل الأدوية، قد نقول: "ارمها بعيداً، بغض النظر عما سيحدث"
Q13	If I don't take my anti-rheumatic medicines regularly, the inflammation returns	إذا لم أتناول أدوية الروماتيزم بانتظام، يعود الالتهاب

Annexe 10 : Version arabe dialectale marocaine du questionnaire sur la confiance des patients envers leur médecin (TPS)

مقياس ثقة المريض بالطبيب ديالو				
مكنضش أن الطبيب دياي كيهتم بيا كشخص طبيب دياي كيغطي أولوية للإحتياجات دياي كنتيق فطبيب دياي بزاف لدرجة اني كنحاول ديما نتبع النصائح ديالو إلى قالي طبيب دياي شي حاجة يعني انها صحيحة شي مرات ما كنتيقش فالرأي ديال طبيب دياي وكنقلب على رأي طبيب آخر كنتيق فالقرارات ديال طبيب دياي فيما يخص العلاج دياي كنحس بأن الطبيب دياي مكيديرش معايا كاع داكشي لي خاصو يدير فيما يخص العلاج دياي كنتيق بأن الطبيب دياي فاش كيداويني كيحط إحتياجاتي الطبية فوق أي إعتبار الطبيب دياي خبير فالحالات الصحية لي بحال دياي إذا الدار شي خطأ في العلاج دياي كنتيق ان الطبيب دياي يقولها لي شي مرات كنخاف الطبيب دياي ما يخلش داكشي لي كنقولو بيناتنا				
متفق تماما=5	متفق=4	محايد=3	ممتفقش=2	ممتفقش تماما=1

Annexe 11 : Version arabe dialectale marocaine du questionnaire du catastrophisme lié à la douleur (PCS)

ملي كيكون فيا الحريق

كنبقا خايف واش هاد الحريق مغاديش يسالي

كنحس انني مانقدرش نزيد نصبر

حريق بزاف، كنظن معمرو مغينقص

هدشي صعيب بزاف و كنحس بيه كيغلبنني

كنحس بلي منقدرش نتحملو كتار من هاكدا

كنخاف عنداك يتزاد عليا الحال

كانبقا كانفكر فشي اوقات صعيبة دازت عليا

كنبقا مقلق و خصني غير فوقاش الحريق يمشي بحالو

ماكانقدرش نزولو من بالي

كانبقا نفكر فهاد الالم و شحال كيحرقني

كنبقا نفكر فشحال انا باغي هاد الحريق يحبس

مكاينش شي حاجة لي نقدر نديرا باش نخفف من الشدة ديال الحريق

كنفكر واش كايينة شحاجة خطيرة تقدر توقع

مكاينش هادشي : 0

كاين نادرا : 1

كاين مرة مرة : 2

كاين بزاف : 3

كاين دائما : 4

Serment régissant la profession médicale

Le serment régissant la profession médicale

La déclaration de Genève

EN QUALITÉ DE MEMBRE DE LA PROFESSION MÉDICALE

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

JE CONSIDÉRERAI la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

JE RESPECTERAI l'autonomie et la dignité de mon patient ;

JE VEILLERAI au respect absolu de la vie humaine ;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiles, même sous la contrainte ;

JE FAIS CES PROMESSES sur mon honneur, solennellement, librement.

قسم الطبيب

اقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها، في كل الظروف والأحوال باذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والخاطئ، والصديق والعدو.

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

وأن أوقر من علمي، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايقي، نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد.