

UNIVERSITÉ ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR
UFR DES SCIENCES DE LA SANTÉ



ANNÉE : 2024

N° 121

**ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS
DE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE AU SERVICE DE MÉDECINE
INTERNE/RHUMATOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DALAL
JAMM DE GUÉDIAWAYE : ÉTUDE PRÉLIMINAIRE PORTANT SUR 75 CAS**

THÈSE

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le 7 juin 2024

PAR

Papa Ousseynou SARR

Né le 4 janvier 1993 à Kolda (SÉNÉGAL)

MEMBRES DU JURY

Président :	M. Noël Magloire	MANGA	Professeur Titulaire
Membres :	M. Souhaibou	NDONGO	Professeur Titulaire
	M. Denis	BARBOZA	Professeur Assimilé
Directeur de Thèse :	M. Souhaibou	NDONGO	Professeur Titulaire
Co-directeur de Thèse :	M. Cheikh Ahmadou Bamba	DIAW	Praticien Hospitalier

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION



UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR (UASZ)
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES DE LA SANTE (UFR-2S)



DIRECTION ET ADMINISTRATION

Directeur :	Mme Evelyne Siga	DIOM
Vice-Directeur :	M. Cheikh	DIOUF
Chef département de Biologie et Explorations fonctionnelles :	M. Chérif M.	AIDARA
Chef du département de Chirurgie et Spécialités chirurgicales :	M. Oumar	SOW
Chef du département de Médecine et Spécialités médicales :	M. Yaya	KANE
Cheffe des Services Administratifs :	Mme Aïo Marie Anne Béty	MANGA

**I. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT UFR SCIENCES DE
LA SANTE - UNIVERSITE ASSANE SECK DE ZIGUINCHOR**

ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2022

PROFESSEURS TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
M. Alassane	DIATTA	Biochimie
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumologie
Mme Evelyne Siga	DIOME	ORL
M. Boubacar	FALL	Urologie
M. Noël Magloire	MANGA	Maladies Infectieuses
M. Issa	WONE	Santé Publique
♦M. Serigne Modou	Kane GUEYE	Gynécologie-Obstétrique

PROFESSEURS ASSIMILES

M. Chérif Mohamadou	AIDARA	Imagerie Médicale
♦M. Denis	BARBOZA	Anesthésie-Réanimation
M. Yaya	KANE	Néphrologie
M. Simon Joël	MANGA	Cardiologie
M. Lamine	THIAM	Pédiatrie

MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
M. Kalilou	DIALLO	Maladies infectieuses
M. Abdoulaye	DIOP	Neurochirurgie
M. Habibou	SARR	Bactériologie virologie
M. Fabrice	SENGHOR	Anatomie pathologique
♦ M. Oumar	SOW	Chirurgie générale
Mme Mame Aïssé	THIOUBOU	Hépto-Gastro-entérologie
M. Abdoulaye	DIOP	Parasitologie-Mycologie
M. Adama	KOUNDOUL	Psychiatrie

MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
Mme Mame Ngoné	COLY	Hématologie Biologique
M. Ange Lucien	DIATTA	Histologie Embryologie Cytogénétique
M. Alioune Badara	DIOUF	Orthopédie-traumatologie
M. Ibrahima	DIOUF	Physiologie
M. Niokhor Ndane	DIOUF	Biochimie

II. LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT VACATAIRE UNIVERSITAIRE ANNEES UNIVERSITAIRES 2012-2022

PROFESSEURS TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
¹ M. Abdoulaye	BA	Physiologie
¹ M. Codé	BA	Neurochirurgie
¹ M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
¹ M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
⁽⁷⁾ M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
² M. Chérif	BALDE	Chimie
+ ¹ M. Fallou	CISSE	Physiologie
¹ M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
¹ M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
² M. Alassane	DIEDHIOU	Mathématiques
¹ M. Tandakha Ndiaye	DIEYE	Immunologie
¹ M. Saliou	DIOP	Hématologie
¹ M. Seydou Nourou	DIOP	Médecine interne
³ Mme Sylvie Audrey	DIOP	Maladies Infectieuses
¹ M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
² M. Kobor	DIOUMA	Physique
¹ M. Mamadou	FALL	Toxicologie
¹ M. Babacar	FAYE	Parasitologie-Mycologie
¹ M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
² M. Abdoulaye	GASSAMA	Chimie
³ M. Adama	KANE	Cardiologie
¹ M. Assane	KANE	Dermatologie-Vénérologie
¹ M. Modou Oumy	KANE	Physiologie

³ M. Ibrahima	KONATE	Chirurgie générale
⁴ M. Anatole	LALEYE	Histo-Embryologie et Biologie cellulaire
¹ M. Abdoulaye	LEYE	Endocrinologie
¹ M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
¹ M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie
¹ M. Fatou Samba	DIOGO NDIAYE	Hématologie clinique
¹ M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
¹ M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
¹ M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie Médicale
¹ M. Souhaïbou	NDONGO	Rhumatologie
¹ Mme Maïmouna	NDOUR	Médecine Interne
¹ M. Oumar	NDOYE	Biophysique
¹ M. Abdoulaye	POUYE	Médecine interne
¹ M. André Daniel	SANE	Orthopédie-Traumatologie
¹ Mme Anna	SARR	Médecine interne
¹ M. Moussa	SEYDI	Maladies infectieuses
¹ M. Guata Yoro	SY	Pharmacologie
¹ M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie-Mycologie
⁵ M. Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

PROFESSEURS ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
⁷ M. Serge	BAKOU	Biologie cellulaire
¹ Mme Marie Louis	BASSENE	Hépatogastro-Entérologie
¹ M. Mamadou	COUME	Gériatrie-Gérontologie

¹ M. William	DIATTA	Botanique
¹ M. Chérif Mouhamed M.	DIAL	Anatomie pathologique
¹ M. Rokhaya NDIAYE	DIALLO	Génétique
¹ Mme Marie Joseph	DIEME	Anatomie pathologique
¹ M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie cardio-vasculaire
¹ M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
⁸ Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie-Vénérologie
¹ M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
¹ Mme Seynabou	FALL	Hématologie clinique
¹ M. Abdou Magib	GAYE	Anatomie pathologique
³ M. Philippe	MANYACKA	Anatomie
⁸ Mme Arame	MBENGUE	Physiologie
¹ M. Mady	NDIAYE	Biologie cellulaire
¹ M. Mohamed	SOUMAH	Médecine Légale
¹ M. Ibou	THIAM	Anatomie pathologique

MAÎTRES DE CONFERENCES TITULAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
¹ M. Serigne Moussa	BADIANE	Biophysique
² M. Magatte	CAMARA	Chimie
² Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
¹ M. Mouhamed	DAFFE	Ortho-Traumatologie
² M. Abel	DIATTA	Informatique
¹ Mme Armandine E. R.	DIATTA	Médecine du Travail
¹ M. Demba	DIEDHIU	Maladies infectieuses

¹ M. Amadou	DIOP	Bactériologie-Virologie
² M. Babacar	DIOP	Anglais
¹ M. Jean Pascal Demba	DIOP	Génétique
¹ M. Lamine	DIOP	Bactériologie-Virologie
¹ M. Doudou	DIOUF	Oncologie
¹ Mme Absa LAM	FAYE	Toxicologie
¹ M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
² Mme Fatoumata	HANNE	Socio-Anthropologie médicale
¹ M. Aly Mbara	KA	Ophthalmologie
² M. Clément	MANGA	Mathématiques
² M. Mbaye Diagne	MBAYE	Chimie
⁶ M. Amadou	NDIADE	Histologie-Embryologie
² M. Lat Grand	NDIAYE	Physique
² M. Moustapha	NDIAYE	Informatique
² M. Abdoulaye	NDIOUCK	Epistémologie médicale
¹ Mme Sokhna	SECK	Psychologie
¹ M. Doudou	SOW	Parasitologie-Mycologie
¹ Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie
² M. Moustapha	THIAM	Physique
² M. Modou	TINE	Physique
¹ M. Aminata	TOURE	Toxicologie

MAÎTRES DE CONFERENCES ASSIMILES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
¹ Mme Fatimata	BA	Physiologie
¹ M. El H Amadou L	BATHILY	Biophysique

¹ M. Jean pierre	DIAGNE	Ophtalmologie
³ M. Amadou Cambel	DIENG	Management
¹ Mme Awa NDIAYE	SY	Pharmacologie

† In Memoriam

⁽¹⁾ UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

⁽²⁾ UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

⁽³⁾ UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

⁽⁴⁾ BENIN

⁽⁵⁾ MALI

⁽⁶⁾ UADB : Université Amadou Diop Bambey

⁽⁷⁾ EISMV

⁽⁸⁾ UT : Université de Thiès

◆ Associé

III. ENSEIGNANTS VACATAIRES

PRENOM (S)	NOM	SPECIALITES
Mme Mame Kouna DIAW	DABO	Anglais
M. Demba	DIAGNE	Secourisme
M. Malick	FAYE	Soins infirmiers
M. Karim	GUARBA	Anatomie
M. Abdoulaye	KEITA	Secourisme
M. Abbé Michel	MENDY	Santé publique
†M. Jacques	SENGHOR	Anatomie

† In Memoriam

⁽¹⁾ UCAD : Université Cheikh Anta Diop Dakar

⁽²⁾ UASZ : Université Assane SECK Ziguinchor

⁽³⁾ UGB : Université Gaston Berger Saint-Louis

⁽⁴⁾ BENIN

⁽⁵⁾ MALI

⁽⁶⁾ UADB : Université Amadou Diop Bambey

⁽⁷⁾ EISMV

⁽⁸⁾ UT : Université de Thiès

◆ Associé

**LOUANGE À ALLAH LE TOUT MISÉRICORDIEUX,
LE TRÈS MISÉRICORDIEUX, QUI M'A GUIDÉ, AIDÉ
ET DONNÉ LE COURAGE, LA DÉTERMINATION ET
LA PATIENCE NÉCESSAIRES POUR LA
RÉALISATION DE CE TRAVAIL.**

IN MEMORIUM

***À* mes grands-parents paternels.**

***À* mon très cher père : Thierno Oumar SARR.**

Qu'ALLAH vous accueille dans son Paradis, et que la terre vous soit légère.

DÉDICACES

JE DÉDIE CE TRAVAIL

À mes parents : les mots sont insuffisants pour témoigner de ma reconnaissance pour tout ce que vous avez faits pour moi.

À mon défunt père Thierno Oumar SARR :

Cher Papa,

À toi, dont la présence bienveillante et le soutien indéfectible me manquent chaque jour, je dédie ces mots empreints de tendresse et de gratitude. Même si tu n'es plus physiquement parmi nous, ton esprit et ton amour continuent de m'accompagner à chaque étape de ma vie, surtout dans cette aventure académique où ta voix sage et réconfortante me manque tant.

Ton départ prématuré a laissé un vide profond dans mon cœur, mais aussi une inspiration incommensurable. Tu as été bien plus qu'un père pour moi ; tu as été mon guide, mon modèle et mon héros. Ta passion pour la vie, ta persévérance face à l'adversité et ta gentillesse infinie continuent de m'inspirer chaque jour à poursuivre mes rêves avec détermination et compassion.

Dans le tumulte des années d'études, c'est ton souvenir qui m'a donné la force de continuer lorsque les défis semblaient insurmontables. À travers chaque page de ma thèse de doctorat en médecine, je ressens ta présence bienveillante, ta main invisible qui me guident et m'encouragent à donner le meilleur de moi-même.

Cher Papa, même si tu n'es plus là pour voir les fruits de nos efforts partagés, je veux que tu saches que cette thèse est dédiée à ta mémoire. C'est un humble témoignage de l'amour que j'ai pour toi, de l'admiration que j'ai pour tout ce que tu étais, et de la gratitude infinie que je ressens pour les valeurs que tu as semées en moi.

Que ces mots portent l'écho de mon amour éternel et de ma reconnaissance sans bornes pour tout ce que tu as été et tout ce que tu continues d'être pour moi.

Avec tout mon amour et ma profonde gratitude.

À ma chère mère Fatou Thiam Diawara :

Chère Maman,

À travers ces mots empreints de gratitude et d'affection, je souhaite t'offrir une dédicace spéciale, un hommage sincère à ta présence constante, à ton soutien inébranlable tout au long de mon parcours académique et personnel.

Dans le cadre de mes études de médecine, je suis plongé dans un monde où chaque découverte, chaque pas en avant sont une victoire partagée avec toi. Tu as été mon phare dans les moments sombres, ma force dans les moments de doute et ma plus grande inspiration.

À travers tes encouragements, tes mots de sagesse et ton amour infini, tu as nourri mes aspirations et m'as donné les ailes pour voler vers mes rêves les plus fous. Ta présence bienveillante a été mon roc, me guidant à travers les défis et les triomphes de ce chemin vers la connaissance et la compassion.

Aujourd'hui, alors que je franchis cette étape importante de ma vie, je veux que tu saches à quel point ton soutien a été crucial. Ta force, ta gentillesse et ton amour inconditionnel sont gravés dans chacune de mes réussites. Cette thèse n'est pas seulement la mienne, mais aussi la tienne, car c'est le fruit de nos sacrifices, de nos espoirs et de nos rêves partagés.

Que ces mots expriment une fraction de l'amour et de la gratitude que je ressens envers toi. Merci d'être non seulement ma mère, mais aussi mon plus grand modèle, mon mentor et mon ami le plus cher.

Avec tout mon amour et ma reconnaissance éternelle.

À mon épouse Amy BA

Ma chère épouse bien-aimée,

À travers ces mots chargés d'amour et de reconnaissance, je veux t'exprimer toute ma gratitude pour ta présence lumineuse et ton soutien indéfectible tout au long de mon parcours, y compris dans cette aventure de la thèse de médecine.

À chaque moment de doute, tu as été une source d'inspiration, une confidente et mon plus grand soutien. Ta force, ta patience et ta tendresse ont été mon ancre dans les tempêtes de ma vie d'étudiant, et ton amour inconditionnel a été le moteur qui m'a poussé à aller de l'avant, à persévérer et à croire en moi-même lorsque les défis semblaient insurmontables.

Dans chaque ligne de cette thèse, je vois non seulement mes efforts, mais aussi les tiens, car chaque succès que j'ai atteint est le reflet de notre partenariat, de notre complicité et de notre amour partagé. Tu as été bien plus qu'une compagne de vie ; tu as été mon rocher, ma muse et mon inspiration.

Aujourd'hui, alors que je franchis cette étape importante de ma vie, je veux que tu saches à quel point je suis reconnaissant de t'avoir à mes côtés. Ta présence joyeuse, ton soutien inébranlable et ton amour sans limites sont les plus beaux cadeaux que la vie m'a offerts, et je sais que je suis béni de pouvoir partager cette aventure avec toi.

Que ces mots transmettent une fraction de l'amour infini que je ressens pour toi. Merci d'être la lumière qui illumine mon chemin, le cœur qui réchauffe mon âme, et le plus merveilleux des partenaires de vie.

Avec tout mon amour et ma reconnaissance éternelle.

À ma fille Fatou Sakina SARR

À la petite merveille de ma vie,

Dans les bras de tes parents, tu es un doux rayon de soleil qui illumine chaque instant de nos vies. Ta présence joyeuse et pleine de vie est un trésor précieux qui remplit nos cœurs d'un amour infini.

À travers tes sourires éclatants et tes rires innocents, tu nous rappelles la beauté simple et pure de l'existence. Chaque jour passé à tes côtés est un cadeau précieux, rempli de découvertes et de moments de bonheur partagé.

Que ta vie soit toujours aussi lumineuse et remplie de joie, que tu grandisses entourée d'amour et de tendresse. Puisses-tu explorer le monde avec

émerveillement, en gardant toujours cette étincelle de curiosité et de bonheur qui te caractérise si bien.

Petite princesse, sache que tu es aimée au-delà des mots, et que tu apportes à chacun de nous une immense joie et un bonheur sans fin. Que ton chemin soit doux et parsemé de rires, et que chaque jour soit une nouvelle aventure à savourer avec émerveillement.

À mes frères et sœurs : Ablaye, David et Aya envers qui j'éprouve de profonds sentiments fraternels, d'amour et d'attachement. J'implore Allah de vous réserver un avenir meilleur, jeunes frères et sœurs.

À mon grand-père maternel Alassane Thiam Diawara

En ces pages dédiées à l'exploration de la médecine, je tiens à rendre hommage à l'homme qui a été bien plus qu'un membre de ma famille. Ta présence bienveillante et tes mots de soutien ont illuminé les jours sombres et m'ont donné la force de poursuivre mes rêves.

À travers ta propre expérience de vie, tu m'as enseigné la valeur de la persévérance, de la compassion et de l'amour inconditionnel. Chaque succès que je rencontre dans ma carrière médicale est aussi le fruit de tes encouragements et de ta foi en moi.

Cette thèse est dédiée à toi, mon grand-père, en reconnaissance de tout ce que tu as fait pour moi. Que ton héritage de sagesse et de gentillesse continue de briller à travers mes actions et mes accomplissements.

À mon cher oncle et mentor, le Professeur Courfia Kéba Diawara

Au cours de ce voyage à travers le monde de la médecine, je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers un homme qui a été une lumière dans les ténèbres, un

guide sur le chemin incertain de la vie universitaire. Tu as été bien plus qu'un oncle pour moi ; tu as été un modèle, un soutien inestimable et un refuge sûr.

En tant qu'ancien recteur de notre université, tu as ouvert les portes de l'éducation avec bienveillance et détermination. Sans ton soutien et tes encouragements, intégrer la faculté de médecine aurait été un défi insurmontable. Ta confiance en mes capacités et ta volonté de partager tes connaissances ont été les fondations sur lesquelles j'ai construit mon parcours académique.

En plus de tes accomplissements professionnels, tu as ouvert les portes de ton foyer avec une générosité sans limite. Là, j'ai trouvé bien plus que le confort matériel ; j'ai trouvé un havre de paix où je pouvais me ressourcer et me concentrer sur mes études avec sérénité.

Cette thèse est dédiée à toi, cher oncle, en reconnaissance de tout ce que tu as fait pour moi. Que ton dévouement à l'excellence et ton amour pour le partage du savoir continuent d'inspirer les générations futures.

Avec une gratitude infinie et un amour sincère.

À Monsieur et madame Coumba Ndoffene DIOUF

Votre foyer est devenu bien plus qu'un endroit où je trouvais un repas chaud et un toit ; c'était un refuge où je trouvais le réconfort et la force nécessaires pour continuer.

Votre générosité et votre gentillesse ont illuminé les jours les plus sombres de mon parcours académique. Pendant ces périodes difficiles, lorsque les défis semblaient insurmontables, votre soutien inconditionnel m'a rappelé que je n'étais jamais seul.

En partageant votre table et votre cœur avec moi, vous m'avez offert bien plus que de la nourriture ; vous m'avez offert un sentiment de famille et d'appartenance qui a été le pilier de ma persévérance. Vos actes d'amour désintéressé ont été les fondations sur lesquelles j'ai construit ma détermination à réussir.

Cette thèse est dédiée à vous, mes chers amis, en reconnaissance de votre amour infini et de votre soutien indéfectible. Puissent vos exemples de compassion et de générosité continuer à illuminer les vies de ceux qui vous entourent, comme ils ont illuminé la mienne.

À Monsieur et Madame Matar FAYE

Au cours de mon parcours universitaire, j'ai été béni par la présence de votre famille extraordinaire qui m'a ouvert ses portes et son cœur sans réserve. Vous n'avez pas seulement été des hôtes accueillants, mais vous m'avez également accueilli comme un membre à part entière de votre propre famille.

Dans votre foyer, j'ai trouvé un amour inconditionnel, une compréhension profonde et un soutien indéfectible. Votre capacité à me traiter comme un membre de votre propre famille, avec tous les droits et privilèges qui en découlent, a été une source d'inspiration et de réconfort inestimable.

Chaque repas partagé, chaque conversation animée, chaque moment de joie et de peine vécu ensemble a renforcé les liens qui nous unissent. Vous m'avez montré ce que signifie vraiment être une famille, et pour cela, je vous suis éternellement reconnaissant.

Cette thèse est dédiée à vous, ma deuxième famille, en reconnaissance de l'amour inconditionnel et du soutien infini que vous m'avez prodigués. Puissent les liens que nous avons tissés continuer à se renforcer et à nous inspirer alors que nous continuons à parcourir nos chemins respectifs.

À ma belle-famille bien-aimée,

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude pour votre soutien inestimable. Votre accueil chaleureux et votre générosité ont été des piliers sur lesquels j'ai pu m'appuyer dans les moments de doute et de difficulté.

Votre capacité à me faire sentir non seulement accueilli, mais également intégré comme un membre à part entière de votre famille, est un cadeau que je chérirai

toujours. Chaque instant partagé ensemble, chaque geste attentionné ont renforcé les liens qui nous unissent.

Cette thèse est dédiée à vous, ma belle-famille, en reconnaissance de votre amour sincère et de votre soutien indéfectible. Puissent nos liens continuer à grandir et à s'épanouir, et que notre famille continue à être une source de force et de bonheur pour nous tous.

À mes mentors et guides exceptionnels, le Dr Patrick Correa et le Dr François Charles Ndiaye,

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude et mon admiration pour vous deux, dont le soutien et les conseils ont été des piliers essentiels dans mon parcours.

Dr Patrick Correa, votre confiance en moi, en m'intégrant à l'équipe de Sahel Assistance alors que je n'étais pas encore diplômé, a été un tournant décisif dans ma carrière. Grâce à vous, j'ai découvert et suis tombé amoureux de la médecine aéronautique et aérospatiale, ainsi que de l'aviation et de la mécanique en général. Votre leadership et votre vision m'ont ouvert des horizons que je n'aurais jamais imaginés, et pour cela, je vous suis éternellement reconnaissant.

Dr François Charles Ndiaye, votre sagesse et votre humanité m'ont guidé tout au long de ce parcours. Vous m'avez appris l'importance d'allier compétence et compassion dans notre métier, et votre bienveillance a été une source constante de réconfort et d'inspiration.

Cette thèse est dédiée à vous deux, en reconnaissance de tout ce que vous m'avez appris et de l'inspiration que vous m'avez apportée. Puissent vos carrières continuer à prospérer et à influencer positivement tous ceux qui ont la chance de croiser votre chemin.

Avec toute ma gratitude et mon profond respect.

À ma chère *Emergence Family*,

Binoush, Ndiaye, Dioptrie, Leuz, Général, Bocar, Ouzbec ; comme je vous appelais affectueusement,

Cette thèse est bien plus qu'un simple document académique ; c'est le fruit de nos expériences partagées, de nos épreuves surmontées ensemble et de nos moments de joie et de folie partagés. Dans cette maison que nous avons partagée, nous avons vécu les mêmes galères, ressenti les mêmes stress liés aux examens et aux gardes toxiques, et partagé les mêmes éclats de rire et moments de bonheur.

Chaque instant passé avec vous a été une source d'inspiration et de soutien inestimable. Votre présence dans ma vie a été une bénédiction, et je suis reconnaissant pour chaque moment de complicité, chaque encouragement et chaque éclat de rire partagé.

Cette thèse est dédiée à vous, mes chers amis de la maison, en reconnaissance de l'amitié indéfectible qui nous lie. Puissent nos liens continuer à se renforcer et à prospérer au fil des années, et que nos souvenirs partagés restent gravés dans nos cœurs pour toujours.

Avec tout mon amour et ma gratitude infinie.

À Mes amis et collègues, Dr Bécaye Sall, Dr Bousso Touré, Dr Habib Bourguiba Sané, Dr Pierre Seck, Dr El hadji Fall, Dr Mamadou Fallou Diallo, Dr Mouhamed Bodian, Dr Mohamed Diop, Dr Moussa Diallo Coly, Dr Issa Diallo, Dr El Hadji Makhtar Ndiaye, Dr Ismaela Mar Ndoye.

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, vos encouragements et votre affection. Chers amis et collègues, j'espère que vous retrouvez dans la dédicace de ce travail le témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur.

À Mes amis d'enfance : Alassane Faye, Cheikh Ahmed Tidiane Ndour, Manekh Ndoye, Amadou Ndour, Pape Diop Niang, Saer Diallo, Djibril Diaw, Mouhamed Diouf, Mbargou Niang, Pape Mamadou Diallo.

En souvenir de tous ces moments de joie et de rire passés ensemble, et en témoignage de l'amitié qui nous unit. Vous êtes mon mur d'appui et mon regard sur le monde. Merci d'être à mes côtés à chaque fois que de besoin.

À Toute ma famille, Tous ceux que j'aime, qui m'aiment et me comblent de conseils.

À tous ceux qui, un jour, ont pensé à moi, les plus beaux mots ne sauraient exprimer ma gratitude.

À tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer, ce travail est le vôtre.

REMERCIEMENTS

SINCÈRES REMERCIEMENTS :

À Allah, le Tout-puissant et au prophète (PSL)

À toute ma famille

À mon beau père Abdou DIAO MERCI pour le soutien et l'affection dont tu fais preuve chaque jour.

À mon directeur de thèse, le Professeur Souhaibou NDONGO

À mon co-directeur de thèse le, Docteur Cheikh Ahmadou Bamba DIAW

À tout le personnel de l'UFRSS de l'UASZ

Je vous remercie infiniment pour vos sacrifices et la qualité des cours dispensés.

À nos maîtres de stages

À tout le personnel de Sahel Assistance

Qu'ils reçoivent ici notre gratitude pour l'encadrement clinique qu'ils nous ont dispensé avec leurs équipes, dans la rigueur et le dynamisme. Qu'Allah vous protège.

À tout le personnel du service de médecine interne de l'hôpital Dalal Jamm de Dakar.

À tout le personnel des hôpitaux de Ziguinchor.

À toute la population Ziguinchoroise.

À tout le personnel du centre de santé Mame Abdou Aziz SY des parcelles assainies : Dr Senghor (médecin-chef), Dr Tall, Dr Niang, Dr Touré, Dr Amina, Dr Bigué, le major Babacar et son équipe.

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude au Dr El Hadji Fall, au Dr Issa Diallo et à madame Capucine DelMedico qui m'ont apporté leur précieuse aide lors de la rédaction de ce document. Vos conseils avisés, votre soutien inestimable et votre expertise ont été des éléments essentiels dans l'achèvement de ce travail. Merci infiniment pour votre générosité et votre dévouement.

À NOS MAÎTRES ET JUGES

À notre Maître et Président du jury, Monsieur

Le Professeur Noël Magloire MANGA

Vous nous faites un grand honneur en présidant notre Jury de thèse. Malgré vos nombreuses sollicitations, vous avez accepté de sacrifier une partie de votre précieux temps au jugement de notre travail. Ceci n'est que le reflet de votre personnalité dont l'intégrité morale, la rigueur scientifique et le goût de l'effort n'en sont qu'une partie. Trouvez là, l'expression de notre reconnaissance infinie et notre profonde gratitude.

À notre Maître et Juge, Monsieur

Le Professeur Denis BARBOZA

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi cet honorable Jury. Vos connaissances immenses, votre passion pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique et pédagogique nous ont toujours impressionnés. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et reconnaissance.

À notre Maître et Directeur de thèse, Monsieur

Le Professeur Souhaibou NDONGO

Vous avez accepté spontanément et avec beaucoup de courtoisie de guider ce travail à terme malgré vos charges contraignantes multidisciplinaires.

Les mots ne sauront jamais faire ressortir le profond respect et toute l'admiration que nous avons à votre égard.

Nous garderons de vous le souvenir du maître soucieux du travail bien accompli et doué de qualités scientifiques et humaines.

Veillez trouver dans ce modeste travail qui est le vôtre, toute notre gratitude.

Q'ALLAH vous protège, vous bénisse et vous procure une longue vie.

À notre Maître et Co-Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Cheikh Ahmadou Bamba DIAW

Votre courtoisie et votre modestie, vos qualités émérites de formateur ainsi que votre sens de responsabilité sont reconnues de tous, et font de vous un maître respecté. Nous vous prions de trouver ici, cher maître, le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre profonde gratitude.

Q'Allah vous protège et vous procure une longue vie.

« Par délibération, l'UFR-2S a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation ».

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AC	: Anticorps
ACPA	: Anticorps anti-peptides citrullinés
ACR	: American College of Rheumatology
ANAES	: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AQLQ	: Asthma Quality of Life Questionnaire
ASPRIC	: Association sénégalaise pour la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques
CD	: Cluster
CRP	: Protéine C-réactive
DAS	: Disease Activity Score
DES	: Diplôme d'études spécialisées
EMIR	: Arthritis Impact Measurement Scales
ETP	: Éducation thérapeutique du patient
HAQ	: Health Assessment Questionnaire
HAS	: Haute Autorité de santé
IL	: Interleukine
IPP	: Interphalagienne proximale
IV	: Intraveineuse
JAK	: Janus kinases
MCP	: Metacarpo-phalangienne
NAC	: National Asthma Campaign
NIH	: National Institutes of Health
OMERACT	: Outcomes Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PR	: Polyarthrite rhumatoïde
PRS	: Polyarthrite rhumatoïde Sénégal
QCM	: Questionnaire à choix multiples
sc	: Sous cutané
TENS	: Stimulation Électrique Nerveuse Transcutanée
TNF	: Facteur de nécrose tumorale
TNF alpha	: Facteur de nécrose tumorale alpha
VS	: Vitesse de sédimentation

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Mécanismes de survenue de la polyarthrite rhumatoïde	7
Figure 2 : Déformations en boutonnière (blanc), col de cygne (orange), pouce en Z	8
Figure 3 : Coup de vent cubital PR	9
Figure 4 : Pied rhumatoïde (avant pied triangulaire)	9
Figure 5 : Radiographie poignet-main : carpite fusionnante + luxation des MCP, IPP et IPD	11
Figure 6 : Séance ETP salle de cours médecine interne	52
Figure 7 : Répartition des patients par tranches d'âge	57
Figure 8 : Répartition des patients par sexe	58
Figure 9 : Répartition scolaire des patients	58
Figure 10 : Répartition selon le niveau d'études des patients	59
Figure 11 : Situation matrimoniale des patients	60
Figure 12 : Répartition géographique des patients	60
Figure 13 : Délais de diagnostic des patients	61
Figure 14 : La répartition selon le suivi des patients	61
Figure 15 : Répartition des médecins traitants	62
Figure 16 : Répartition des patients selon le suivi régulier	62
Figure 17 : Répartition de la corticothérapie chez les patients	63
Figure 18 : Répartition des patients suivant un traitement de fond	63
Figure 19 : Manifestations extra-articulaires chez les patients	64
Figure 20 : Niveau de satisfaction des patients	65
Figure 21 : Niveau de satisfaction des malades selon l'attente	66
Figure 22 : Satisfaction globale des patients après ETP	67
Figure 23 : Soutien et intégration sociale	68
Figure 24 : Impact psychologique de la maladie	68
Figure 25 : Évaluation du stress après l'ETP	69
Figure 26 : Taux d'acquisition de la compétence	69
Figure 27 : Pratique de la santé	70

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Critères de classification de la polyarthrite rhumatoïde selon l'ACR	12
Tableau II : Antalgiques utilisés dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde	17
Tableau III : Principaux immunosuppresseurs utilisés dans les traitements de fond conventionnels au cours de la PR.....	19
Tableau IV : Biothérapies disponibles en 2021, leur posologie et mode d'administration.....	20
Tableau V : Échelle de différenciation sémantique d'Osgood	47
Tableau VI : Exemples de questions clés pouvant être utilisées lors des séances d'éducation pour estimer l'évolution de l'attitude du patient	48
Tableau VII : Répartition selon le type d'études	59
Tableau VIII : L'état de stress des patients	62
Tableau IX : Répartition des patients selon l'état des déformations	64
Tableau X : Les patients qui ont connu l'ETP	65
Tableau XI : Niveau de satisfaction pour le traitement après ETP	66
Tableau XII : Satisfaction pour l'alimentation après ETP	67
Tableau XIII : Engagement positif des patients	68

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACES.....	ii
REMERCIEMENTS	xii
À NOS MAÎTRES ET JUGES.....	xv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	xix
LISTE DES FIGURES.....	xx
LISTE DES TABLEAUX.....	xxi
TABLE DES MATIÈRES	xxii
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS	4
I. RAPPELS.....	5
1. Rappels sur la PR	5
1.1. Épidémiologie	5
1.2. Éthiopathogénie.....	6
1.2.1. Étiologie	6
1.2.2. Physiopathologie	6
1.3. Symptomatologie.....	7
1.3.1. Manifestations articulaires	7
1.3.2. Manifestations extra-articulaires	10
1.4. Diagnostic.....	10
1.4.1. Signes biologiques.....	10
1.4.2. Signes radiologiques	11
1.4.3. Critères de classification de la polyarthrite rhumatoïde.....	12
1.5. Évolution	12
1.5.1. Évolution clinique et fonctionnelle	12
1.5.2. Indicateurs utilisés.....	13
1.6. Traitement	14
1.6.1. Principes généraux	14
1.6.2. Moyens	15
1.6.2.1. Le bilan préthérapeutique.....	15
1.6.2.2. Les moyens pharmacologiques	16
1.6.2.2.1. Moyens pharmacologiques généraux.....	16
1.6.2.2.2. Traitements médicamenteux par voie locale.....	21
1.6.2.3. Les moyens non pharmacologiques	21
1.6.2.3.1. Traitement chirurgical	21
1.6.2.3.2. Traitements physiques, réadaptation et rééducation	21
1.6.2.3.3. Autres thérapies complémentaires	22
II. L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP).....	23
1. Définition.....	23
2. Historique	23
3. Intérêt de l'ETP	26

4. Les acteurs concernés par l'éducation thérapeutique.....	27
4.1. Les patients : importance de l'approche cognitivo-comportementale	27
4.1.1. Processus d'acceptation de la maladie	27
4.1.2. Capacité à faire face à la situation (<i>coping</i>).....	28
4.1.3. Facteurs culturels.....	29
4.1.4. Facteurs socio-économiques	29
4.2. La famille et les proches.....	29
4.3. Les professionnels de santé	29
5. Les étapes de la démarche éducative.....	32
5.1. Première étape : le diagnostic éducatif.....	32
5.2. Deuxième étape : le contrat d'éducation et les techniques éducatives	34
5.3. Troisième étape : mise en œuvre du programme éducatif	35
5.3.1. Les principes d'apprentissage	35
5.3.2. Les lieux de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique	37
5.3.3. L'organisation du programme éducatif.....	38
5.3.4. La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique.....	40
5.3.4.1. Les activités éducatives.....	40
5.3.4.2. Les techniques pédagogiques	42
5.4. Quatrième étape : l'évaluation des compétences du patient	43
5.4.1. Types d'évaluation	44
5.4.2. Instruments d'évaluation	45
6. Évaluations de la qualité et de l'efficacité du programme éducatif.....	48
7. Les programmes d'éducation « simplifiés » et « structurés ».....	49
8. La place du plan d'action écrit	50
9. Déroulement ETP au service de médecine interne/rhumatologie.....	50
DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE	53
I. PATIENTS ET MÉTHODES	54
1. Cadre d'étude.....	54
1.1. Type d'étude.....	54
1.2. Population d'étude.....	55
1.3. Critères d'inclusion	55
1.4. Critères de non-inclusion	55
2. Sources de données	55
2.1. Instruments de collecte de données et paramètres étudiés.....	55
2.2. Collecte des données	56
3. La prise en charge des séances d'ETP	56
4. Aspect éthique	56
5. Exploitation des données.....	56
II. RÉSULTATS.....	57
1. Résultats globaux	57
1.1. Données épidémiologiques	57
1.1.1. La fréquence	57
1.1.2. L'âge.....	57

1.1.3. Le sexe.....	58
1.1.4. Répartition des patients selon la scolarité	58
1.1.5. Situation matrimoniale	59
1.1.6. Répartition selon l'origine géographique.....	60
1.2. Délais de diagnostic.....	60
1.3. Suivi des patients.....	61
1.4. Le stress.....	62
1.5. Traitement en cours.....	63
1.5.1. Corticothérapie	63
1.5.2. Traitement de fond	63
1.6. Activité de la maladie.....	64
1.6.1. Déformations articulaires	64
1.6.2. Manifestations extra-articulaires	64
1.7. Éducation thérapeutique des patients	65
1.7.1. Connaissance des ETP	65
1.7.2. Les malades intéressés	65
1.7.3. L'attente des patients.....	66
1.7.4. Traitement après ETP.....	66
1.7.5. Alimentation après ETP	66
1.7.6. Satisfaction globale après ETP.....	67
1.7.7. Impact psycho-social après l'ETP.....	67
1.7.8. Le stress après ETP	69
1.7.9. Acquisition de la compétence et pratique de la santé	69
III. DISCUSSION	71
1. Les limites de l'étude	71
2. Aspects épidémiologiques.....	71
2.1. La fréquence	71
2.2. Le genre.....	71
2.3. L'âge [38,128,138].....	72
2.4. Répartition des patients selon la scolarité	73
2.5. Situation matrimoniale	74
2.6. Répartition selon l'origine géographique.....	75
2.7. Acquisition compétence et pratiques de la santé	85
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	86
RECOMMANDATIONS.....	89
RÉFÉRENCES	90
ANNEXES	90

INTRODUCTION

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une affection auto-immune inflammatoire systémique à prédominance articulaire évoluant par poussées et rémissions. Elle représente le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent [91,108]. Elle se manifeste essentiellement par des douleurs inflammatoires pouvant intéresser l'ensemble des articulations.

La PR peut survenir à tout âge, mais on l'observe surtout entre 40 et 50 ans chez nous. Elle est, plus fréquente chez la femme que chez l'homme [100].

Toute la gravité de ce rhumatisme réside dans son potentiel destructeur à l'origine de déformations handicapantes [95]. En effet, l'évolution chronique est émaillée de poussées inflammatoires associées à des destructions articulaires progressives. Ces données montrent l'importance d'un traitement précoce pour ne pas rater la fenêtre d'opportunités. Les traitements classiques de la polyarthrite rhumatoïde sont nombreux et se font à vie. Leur efficacité est variable selon les patients. Ce sont des médicaments qui, en l'absence d'un traitement étiologique, visent essentiellement à soulager le patient (traitements symptomatiques) ou, au mieux, à ralentir l'évolution de la maladie (traitements de fond).

Les traitements de fond ont considérablement évolué du fait de la découverte de nouveaux agents biologiques et synthétiques ciblés, beaucoup plus efficaces, de l'adoption de nouvelles stratégies thérapeutiques et de la mise en place de meilleurs indices d'évaluation de ces procédés thérapeutiques [97].

Pour favoriser l'efficacité des traitements utilisés dans la polyarthrite rhumatoïde et limiter leur iatrogénie, il paraît important que le patient puisse bénéficier d'une éducation thérapeutique.

L'éducation thérapeutique est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient, qui comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins et les autres institutions de soins concernées [6].

Son intérêt réside dans l'acquisition de connaissances et de compétences

permettant une meilleure appréhension de la maladie [6]. Elle permet ainsi une réduction de la fréquence et de la sévérité des poussées de même qu'une amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage. Plusieurs de ces espaces d'éducation sont actuellement créés ou en cours de création dans le monde, principalement sur le continent européen. En Afrique, l'installation de ces structures se fait encore discrète.

Au service de Médecine interne/Rhumatologie, nous avons mis sur pied une unité d'éducation thérapeutique depuis 2019.

Nous avons ainsi jugé utile de mener une étude au Service de Médecine interne/Rhumatologie du Centre Hospitalier National Dalal Jamm avec comme :

- ✓ Objectif général : évaluer l'éducation thérapeutique de polyarthrite rhumatoïde sur les patients souffrant de cette pathologie.
- ✓ Objectifs spécifiques :
 1. évaluer la qualité de vie des patients PR après ETP ;
 2. évaluer la satisfaction des patients par rapports aux séances d'ETP.

PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS

I. RAPPELS

1. Rappels sur la PR

1.1. Épidémiologie

La PR est une affection cosmopolite comme l'ont démontré les études de ces dernières décennies, mais sa fréquence est très variable d'une région du globe à l'autre, et parfois au sein d'un même pays. Durant les quatre dernières décennies, les données épidémiologiques de la PR ont été largement étudiées.

Aux États-Unis, sa prévalence est de 1 % de la population adulte avec une incidence annuelle de 1 cas pour 10 000 habitants [11,37]. En Amérique latine, la prévalence varie de 0,13 à 0,68 %. En Inde, elle atteint 0,75 %. À noter que sa prévalence est particulièrement faible en Chine, en Indonésie et aux Philippines où elle est inférieure à 0,4 % [11]. En Europe, elle varie d'un pays à l'autre, et parfois même d'une région à l'autre dans le même pays. Par exemple, en France, elle est de 0,17 % à Angers et de 0,53 % en Bretagne [11]. En Espagne, elle est de 0,5 %, en Grande-Bretagne de 1,2 %, et de 1,9 % en Finlande [37].

Les premiers cas africains de polyarthrite rhumatoïde ont été rapportés en 1956 et de nombreux auteurs en ont souligné la rareté. En Afrique subsaharienne, la PR a été longtemps considérée comme rare [68,87]. Les nombreuses publications apparues par la suite ont fait objectiver des différences considérables de prévalence selon les régions. En effet, en Afrique du Sud et de l'Est, la rareté n'est constatée qu'en zone rurale, alors qu'en zone urbaine la prévalence est voisine de celle des pays européens [68]. En Afrique occidentale, la PR est inégalement répartie, avec une fréquence plus faible en zone rurale [87]. La prévalence est estimée en moyenne à 0,3 % avec une nette différence entre zones rurale et urbaine. En milieu urbain, elle est de 0,9 %, proche de celle observée dans les pays occidentaux. En zone rurale, elle se situe entre 0 et 0,68 % [39,68].

Au Sénégal, la PR est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques en milieu hospitalier [100] et, comme partout ailleurs, elle touche avec prédilection la population féminine [47].

1.2. Étiopathogénie

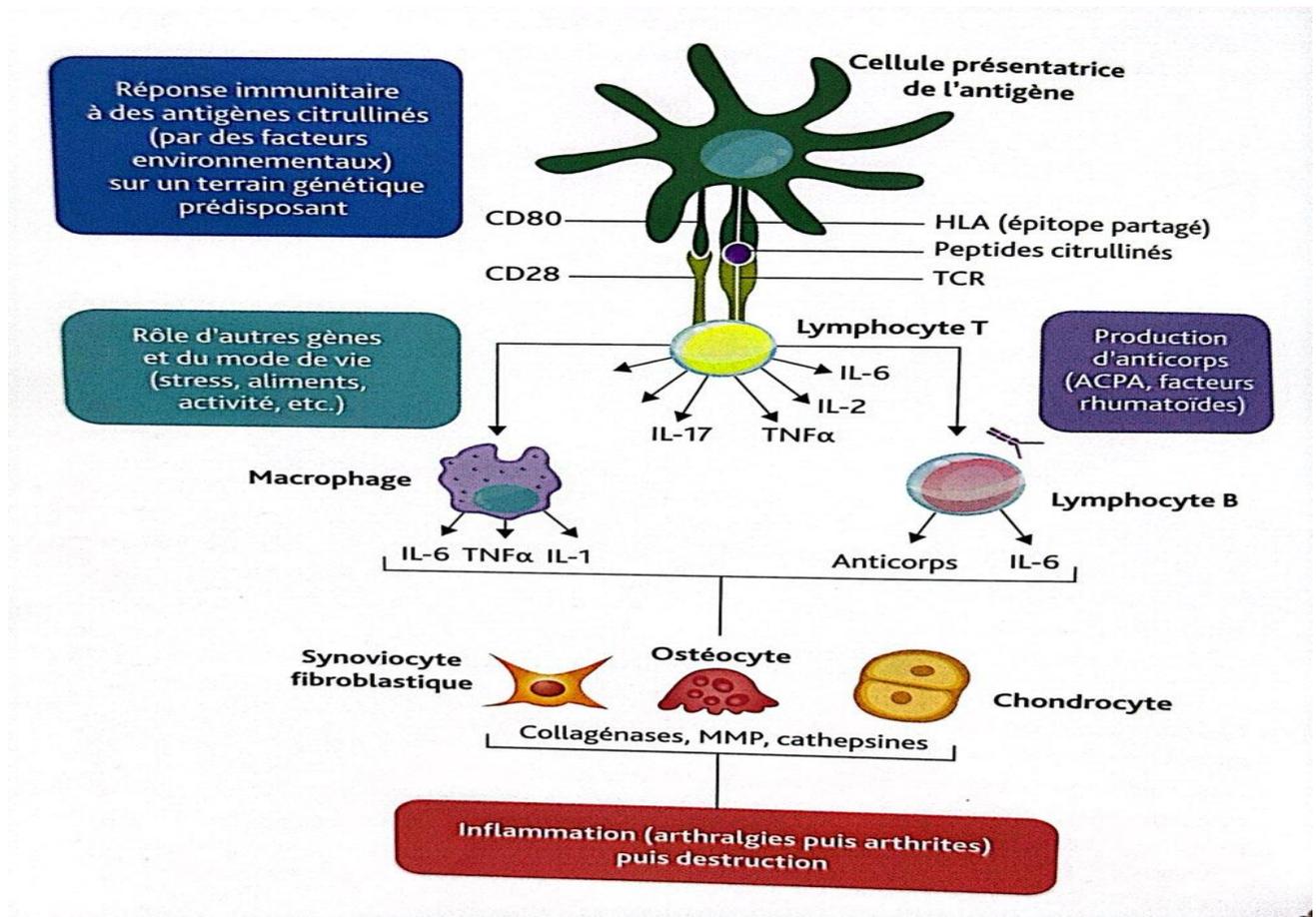
1.2.1. Étiologie

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie auto-immune d'origine multifactorielle. Elle résulte de facteurs environnementaux, hormonaux, psychologiques, infectieux ou génétiques, mais le ou les antigènes déclenchant la maladie sont inconnus. La polyarthrite rhumatoïde n'est pas une maladie génétique, mais il existe une prédisposition, comme en témoignent la présence de cas familiaux et la fréquence élevée de certains antigènes HLA de la classe II, de type DR1 et DR4. Un au moins de ces gènes est présent chez environ 80 % des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde contre 35 % dans la population générale [105].

1.2.2. Physiopathologie

La polyarthrite rhumatoïde est caractérisée par des perturbations du système immunitaire. Ces perturbations entraînent principalement des lésions articulaires. Il existe un déséquilibre entre les cytokines pro-inflammatoires comme l'interleukine-1 (IL-1), le facteur de nécrose tumorale alpha (TNF alpha) et l'interleukine-6 (IL-6), secrétées en excès par les synoviocytes et les macrophages, et les cytokines anti-inflammatoires qui sont en quantité insuffisante [86].

L'IL-1 et le TNF alpha entraînent une prolifération des cellules synoviales (synoviocytes, macrophages, fibroblastes, cellules dendritiques). La prolifération de la membrane synoviale des articulations, dénommée pannus rhumatoïde, est auto-entretenu et provoque une synovite rhumatoïde chronique. Le pannus synovial forme un véritable tissu d'allure tumorale susceptible d'entraîner une destruction ostéocartilagineuse par la production d'enzymes protéolytiques et de radicaux libres. L'hyperactivité ostéoclastique, fortement influencée par le TNF alpha, explique les lésions osseuses.



1. Activation des cellules dendritiques présentes dans les articulations, qui capturent et présentent les antigènes aux lymphocytes T dans les ganglions lymphatiques ; 2. Activation des lymphocytes T qui produisent des cytokines pro-inflammatoires, telles que le TNF- α , l'IL-1 et l'IL-6, qui contribuent à l'inflammation et au recrutement d'autres cellules immunitaires ; 3. Activation des lymphocytes B par les lymphocytes T, qui se différencient en plasmocytes et produisent des auto-anticorps, notamment le facteur rhumatoïde (FR) et les anticorps anti-peptides citrullinés (ACPA) ; 4. Production de cytokines pro-inflammatoires (TNF- α , IL-1, IL-6), qui amplifient la réponse inflammatoire ; 5. Prolifération des synoviocytes de manière anormale, formant le pannus, qui érode le cartilage et l'os ; 6. Inflammation chronique destruction cartilage et os, déformation articulaire.

Figure 1 : Mécanismes de survenue de la polyarthrite rhumatoïde [74]

1.3. Symptomatologie

Les formes débutantes sont difficiles à diagnostiquer et peuvent donner lieu à de nombreuses hypothèses.

1.3.1. Manifestations articulaires

Les articulations distales des membres (MCP et IPP) sont en règle générale les

premières touchées, de façon bilatérale. Les manifestations symptomatiques sont représentées par des douleurs nocturnes, une raideur articulaire matinale et une discrète tuméfaction péri-articulaire. Au cours du temps, les atteintes s'étendent aux autres articulations et sont associées à des déformations. Le rachis dorso-lombaire et sacré est respecté.

À côté de ces manifestations articulaires apparaissent des ténosynovites, atteintes inflammatoires des tendons et de leurs gaines synoviales.



Figure 2 : Déformations en boutonnière (blanc), col de cygne (orange), pouce en Z



Figure 3 : Coup de vent cubital PR



Figure 4 : Pied rhumatoïde (avant pied triangulaire)

1.3.2. Manifestations extra-articulaires

Ces manifestations traduisent le caractère systémique de cette pathologie et sont inconstantes. L'état de fatigue général est la manifestation la plus répandue. Elle peut être inaugurale et précéder de plusieurs semaines l'apparition de la polyarthrite rhumatoïde. La sécrétion exagérée de TNF alpha serait en partie responsable de l'état de fatigue. Cette hypothèse est corroborée par la disparition spectaculaire en quelques jours de l'asthénie, lors du traitement par des médicaments anti-TNF alpha. Les nodules rhumatoïdes sont observés dans 30 % des cas. Le plus souvent sous-cutanés, ils sont indolores, fermes, bien mobiles et siègent à la face postérieure de l'avant-bras et aux faces d'extension des doigts. De petites adénopathies sont retrouvées dans 30 à 70 % des cas.

Le syndrome sec peut être observé et traduire l'association à un syndrome de Gougerot-Sjögren dit secondaire qui accompagne 25 % des PR. L'atteinte pulmonaire se traduit par une pleurésie rhumatoïde (5 à 40 %), des nodules rhumatoïdes pulmonaires et une pneumopathie interstitielle diffuse pouvant évoluer vers une fibrose (1 à 5 %). La vascularite rhumatoïde constitue la complication la plus grave. Rare (1 % des cas), elle se manifeste par des signes cutanés (purpura, ulcère et gangrène) et neurologiques. La péricardite est la plus fréquente des inflammations cardiaques. Lors d'une recherche systématique, on la retrouve chez 40 à 60 % des patients (mais pas toujours symptomatique).

1.4. Diagnostic

Le diagnostic, essentiellement clinique, peut être étayé par des examens biologiques et radiologiques.

1.4.1. Signes biologiques

Il existe un syndrome inflammatoire, très souvent important, objectivé par une augmentation de la vitesse de sédimentation (VS) et du dosage de la protéine C-réactive (CRP). Des perturbations immunologiques sont retrouvées. Le sérum contient des auto-anticorps. Le facteur rhumatoïde (anticorps de type IgM, le plus

souvent, Anti-IgG) est l'anomalie biologique la plus classique. Sa présence est détectée classiquement par la réaction de Waaler-Rose et le test au latex. Les facteurs rhumatoïdes peuvent être retrouvés dans d'autres pathologies. La valeur diagnostique est estimée de 70 à 85 % en termes de sensibilité et 65 à 85 % en termes de spécificité pour le test au latex [105]. La présence d'un taux élevé de facteurs rhumatoïdes constitue un élément de mauvais pronostic. D'autres auto-anticorps sont retrouvés dont certains plus spécifiques comme les anticorps anti-protéines citrullinées. Ils sont spécifiques de la polyarthrite rhumatoïde dans 90 à 99 % des cas. On les retrouve dans 48 % des polyarthrites récentes.

1.4.2. Signes radiologiques

Sur le plan radiologique, on observe une tuméfaction synoviale, une raréfaction osseuse périarticulaire souvent très marquée, un pincement diffus de l'interligne articulaire, des érosions floues marginales puis centrales. Une destruction articulaire est fréquente et s'aggrave avec l'évolution.

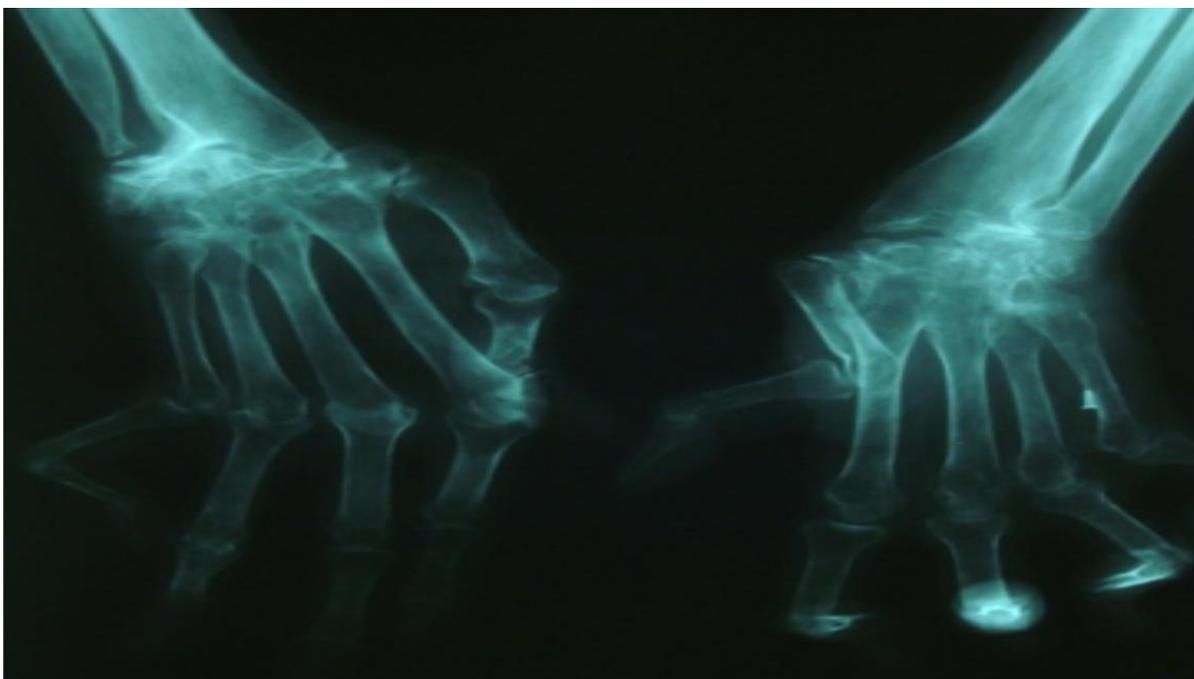


Figure 5 : Radiographie poignet-main : carpite fusionnante + luxation des MCP, IPP et IPD

1.4.3. Critères de classification de la polyarthrite rhumatoïde

Pour faciliter le diagnostic, l'American College of Rheumatology (ACR) a défini en 1987 un score universellement reconnu, composé de sept critères [3] (Tableau I). Au moins 4 de ces 7 critères sont exigés pour porter le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, les critères 1 à 4 devant être observés depuis au moins six semaines.

Tableau I : Critères de classification de la polyarthrite rhumatoïde selon l'ACR [3]

-
- | | |
|---|--|
| 1 | Raideur articulaire matinale durant au moins une heure |
| 2 | Arthrite d'au moins trois groupes articulaires |
| 3 | Arthrite touchant les mains (au moins une articulation) |
| 4 | Arthrites symétriques |
| 5 | Atteintes radiologiques des mains et des poignets avec présence d'érosions ou de déminéralisations |
| 6 | Présence de nodules rhumatoïdes sous-cutanés |
| 7 | Facteurs rhumatoïdes sériques présents |
-

1.5. Évolution

1.5.1. Évolution clinique et fonctionnelle

L'évolution de la polyarthrite rhumatoïde se fait de façon continue ou par poussées sur de nombreuses années. La polyarthrite rhumatoïde est une maladie hétérogène dont la gravité est variable d'un patient à l'autre. L'évolution proprement individuelle de la maladie est due à son importante hétérogénéité. Il est cependant possible de regrouper ces modes d'évolution en trois groupes distincts :

Premier groupe - L'évolution monocyclique dont la régression est complète à la suite d'une seule poussée (20 % des cas).

Deuxième groupe - L'évolution progressive : les PR, avec ce mode d'évolution, voient les poussées se succéder et progresser ainsi inévitablement vers un

handicap majeur (10 % des cas).

Troisième groupe - L'évolution polycyclique, qui représente la majorité (70 %) des cas de PR.

Dans à peu près 30 % des cas, la PR sera légère avec une progression favorable, sans aucune lésion ni déformation articulaire visible. Dans ces conditions, la PR restera soit à un stade proche de la rémission, soit le syndrome inflammatoire perdurera et sera susceptible d'induire des lésions articulaires.

1.5.2. Indicateurs utilisés

La conférence de consensus OMERACT (*Outcomes Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials*) en 1992 a permis de recenser les critères les plus pertinents pour apprécier l'activité de la polyarthrite rhumatoïde [20]. Huit critères ont été retenus : nombre de synovites, appréciation globale de la douleur, nombre d'articulations douloureuses, évaluation radiographique, appréciation globale du patient, appréciation globale du médecin, mesures des protéines de l'inflammation, impact fonctionnel.

Pour mesurer l'impact fonctionnel, des indices de qualité de vie ont été introduits : EMIR (version française de l'*Arthritis Impact Measurement Scales* [106]) et HAQ (*Health Assessment Questionnaire* [63]) sont des questionnaires qui évaluent l'évolution de la santé perçue et des capacités fonctionnelles.

Pour étudier les variations d'activité de la polyarthrite rhumatoïde, des indices composites associant divers paramètres ont été mis en place :

- ❖ l'ACR 20, 50 ou 70 représente le critère de jugement clinique standard défini par l'ACR [4] et correspond à 20, 50 ou 70 % d'amélioration des critères considérés. Ces critères sont : le nombre d'articulations douloureuses, le nombre d'articulations gonflées, la douleur évaluée par le patient, l'appréciation globale du patient, l'appréciation globale du médecin, l'impotence fonctionnelle appréciée par le patient, l'inflammation biologique (VS-CRP) ;

- ❖ le DAS 28 (*Disease Activity Score* [136]) est un critère européen qui intègre le nombre d'articulations tuméfiées (étendue : 0 à 28), le nombre d'articulations douloureuses (étendue : 0 à 28), la vitesse de sédimentation, l'évaluation globale de l'activité de la pathologie par le patient au moyen d'une échelle visuelle analogique de 10 niveaux (0 : asymptomatique, 10 : symptomatologie maximale). Une réduction de 1,2 du score du DAS 28 témoigne d'une thérapie efficace.

1.6. Traitement

1.6.1. Principes généraux

La polyarthrite rhumatoïde est une « urgence » thérapeutique : elle nécessite une prise en charge spécialisée, précoce, individualisée et multidisciplinaire. En effet, le traitement précoce est déterminant dans le succès de la prise en charge de ce rhumatisme. Cette notion de fenêtre thérapeutique est largement étayée dans la littérature [5,81,92,134]. L'instauration rapide d'un traitement efficace peut permettre plus facilement d'obtenir la rémission, limiter l'incapacité fonctionnelle et l'atteinte structurale [45,77,99,132].

L'objectif du traitement est la rémission clinique ou au minimum la faible activité pour chaque patient, afin de prévenir la progression structurale et le handicap.

L'atteinte d'un état de rémission ou de faible niveau d'activité de la maladie conduit à un meilleur résultat structural et fonctionnel à moyen et long terme [31] et pourrait réduire l'augmentation de la mortalité liée notamment aux maladies cardiovasculaires [78].

La rémission doit être le principal objectif thérapeutique chez tous les patients, notamment en cas de PR débutante. En cas de PR évoluée et/ou de destruction articulaire importante, la rémission est plus difficile à atteindre et dans ce cas, le faible niveau d'activité représente une alternative acceptable [124].

La rémission clinique est définie par l'absence de signes et symptômes d'activité inflammatoire significative. L'activité de la maladie doit être mesurée sur des critères composites validés, incluant les indices articulaires.

Un suivi rapproché et des adaptations thérapeutiques fréquentes (1 à 3 mois) sont nécessaires tant que l'objectif n'est pas atteint : c'est le *tight control* ou contrôle serré de la maladie avec une stratégie thérapeutique dynamique [41] et un objectif clairement défini (*treat to target*) [64]. Le concept de contrôle serré repose sur une gestion des traitements adaptée à l'activité de la PR ; son utilité a été confirmée par de nombreuses études dont une méta-analyse [111]. Cette stratégie permet d'obtenir un meilleur contrôle de la PR, le moindre recours à la chirurgie et une réduction de la mortalité et des événements cardiovasculaires tels que l'infarctus du myocarde [9,46,90].

En l'absence d'amélioration à 3 mois (par exemple, amélioration d'au moins 1,2 point du DAS 28 ou passage d'un état d'activité élevée à une activité modérée), et si l'objectif (rémission ou faible activité) n'est pas atteint à 6 mois [26], il faut réviser la stratégie thérapeutique et généralement modifier ou changer le traitement de fond.

Un bilan du retentissement fonctionnel (HAQ) est recommandé tous les ans : il permet non seulement de faire le bilan de la situation actuelle, mais il est également prédictif de l'évolution future (clinique, structurale, professionnelle, mortalité) [51]. Sur le plan morphologique, on vérifiera l'absence de progression structurale par des radiographies des mains et pieds tous les 6–12 mois la première année, puis tous les ans pendant 3–5 ans, et ensuite de façon plus espacée et en cas de changement thérapeutique.

1.6.2. Moyens

1.6.2.1. Le bilan préthérapeutique

Avant toute introduction d'un traitement immunosuppresseur, un bilan préthérapeutique devient systématique. Dans la PR, il faut évaluer les fonctions

hépatiques (TP, transaminases, albumine sérique, facteur V) et rénales (créatininémie, urée sanguine), dépister toute infection à germe banal ou à germe spécifique [41,96]. Une radiographie thoracique de face doit être systématique pour éliminer une pneumopathie interstitielle, de même qu'un examen ophtalmologique si l'indication des APS s'impose à la recherche d'une maculopathie [100]. Le bilan préthérapeutique devient plus exhaustif lorsque l'utilisation des biothérapies sera envisagée (Tableau IV) ; à cause de leurs multiples complications [12,30,65,66,71,89,110,114].

1.6.2.2. Les moyens pharmacologiques

1.6.2.2.1. Moyens pharmacologiques généraux

Ils sont scindés en traitement symptomatique et en traitement de fond.

❖ Traitement symptomatique

➤ Les antalgiques :

Tableau II : Antalgiques utilisés dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde

Palier	Médicament	Dosage habituel
Palier 1 : Antalgiques non opioïdes		
	Paracétamol	500 mg à 1 g, toutes les 4 à 6 heures (maximum 4 g/jour)
	Aspirine	500 mg à 1 g, toutes les 4 à 6 heures (maximum 3 à 4 g/jour)
	Ibuprofène	200 mg à 400 mg, toutes les 4 à 6 heures (maximum 2,4 g/jour)
	Diclofénac	50 mg, 2 à 3 fois par jour (maximum 150 mg/jour)
	Naproxène	250 mg à 500 mg, 2 fois par jour (maximum 1 g/jour)
	Méloxicam	7,5 mg à 15 mg, 1 fois par jour (maximum 15 mg/jour)
	Celecoxib	100 mg à 200 mg, 2 fois par jour (maximum 400 mg/jour)
Palier 2 : Opioïdes faibles		
	Codéine	15 mg à 60 mg, toutes les 4 à 6 heures (maximum 240 mg/jour)
	Tramadol	50 mg à 100 mg, toutes les 4 à 6 heures (maximum 400 mg/jour)
	Dextropropoxyphène	65 mg, toutes les 4 heures (maximum 390 mg/jour)
Palier 3: Opioïdes forts		
	Morphine	10 mg à 30 mg, toutes les 4 heures (pas de dose maximale stricte, titration selon douleur)
	Oxycodone	5 mg à 15 mg, toutes les 4 à 6 heures (pas de dose maximale stricte, titration selon douleur)
	Fentanyl (patch transdermique)	(patch 12 µg/h à 100 µg/h, tous les 72 heures (ajustement selon douleur)

Notes Importantes :

- ✓ Les antalgiques simples :
 - Les antalgiques utilisés sont le paracétamol et les associations (paracétamol–codéine). La posologie varie de 2 à 3 g par jour. Le recours aux antalgiques morphiniques au cours de la PR est exceptionnel.
- ✓ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :
 - La toxicité digestive mais également rénale des AINS justifie une surveillance étroite sur le plan clinique et biologique. Les molécules les plus prescrites sont : le diclofénac, le kétoprofène et les oxicams.
 - **Les anti-inflammatoires stéroïdiens** : les corticoïdes sont d'un grand intérêt au cours de la PR. Ils ont une action rapide, efficace sur l'inflammation synoviale et améliorent la qualité de vie. Leur utilisation doit être de courte durée en commençant par la dose minimale efficace. Le plus souvent des faibles doses (≤ 15 mg/j) suffisent pour soulager le patient. De fortes doses de corticoïdes appelées bolus cortisoniques (variant entre 500 mg et 1 g de méthylprednisolone par jour, 1 à 3 jours de suite) peuvent être administrées en cas de poussée sévère, de façon symptomatique et transitoire pour juguler une poussée évolutive.
- ❖ Traitement de fond
 - Le but du traitement de fond est de réduire la fréquence, la durée, l'intensité des poussées et de réduire globalement l'activité de la maladie au mieux jusqu'à l'obtention d'une rémission complète. L'efficacité du traitement de fond et surtout son impact favorable sur la progression des signes radiologiques justifie un recours précoce [100].
 - Ces traitements de fonds classiques comme innovants peuvent être à l'origine de complications d'où l'intérêt d'une indication précise et d'une surveillance pour évaluer leur efficacité et leur tolérance [42].

❖ Les traitements de fond conventionnels (Tableau III).

Les traitements conventionnels gardent toujours leur efficacité et le méthotrexate reste le *gold standard* [43,72].

Tableau III : Principaux immunosuppresseurs utilisés dans les traitements de fond conventionnels au cours de la PR

Produits	Dose/voie d'administration	Effets indésirables	Surveillance
Méthotrexate	(cp = 2,5 mg, amp IM et SC) 7,5 à 20 mg/semaine Adaptation en fonction du terrain	Dyspepsie, stomatites Cytopénies Infections Pneumopathie Hépatite Alopécie	Hémogramme Créatinine TP, Transaminases RX thorax
Sulfazalazine	(cp = 500 mg) 4 à 6 cp/j	Dyspepsie Céphalées Cytopénies Pneumopathie Dermatose Hépatite	Hémogramme Créatinine TP, Transaminases
Hydroxychloroquine	(cp = 200 mg) 1 à 3 cp/j < 6,5 mg/kg/j	Rétinopathie Dyspepsie Céphalées- irritabilité Neuro- myotoxicité Cytopénies Coloration cutanée Hépatite	FO Hémogramme TP, Transaminases
Azathioprine	(cp = 50 mg) 2 à 3 cp/jour	Dyspepsie Cytopénies Infections Pancréatite Pneumopathie Hépatite	Hémogramme Créatinine TP, Transaminases, Amylasémie Lipasémie
Leflunomide	(cp = 10-20 mg) 10 à 20 mg/j	Diarrhée, dyspepsie, Cytolyse, hépatique HTA, Aphtes, Céphalées Leucopénie, agranulocytose Dermatose	TA Hémogramme (toutes les 2 semaines pendant les six premiers mois) Bilan hépatique

❖ Les traitements innovants ou biothérapies (Tableau IV)

Les molécules innovantes ont une efficacité supérieure à celles des drogues classiques [13,15,53,65]. Cependant, leur coût est élevé [75,82]. Elles ont fait l'objet de plusieurs études [12,13,16,25,28,34,49,114]. Ces drogues issues d'une meilleure connaissance de la physiopathologie de la PR sont des molécules synthétiques dirigées contre une cible spécifique de la réponse immunitaire. Il peut s'agir d'anticorps monoclonaux ou de protéines de fusion capables de détruire ou d'inactiver une cytokine, de neutraliser une cellule immunitaire ou d'empêcher son activité [114].

Les principaux effets secondaires des biothérapies plus particulièrement des anti-TNF- α sont le risque de survenue d'infection. Cela impose un bilan préthérapeutique systématique avant toute prescription de ces molécules.

Tableau IV : Biothérapies disponibles en 2021, leur posologie et mode d'administration

DCI	Type	Voie d'administration et posologie
Infliximab	Ac anti-TNF- α	3 à 7,5 mg/kg i.v. à j0, j15, j45, puis tous les 2 mois (ampoule = 100 mg)
Adalimumab	Ac anti-TNF- α	40 mg sc toutes les 2 semaines
Rituximab	Ac anti-CD 20	1000 mg i.v., j1 et j15 Retraitement possible après 4 mois, souvent réalisé entre 6 et 12 mois
Tocilizumab	Ac anti-IL 6	4 à 8 mg/kg toutes les 4 semaines par i.v.

AC : anticorps, **CD** : Cluster of Differenciation, **IL** : Interleukine, **TNF** : facteur de nécrose tumorale, **IV** : intraveineuse, **sc** : sous-cutané.

Le Rituximab reste la molécule de biothérapie la plus utilisée au Sénégal du fait de sa disponibilité.

- ❖ Les inhibiteurs des Janus kinases ou JAK :
 - baricitinib ;
 - tofacitinib ;
 - filgotinib.

1.6.2.2.2. Traitements médicamenteux par voie locale

Agir localement est une composante indispensable dans la prise en charge de la PR. Cette supplémentation au traitement médicamenteux offre un soulagement efficace et rapide aux patients. Ces traitements locaux sont uniquement dispensés par un spécialiste tel que le rhumatologue. Parmi ces interventions, on trouve les ponctions ou infiltrations de corticoïdes, les lavages articulaires et la synoviorthèse.

1.6.2.3. Les moyens non pharmacologiques

1.6.2.3.1. Traitement chirurgical

La chirurgie sera essentiellement recommandée dans les cas de troubles articulaires persistants. La prise de décision fera appel à une concertation pluridisciplinaire (patient–rhumatologue–chirurgien–rééducateur fonctionnel réanimateur).

1.6.2.3.2. Traitements physiques, réadaptation et rééducation

La prescription de traitements physiques, de réadaptation et de réduction est à réaliser le plus tôt possible et ne doit en aucun cas être négligée. Le procédé de réadaptation consiste à redonner un maximum d'autonomie à une personne handicapée.

Les actes dispensés dans ces disciplines s'adapteront en fonction du patient et bien entendu de son handicap. Elles se baseront également sur ses besoins et son environnement. La prise en charge du patient se fera avec l'intervention de différentes professions comme les kinésithérapeutes, ou les ergothérapeutes et aura pour objectifs :

- d'atténuer la douleur ;
- d'éviter ou de traiter les altérations articulaires (déformations) ;
- de préserver ou de recouvrer une mobilité et une stabilité articulaires ;
- de préserver les performances musculaires ;
- de permettre au patient de s'adapter à l'évolution de son handicap.

1.6.2.3.3 Autres thérapies complémentaires

Ils existent aussi des thérapies complémentaires telles que :

- l'Hypnose qui est un état de conscience altérée guidé ;
- la Méditation pleine conscience ;
- les stimulations électriques nerveuses transcutanées (TENS) qui ont leur place dans la prise en charge de la douleur.

II. L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

1. Définition

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient, qui comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins et les autres institutions de soins concernées » [139].

2. Historique

Hippocrate, quatre cents ans environ avant J.-C., préconise au début de son livre *Des affections* de « savoir se secourir dans les maladies par son propre jugement... de discerner ce que les médecins lui disent et lui administrent » [67]. Il considère la santé comme un bien si précieux que chacun doit s'intéresser à la sienne. Par ces propos, il évoque déjà à l'époque l'idée que le médecin et le malade participent ensemble à la prise en charge de la maladie.

L'histoire de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été fortement influencée par l'évolution des théories et des concepts en médecine, en psychologie, et en pédagogie. L'ETP a toujours existé sous forme de conseils, mais elle est réellement née en 1922 avec les premiers traitements par l'insuline de patients diabétiques de type 1. Elle a connu trois périodes. La première période s'étend sur un demi-siècle, la pédagogie était verticale, autoritaire, passive. La deuxième période débute dans les années 1970 ; elle est marquée par le développement créatif d'une pédagogie humaniste, active, constructiviste. La dernière période, depuis la fin du XX^e siècle et ce début de XXI^e siècle, est dominée par l'approche par compétences et par le management par objectifs. Cette approche opératoire sous-estime l'importance du vécu émotionnel des patients.

En 1921, l'insuline était isolée et administrée pour la première fois à des patients diabétiques de type 1 dont le pronostic vital était très engagé. L'efficacité de certains traitements permet à des malades, autrefois condamnés, de continuer à

vivre. Mais comment « traiter » efficacement un tel patient ? Sans être « guéris », ces malades devenus chroniques ne nécessitent plus d'interventions médicales intensives, ils doivent néanmoins continuer à se soigner. Face à cette situation, certains praticiens éclairés choisissent de déléguer partiellement aux malades leur propre suivi et leurs soins quotidiens.

Cinquante ans furent nécessaires pour mettre en place et affiner une telle approche thérapeutico-éducative. Dans les années 1970, une nouvelle période, pour la médecine en particulier, et les professions de soins en général s'ouvrait. Plus véritablement « patient », la personne malade endosse un rôle nouveau, celui « d'auto-soignant ». Sans agir à proprement parler de manière autonome, l'initiative du soin ne dépend plus entièrement des soignants.

Depuis, l'ETP a été reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et de nombreux programmes ont été mis en place dans les milieux francophones. Des résultats remarquables ont été constatés.

En matière de diabète, on a observé une « diminution de 80 % des cas de coma diabétique, une réduction de 75 % des amputations des membres inférieurs, une diminution de 90 % de l'apparition ou de la progression des cas de cécité » [56]. Plus important encore, on a remarqué, en plus d'une diminution des complications, une amélioration de la qualité de vie [56].

Dans l'asthme, la prise en charge a été initialement optimisée par le développement de traitements efficaces. Il y a eu d'abord la période 1970-1986 : « l'innovation biomédicale » caractérisée par la mise sur le marché des nouvelles thérapeutiques inhalées, telles que le salbutamol en 1970 et le bécloéthasone en 1986. Le problème de l'asthme semblait alors a priori résolu, mais des études anglo-saxonnes effectuées dans les années 1990 mesurant les niveaux de qualité de vie par des questionnaires (*Nottingham Health Profile*, *Asthma Quality of Life Questionnaire* [AQLQ], SF 36) [22,19], remettent en cause le fait que ces nouvelles thérapeutiques soient suffisantes et les résultats montrent que les scores

relatifs à la qualité de vie physique et psychique des patients asthmatiques ne sont pas optimaux.

De là naît, dans les années 70, une réelle prise de conscience de la collectivité médicale par rapport à la nécessité de faire davantage participer le malade à sa prise en charge, tout en tenant compte de son profil psychosocial. Les études montrent que le fait de bien comprendre la maladie influe sur le contrôle de cette dernière.

Cette dimension nouvelle, abordée dans la charte de déclaration d'Ottawa [101] sur la promotion de la santé, donne un rôle prépondérant au patient. Cette charte indique qu' « afin de parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social », le patient doit pouvoir « s'identifier par rapport à la maladie et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'adapter ». Ce modèle bio-psycho-social de la médecine recouvre l'éducation thérapeutique du patient qui sera définie pour la première fois par l'OMS en 1998 [139].

Pour la PR, l'émergence de l'éducation thérapeutique s'est faite dans les années 1970 principalement dans le contexte des maladies chroniques. Le mouvement a été renforcé par l'avènement des biothérapies et par la reconnaissance de l'importance de l'implication du patient dans la gestion de sa santé.

Le premier groupe de travail de PR de la Société française de rhumatologie a vu le jour en février 2008 [60], et le service de Médecine interne/Rhumatologie du centre hospitalier national Dalal Jamm a créé son premier groupe de travail sur la PR en 2019.

L'éducation thérapeutique met le patient en situation de « compétence ». Initialement dans son rôle de simple « informé », il va entreprendre un vrai partenariat avec le médecin pour une meilleure prise en charge de sa maladie. De nombreuses études ont en effet démontré le bénéfice de l'ETP sur la qualité de vie du patient [2].

3. Intérêt de l'ETP

D'après l'OMS, l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à agir sur les facteurs qui influencent la morbi-mortalité de la maladie :

- la sous-estimation de la sévérité de la PR sans préciser si la sévérité est sous-estimée par le patient ou par le médecin ;
- un traitement inapproprié avec une surutilisation des immunosuppresseurs et une sous-utilisation des médicaments anti-inflammatoires ;
- une méconnaissance des effets secondaires des médicaments ;
- l'inobservance du traitement ;
- un délai trop long avant un recours médicalisé.

Plusieurs d'entre eux pourraient être corrigés par une éducation appropriée. Le but des programmes d'éducation est donc de pallier ces facteurs et d'éviter les principaux risques de la PR que sont le décès, l'évolution vers le handicap moteur (réduction de la morbidité et de la mortalité) et le retentissement sur la vie quotidienne avec comme corollaire l'absentéisme scolaire et professionnel (amélioration de la qualité de vie), le tout en améliorant les connaissances du patient vis-à-vis de sa maladie et son observance au traitement.

En effet, l'inobservance du patient tient une place majeure dans l'échec au traitement de la PR. L'observance thérapeutique peut être définie comme la concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions hygiéniques diététiques et médicamenteuse qui lui ont été faites [129]. Plusieurs types

d'erreurs par excès ou par défaut sont possibles : absence de prise médicamenteuse, prise de médicaments injustifiée, erreur de dose, etc. Mais de façon générale, plus le traitement est astreignant avec un nombre de prise croissant et plus l'inobservance est importante [1]. Certains patients PR ont une idée fautive concernant l'utilisation de leurs traitements et pensent que les médicaments sont mauvais, ou ne sont pas vraiment nécessaires [88]. L'étude de Storms en 1994 [130] révèle que les patients n'ont pas la patience de prendre un traitement qu'ils trouvent souvent compliqué.

Il est maintenant bien établi que le fait d'éduquer, d'informer et de communiquer avec le patient sur sa maladie, avec une attitude professionnelle empathique et explicative, facilite l'adhésion du patient à sa prise en charge, augmente son aptitude à faire face à la maladie par un ajustement au stress et à son environnement social et mobilise l'effet placebo [40].

4. Les acteurs concernés par l'éducation thérapeutique

4.1. Les patients : importance de l'approche cognitivo-comportementale

4.1.1. Processus d'acceptation de la maladie

La PR est une maladie chronique, et en ce sens, il existe un processus dynamique d'acceptation de la maladie tel qu'il peut s'observer pour d'autres maladies chroniques selon l'expérience des professionnels [76]. Les étapes identifiées dans les maladies chroniques sont le choc initial, le déni, la révolte, le marchandage, la dépression et enfin l'acceptation. Snadden et al. [125] suggéraient que plusieurs facteurs pouvaient influencer l'acceptation de la maladie (avis d'experts) :

- la connaissance de la maladie par le patient ;
- la perception des symptômes ;
- l'expérience acquise au fil du temps par sa maladie et par la rencontre d'autres patients ;
- le soutien trouvé auprès de l'équipe soignante (*mentoring*).

Le déni de la maladie peut se rencontrer chez le patient PR et entrave considérablement le suivi, et donc l'éducation. Le soignant doit pouvoir identifier le stade du processus d'acceptation de la maladie où se situe le patient au moment de l'identification des besoins éducatifs et tout au long du suivi.

4.1.2. Capacité à faire face à la situation (*coping*)

Selon la définition de Lazarus et Launier en 1978, reprise par Bruchon-Schweitzer et Dantzer [21], le concept de *coping* désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique.

Plus qu'une simple réponse au stress, le *coping* correspond à une stratégie multidimensionnelle de contrôle dont la finalité est le changement de la situation réellement menaçante, de l'appréciation subjective que le sujet en a, ou encore de l'affect associé à la situation de menace. Lazarus et Launier en 1978, cités par Bruchon-Schweitzer et Dantzer, ont distingué deux principales stratégies de *coping* :

- La première est une stratégie centrée sur le problème qui concerne l'ensemble des efforts entrepris pour affronter la situation (recherche d'informations, mise en place d'un plan d'action, etc.) ;
- La seconde stratégie de *coping* est centrée sur l'émotion qui permet de réduire et/ou de changer la perception que le sujet a de la situation (éviter, agressivité, fuite, résignation, déni, etc.). La recherche d'un soutien social (demande de conseils, acceptation de la sympathie, etc.) semble être une autre stratégie.

Les études sur le *coping* montrent que, quel que soit le degré de sévérité de la maladie, un quart des patients préfèrent avoir un rôle actif dans sa prise en charge, 37 % une collaboration avec le médecin et 40 % un rôle passif [27].

4.1.3. Facteurs culturels

Les différences culturelles semblent affecter la compréhension et le suivi du traitement. Les recommandations du NIH [94] proposent de les aborder par une question ouverte comme : Que signifie la PR dans votre communauté ?

4.1.4. Facteurs socio-économiques

À côté des facteurs liés à l'individu, il existe des facteurs liés à son environnement socio- économique. La PR étant une maladie chronique, le suivi se fait à vie ; par conséquent, l'aspect financier de la prise en charge doit être pris en compte [137].

4.2. La famille et les proches

L'éducation prend en compte autant que possible la famille, les proches et les amis du patient [36]. Ce sont les personnes qui vivent avec le patient. Ces personnes sont parfois impliquées dans le traitement. Le rôle de soutien des familles et des proches est important. Les recommandations de l'OMS soulignent comme essentiels la compréhension de la situation du patient par l'entourage ainsi que le rôle des proches pour le bien-être des patients [36]. Un rapport de la direction générale de la Santé en France en 2001 portant sur le développement de l'éducation thérapeutique retrouvait une faible participation (moins de 15 %), dans le secteur hospitalier, des familles à l'éducation thérapeutique en général.

4.3. Les professionnels de santé

Six parmi les neuf recommandations analysées par l'ANAES abordent les partenaires concernés par l'éducation thérapeutique. Il s'agit le plus souvent du médecin, de l'infirmière, du kinésithérapeute et du pharmacien. L'équipe interprofessionnelle est mentionnée par sept recommandations internationales, sans faire mention d'un système de coordination, à l'exception des recommandations australiennes et écossaises. Dans le cadre du développement de la *National Asthma Campaign* (NAC) en Australie, un guide pratique destiné aux

professionnels de santé a été élaboré pour proposer des stratégies d'amélioration de l'adhésion du patient aux différents éléments de la prise en charge de l'asthme [93]. Une des approches préconisées dans ce guide consiste à promouvoir la collaboration des divers acteurs impliqués dans l'éducation de la personne asthmatique :

- les pharmaciens, amenés à voir le patient régulièrement, sont décrits comme une source de conseils. Ils ont l'opportunité d'évaluer et de renforcer l'apprentissage des techniques de prise de médicaments, de vérifier la compréhension du plan de traitement, et dans certains cas, de réorienter le patient vers son médecin traitant ;
- les membres de l'équipe soignante, en particulier les infirmières, spécifiquement formés à l'éducation thérapeutique, sont décrits comme une référence pour amener le patient à comprendre sa maladie et son traitement et à développer les compétences nécessaires. Les médecins généralistes y ont recours ;
- les relations entre les spécialistes et les médecins généralistes sont décrites en termes de collaboration sous la forme de conseils donnés, en particulier sur le traitement, par le spécialiste au généraliste qui prescrit ensuite la thérapeutique à la personne asthmatique.

Par ailleurs, les infirmières et les médecins collaborent ensemble pour l'organisation du programme éducatif. En fonction de leur niveau de formation en éducation thérapeutique (trois niveaux), les infirmières sont amenées à prendre davantage de responsabilités dans le processus éducatif. Les auteurs ont souligné la nécessité et la régularité des activités de lecture critique sur l'asthme et des formations des médecins et des infirmières à l'éducation [113].

Pour l'éducation thérapeutique, le recours aux différents professionnels de santé et leur coordination dépendent probablement de l'organisation des systèmes de santé et de prise en charge des soins, ainsi que des champs d'exercice des

professionnels qui diffèrent selon les pays [2].

Le recours au psychologue, à l'assistante sociale et au psychiatre est proposé en cas de « stress » interférant négativement dans la prise en charge [94]. Les recommandations canadiennes conseillent un label d'« éducateur certifié » pour le personnel soignant impliqué dans la prise en charge et une expérience dans l'éducation en général [18]. Les partenaires les plus souvent retenus dans les recommandations internationales sont les infirmières [2].

Les recommandations du groupe de travail de l'OMS, concernant l'éducation thérapeutique du patient, proposent que l'éducation soit réalisée par des professionnels de santé formés à l'éducation du patient [139]. Elles précisent les compétences attendues de ces professionnels. Ces derniers doivent savoir :

- développer une capacité d'adaptation de leur comportement en fonction de la maladie dont est atteint le patient, vis-à-vis de chaque patient individuellement, de sa famille et de ses proches, et également de leurs actions en fonction de celles des autres professionnels ou équipe(s) avec lesquels ils travaillent ;
- écouter les patients ;
- identifier les besoins et objectifs des patients en prenant en considération l'état émotionnel de ces derniers, leur vécu et leurs représentations de la maladie et de son traitement ;
- aider les patients à apprendre à gérer leur traitement et à utiliser les ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles ;
- conseiller les patients quant à la gestion des crises et la reconnaissance des facteurs qui interfèrent avec la gestion normale de leur maladie.

Les soignants doivent tenir compte des dimensions pédagogiques, psychologiques et sociales de la prise en charge à long terme. Concernant les méthodes éducatives, les soignants doivent choisir et utiliser les techniques d'apprentissage adéquates. Ils doivent avoir les compétences pour évaluer les effets thérapeutiques (cliniques,

biologiques), psychologiques, pédagogiques, sociaux, économiques, et la qualité de vie des patients et leur proposer les ajustements nécessaires [2].

5. Les étapes de la démarche éducative

Si l'éducation thérapeutique du patient PR est une démarche intégrée aux soins et centrée sur le patient, elle comporte sa propre démarche en termes de définition des besoins éducatifs et de compétences que le patient est amené à acquérir, de techniques pédagogiques et d'évaluation des acquisitions.

L'apprentissage se définit comme « un processus qui engendre, par des transferts et partages de savoirs, une certaine modification, relativement permanente, de la façon de penser, de ressentir ou d'agir de l'apprenant » [36].

5.1. Première étape : le diagnostic éducatif

Aussi appelé anamnèse éducative, le diagnostic éducatif est défini par l'OMS comme la première étape du processus pédagogique. Il s'agit d'un recueil systématique, détaillé et itératif d'informations par le soignant, concernant la situation bioclinique, éducative, psychologique et sociale du patient [139]. Ce recueil d'informations au décours d'un échange individuel et structuré, va rendre possible un diagnostic qui doit permettre de repérer les facteurs favorisant l'apprentissage et ceux qui risquent de le limiter. Évolutif et progressif, le diagnostic éducatif est élaboré par un soignant, il est au mieux le fruit de la collaboration d'une équipe interdisciplinaire lorsque cela est possible et lorsque le contexte de soins s'y prête (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologue, etc.).

Le diagnostic éducatif se fonde sur cinq dimensions. Il s'agit de grandes questions à poser au patient à partir desquelles il sera possible de mieux connaître ses besoins éducatifs [52] :

- **dimension biomédicale** : qu'est-ce qu'il/elle a ? (Informations sur la maladie : ancienneté, évolution, sévérité, problèmes de santé annexes et

importants pour le patient, fréquence et motifs des hospitalisations) ;

- **dimension socio-professionnelle** : qu'est-ce qu'il/elle fait ? (Vie quotidienne, loisirs, profession, activités, environnement social et familial) ;
- **dimension cognitive** : qu'est-ce qu'il/elle sait sur sa maladie ? Comment se représente-t-il/elle la maladie, les traitements, les conséquences pour lui/elle et ses proches ?

Le patient que l'on éduque n'est jamais exempt d'une « culture » en santé, de connaissances antérieures sur sa maladie. Ce qu'il sait est composé de ce qu'il a appris par sa propre expérience (un savoir solide, auquel il croit fermement) et de ce que d'autres lui ont enseigné : un mélange de faits exacts, de connaissances médicales périmées, de croyances et de représentations. Aussi, le patient répond à la question « Que croit-il/elle ? » (Mécanismes de la maladie, facteurs déclenchant les crises, rôle et mode d'action des médicaments, efficacité des traitements, utilité de l'éducation).

- ✓ **Dimension psycho-affective** : qui est-il/elle ?

Elle évalue entre autres le stade auquel se trouve le patient dans le processus d'acceptation de la maladie (choc initial, déni, révolte, marchandage, dépression et enfin acceptation), ses attitudes en situation de stress, ses réactions face à une crise ; en somme son évolution psychologique dans le temps afin d'adapter les objectifs de l'éducation et les moyens pour les atteindre à la présentation de nouvelles situations.

- ✓ **Projets du patient** : quels sont ses projets ? (Projet(s) à court terme ou à long terme que le patient souhaiterait réaliser).

Très souvent, l'annonce de la maladie chronique donne au patient le sentiment que tout son projet de vie devient impossible ou vain. Repérer donc ce projet initial et le présenter comme réalisable grâce à l'éducation peuvent constituer un point d'accroche, renforcer la motivation à apprendre

et ultérieurement, si le projet est réalisé, être un critère d'évaluation de l'efficacité de l'éducation.

5.2. Deuxième étape : le contrat d'éducation et les techniques éducatives

À la suite d'une synthèse du diagnostic éducatif, un contrat éducatif est établi et précise les compétences que le patient doit acquérir tout au long de son éducation en tenant compte de l'analyse des difficultés rencontrées par ce dernier : le patient devient alors un partenaire de l'équipe soignante [139]. Il s'agit, par la négociation, de rechercher un accord tacite entre le professionnel de santé et le patient. Il est souhaitable que le contrat d'éducation soit écrit sous une forme ou une autre et remis au patient pour lui permettre de s'y reporter. Il engage aussi bien le soignant à mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'acquisition des compétences que le soigné qu'il stimule grâce à un cheminement balisé. Négocié avec le patient, il est limité dans le temps et il précise en outre les moyens et techniques pédagogiques qui vont être utilisés pour que le patient atteigne les compétences déterminées [52].

Ces compétences qui déterminent les actions que le patient devrait être capable de mettre en œuvre à l'issue d'une période d'apprentissage sont en général de trois ordres [62] :

- **intellectuelles** (connaissances, interprétation de données, résolution de problèmes, prise de décision, développement de l'esprit critique) ;
- **gestuelles** (habileté technique) ;
- **de communication avec autrui** (capacité à transmettre les informations concernant son état de santé).

Le programme d'éducation thérapeutique est adapté au patient en fonction des compétences qu'il doit atteindre. Un profil de compétences que tout patient peut atteindre peut être défini, ce qui facilite ensuite son adaptation à la singularité du

patient. Il inclut de façon indispensable des compétences dites « de sécurité », visant à ne pas mettre la vie du patient en danger. Ainsi, les compétences de chaque patient en particulier sont définies entre le soignant et le patient sur la base d'une négociation orientée par le traitement pharmacologique, le contrôle de l'environnement et les besoins éducatifs. Il s'agit des compétences spécifiques aux maladies chroniques en général et des compétences spécifiques à la polyarthrite rhumatoïde. À titre d'exemple, une liste de compétences est proposée par l'ANAES [2].

5.3. Troisième étape : mise en œuvre du programme éducatif

Il s'agit de planifier les séances éducatives, donc de définir leur contenu, leur durée, leur rythme, leur organisation, les techniques pédagogiques à utiliser pour amener le patient à acquérir les compétences. Cette planification dépend du diagnostic éducatif et de son évolution.

5.3.1. Les principes d'apprentissage

Il est impossible d'établir une stratégie idéale d'apprentissage. Celle-ci est évolutive en fonction des changements d'attitudes du patient et de son adaptation à sa nouvelle situation. Elle tiendra compte des capacités d'apprentissage du patient, de ses motivations, de son projet personnel et des réponses qu'il recherche afin d'atteindre les compétences fixées avec le soignant.

Les programmes d'éducation du patient peuvent être individuels ou collectifs, le choix dépend des souhaits du soigné et de la disponibilité des professionnels de santé. Les programmes collectifs réunissent des patients avec des objectifs communs.

L'éducation doit reposer sur les principes suivants :

- ❖ Un principe d'intégration aux soins :

Les séances d'éducation et le suivi médical sont l'occasion de s'assurer d'une bonne adhésion et maîtrise du traitement, une bonne maîtrise de l'environnement

et de l'encourager à cesser de fumer et à maintenir une activité physique.

❖ Un principe de hiérarchisation :

Les compétences à développer par le patient sont nécessairement hiérarchisées en fonction de leur complexité. Cette hiérarchisation dépend des acquis du patient, de ses besoins, de ses potentialités et de son projet personnel. Il est important de privilégier les objectifs en lien avec le projet du patient, car ils sont souvent plus motivants pour le soigné et constituent une base de négociation pour l'éducation.

❖ Un principe de personnalisation :

Les techniques d'apprentissage doivent favoriser l'interactivité et le rôle actif du patient, lui permettre de poser des questions, d'expliquer ses difficultés, d'exposer le vécu de ses épisodes de rechute, de proposer ses solutions à partir de l'analyse de ses erreurs [52].

❖ Un principe de collégialité :

Toute rencontre avec une personne PR doit être l'occasion d'amener le patient à acquérir de nouvelles compétences et/ou de les renforcer. L'éducation thérapeutique relève d'une approche interdisciplinaire et interprofessionnelle en tenant compte du fait qu'elle peut être réalisée par des professionnels rassemblés ou non dans un même lieu de soins.

L'action des professionnels concernés s'inscrit dans un climat relationnel alliant écoute et prise en compte des besoins des patients, de leur état émotionnel, de leur vécu et des conceptions de la maladie et des traitements, et rend nécessaire une mise en cohérence des informations. L'accompagnement psychosocial agit en renforcement de l'éducation thérapeutique, en encourageant le patient à adopter des comportements positifs.

❖ Un principe de mise en cohérence des informations :

Le dossier médical hospitalier est constitué de deux séries de documents, les premiers établis au moment de l'admission et durant le séjour du patient, les seconds à la fin du séjour du malade (compte rendu d'hospitalisation, prescriptions établies à la sortie). Cette énumération n'a pas de caractère

exhaustif, d'autres documents pouvant être inclus dans le dossier médical.

Les recommandations australiennes proposent une liste d'éléments à faire figurer dans le dossier de chaque nouveau patient pris en charge par le médecin généraliste [36]. Cette énumération comporte une première série d'informations sur :

- la maladie (symptômes, évolution de la maladie) ;
- le traitement actuel ;
- le mode de survenue des exacerbations ;
- l'impact de la maladie en termes d'absentéisme, de recours aux soins d'urgence, de limitation dans les activités physiques et les effets sur le travail, l'école ; les effets sur la croissance et le développement chez l'adolescent ; l'impact sur la famille quand, à la fois un adulte et un enfant sont PR ;
- les allergies ;
- les autres problèmes de santé, en particulier les médicaments qui aggravent la PR.

5.3.2. Les lieux de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

Les lieux où l'éducation thérapeutique peut être proposée sont variés. Dans une revue des principaux facteurs de développement d'une prise en charge de qualité pour les patients PR, Partridge et al. [103] ont identifié des sites et des opportunités d'éducation thérapeutique. Il s'agit des :

- services d'urgences ;
- consultations chez les médecins généralistes ;
- groupes scolaires (écoles, lycée, etc.) ;
- Écoles de PR ;
- équipes mobiles de santé allant au domicile ou sur des sites fréquentés par certains groupes de patients (adolescents, personnes défavorisées).

En France, l'éducation thérapeutique peut être proposée en consultation, ou lors d'une hospitalisation ou dans le cadre d'un centre spécifique ou d'un réseau de soins.

Un réseau de santé se définit comme la prise en charge coordonnée d'un patient par plusieurs professionnels de santé. Un réseau de santé inclut la notion de réseau de soins organisé. Selon l'ANAES [2], un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. L'intérêt d'un réseau est d'être transversal aux institutions et aux dispositifs existants.

Au Sénégal, elle est proposée lors des consultations pour les éducations thérapeutiques individuelles et lors de séances ouvertes du service pendant lesquelles est délivrée une éducation collective.

5.3.3. L'organisation du programme éducatif

Le NIH [94] a proposé un agenda pour l'éducation au sein des visites de surveillance. Les visites de surveillance sont structurées selon un plan : questions ouvertes d'évaluation, informations et mise en application des techniques. Les domaines abordés lors de cette première visite sont : la connaissance de la maladie, le traitement et la reconnaissance des symptômes avec l'établissement d'un plan d'action individuel écrit. Il est proposé une série de questions pour structurer cette visite initiale :

- Quelles inquiétudes avez-vous à propos de la PR ?
- Quelles sont les activités que vous aimeriez pouvoir faire et que vous ne pouvez faire à cause de votre PR ?
- Qu'attendez-vous du traitement ?

La deuxième visite est proposée dans un délai de 2 à 4 semaines. Les domaines abordés lors de cette visite sont : l'utilisation du méthotrexate, des

corticostéroïdes et le plan de traitement.

Elle se focalise sur l'identification de facteurs favorisant la PR sur le mode de vie.

Le problème du tabac et du contrôle de l'environnement y est également abordé.

Les questions ouvertes proposées pour structurer la visite sont les suivantes :

- Quels médicaments prenez-vous ?
- Quand et comment les prenez-vous ?
- Quels problèmes avez-vous rencontrés avec ces médicaments ?
- Pouvez-vous me montrer comment vous les utilisez ?

Les visites suivantes revoient et renforcent les différents domaines d'apprentissage évoqués.

Un guide pratique destiné aux professionnels de santé a été élaboré par l'OMS pour proposer des stratégies d'amélioration de l'adhésion du patient aux différents éléments de sa prise en charge [93]. Plusieurs suggestions sont proposées aux professionnels impliqués dans l'éducation du patient PR pour aborder l'adhésion aux différents aspects de la prise en charge. La première consiste à utiliser des stratégies telles que :

- l'utilisation des techniques de communication appropriées : questions ouvertes, attitude non culpabilisante, empathie, progressivité dans la délivrance de l'information, reconnaître et encourager les efforts pour adhérer aux différents aspects de la prise en charge, etc. ;
- la proposition de systèmes de rappels tels que carnet, aide-mémoire ou l'encouragement du patient et de ses proches à trouver leur propre système, etc. ;
- l'implication du patient dans la gestion de sa maladie et des traitements en se positionnant en tant que superviseur (en particulier avec l'adolescent) : simplifier les prescriptions au maximum en tenant compte des préférences, des besoins et des potentialités de la personne (en particulier âgée), réduire le nombre de prises journalières au minimum si possible (en évitant les

prises à l'école pour l'adolescent), s'assurer de la bonne compréhension du plan de traitement ;

- la recherche d'un soutien social, en particulier pour l'adolescent.

La deuxième stratégie consiste à utiliser des questions pour évaluer l'adhésion. Il s'agit, selon les auteurs, d'un exemple de structuration des différents éléments constitutifs de l'adhésion. Il constitue un support pour guider l'entretien avec le patient. La première partie du questionnaire explore les représentations de la maladie, le retentissement sur la vie personnelle, les croyances dans l'efficacité des traitements, le sentiment d'auto-efficacité. La seconde partie explore les connaissances des signes d'aggravation de la maladie, le suivi du plan de traitement et la relation avec la dégradation de l'état respiratoire, la connaissance des symptômes, la connaissance de l'action des différents médicaments, les techniques de prise des médicaments (avec démonstration), les connaissances de la physiologie de la PR.

5.3.4. La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

Dans son rapport, l'OMS considère que les activités éducatives peuvent comporter des temps de sensibilisation, d'information orale et écrite, d'apprentissage de l'autogestion de la maladie, de soutien psychologique [139].

5.3.4.1. Les activités éducatives

La mise en œuvre de l'éducation nécessite l'utilisation de techniques pédagogiques :

- **la sensibilisation** : lorsque le patient bénéficie d'une information concernant sa maladie, si celle-ci est personnalisée, elle a un effet positif sur la motivation à apprendre en la renforçant. La sensibilisation à l'éducation thérapeutique est centrée également sur l'opinion publique [139]. Ainsi le rapport de l'OMS recommande par exemple aux médias

(écrits et audiovisuels) de donner des informations dans le domaine de l'éducation thérapeutique en les considérant comme partie intégrante de leur mission d'informateur ; aux industries de la santé notamment d'accroître la recherche sur l'information et l'éducation du patient conjointement à la commercialisation des médicaments, des appareils, etc. Ces recommandations s'adressent également aux organismes de prise en charge des soins, aux autorités nationales chargées de la santé, de l'environnement et de l'éducation ;

- **l'information orale** : selon les recommandations de l'ANAES [2], l'information est destinée à « éclairer le patient sur son état de santé, à lui décrire la nature et le déroulement des soins et à lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause, notamment d'accepter ou de refuser les actes à visée diagnostique et/ou thérapeutique qui lui sont proposés » ;
- **l'information écrite** : l'information écrite (document papier, support vidéo ou multimédia) est un complément possible à l'information orale, à condition qu'elle soit hiérarchisée, repose sur des données validées, soit synthétique, claire et compréhensible pour le plus grand nombre de patients et incite le patient à poser des questions ;
- **l'apprentissage de l'autogestion de la maladie** : l'apprentissage d'un point de vue de la psychologie cognitive est un processus actif, cumulatif et progressif. Ainsi, le sujet apprenant effectue une opération de traitement de l'information, car c'est par un réaménagement de ses acquis (connaissances) de départ qu'un apprentissage peut avoir lieu. De ce fait, c'est en questionnant l'expérience du patient que les informations à transmettre lui seront transmises et qu'il sera conduit à les expérimenter par essais successifs [52]. Les programmes d'autogestion sont mis en œuvre dans le cadre de programmes éducatifs structurés ;
- **l'aide psychosociale** : apportée par les soignants, elle agit en renforcement

de l'éducation thérapeutique en encourageant le patient à adopter des comportements positifs. Les interventions de soutien psychosocial s'adressent tantôt au patient, tantôt à la famille, voire aux deux. Elles joueraient un rôle dans la capacité à identifier et reconnaître ses propres représentations ou conceptions de la maladie, du traitement, à comprendre ses enjeux et objectifs personnels, à agir sur ces facteurs psychosociaux ou à requérir l'aide nécessaire.

5.3.4.2. Les techniques pédagogiques

Les techniques et les supports matériels proposés aux patients dans les différentes recommandations sont les suivants :

- écoute du professionnel de santé ;
- lecture de livre ou plaquette, observation d'une vidéo, écoute d'une bande audio ;
- suivi d'une séance d'éducation sur la maladie ;
- participation à une réunion publique ou à un groupe d'entraide de patients pour recueillir leurs expériences ;
- lecture d'articles de la presse, écoute des médias (télévision, radio) ;
- psychodrames (sans description de la technique) ;
- mise en situation avec résolution de problèmes ;
- éducation assistée par ordinateur (CD-ROM, Internet, forum).

Les techniques d'apprentissage sont choisies en fonction de la compétence recherchée chez le patient. Par exemple, pour :

- **les compétences à dominante intellectuelle** : l'autogestion de la maladie et l'adaptation du traitement nécessitent des connaissances, une interprétation de données, la résolution de problèmes, une prise de décision. On fera appel à des techniques pédagogiques participatives telles que par le raisonnement du patient à partir d'un carnet de surveillance simulé ou encore la résolution de problèmes à partir d'études de cas ;

- **les compétences à dominante gestuelle** : les habiletés techniques permettant de manipuler du matériel de surveillance, d'effectuer une suite de gestes coordonnés pour injecter des médicaments sont des gestes de pratique courante accomplis par le patient. L'acquisition des compétences gestuelles se fait d'abord par observation et imitation, puis par contrôle des étapes du geste et enfin par automatisme ;
- **les compétences à dominante de communication avec autrui** : ces compétences relationnelles demandant au patient d'informer son entourage sur sa maladie nécessitent le recours à des jeux de rôles. Bien sûr, pour informer son entourage, des connaissances préalables sur la maladie et sur les composantes du traitement sont nécessaires.

Les techniques pédagogiques peuvent être individuelles, collectives ou collectives et individuelles [2].

5.4. Quatrième étape : l'évaluation des compétences du patient

Chaque entretien est l'occasion de refaire une évaluation et de permettre au patient de prendre conscience de ses réussites, de ses difficultés et de ses erreurs. Pour le praticien, c'est un moment privilégié pour évaluer la sévérité et le contrôle de la maladie, de vérifier la mise en application de l'autogestion du traitement, faire le bilan des compétences et analyser certains indicateurs thérapeutiques (nombre d'exacerbations, recours aux urgences, hospitalisation, etc.).

Une synthèse de ces informations, écrites, doit être réalisée à des temps différents de l'éducation, transmise aux différents acteurs de santé afin de permettre une continuité de soins et une cohérence dans le suivi. Elle est essentielle pour pouvoir adapter les objectifs du patient en fonction des évolutions de sa maladie et de son environnement. Elle permet de plus que le travail réalisé soit reconnu par tous les acteurs de santé [2].

Les recommandations australiennes [93] précisent que les connaissances et les

capacités à gérer la maladie doivent être évaluées avec le patient lors de chaque séance d'éducation. Il s'agit en particulier d'évaluer les connaissances concernant les médicaments, leur dosage et la manière de les prendre, la différence entre le traitement de fond, celui des exacerbations, le contrôle des symptômes, les étapes à suivre pour reprendre le contrôle de la maladie en cas de détérioration de rechute ; la connaissance et le contrôle des facteurs favorisants, la démonstration correcte de la technique de prise des médicaments.

Quant aux recommandations canadiennes [18], elles citent brièvement la nécessité d'une évaluation répétée des apprentissages au moyen d'un suivi régulier (sans précision de la fréquence). Les méthodes d'évaluation ne sont pas précisées. Les autres recommandations internationales analysées par l'équipe de travail de l'ANAES laissent sous silence l'évaluation de l'éducation thérapeutique [2].

5.4.1. Types d'évaluation

❖ L'évaluation dite diagnostique, pronostique ou prédictive

Elle permet de prendre des décisions d'orientation ou d'adaptation. Dans le contexte de l'éducation thérapeutique du patient, il est préférable de nommer ce temps comme une évaluation initiale qui s'effectue au moment du diagnostic éducatif. Les décisions envisagées sont de trois ordres :

- **cliniques** : elles permettent d'adapter le traitement en fonction des résultats biologiques ;
- **psychosociales** : elles permettent de prévoir un accompagnement psychosocial adapté afin de trouver avec le patient des solutions aux difficultés qu'il rencontre ;
- **pédagogiques** : elles permettent de déterminer les compétences à acquérir ou à améliorer permettant au patient de gérer son traitement et de réaliser son projet.

❖ L'évaluation formative au cours de l'éducation

Elle accompagne les apprentissages que le patient doit réaliser et permet de prendre des décisions de nature pédagogique. Intégrée au processus d'apprentissage, elle éclaire le patient et l'éducateur soignant sur les réussites, les difficultés, les freins à l'apprentissage. Il s'agit de concevoir cette évaluation, par un questionnement adapté, de telle sorte qu'elle permette au patient de prendre conscience de ses réussites, de ses difficultés, de ses erreurs, et l'amène à les corriger lui-même.

Ainsi conçue, elle renforce la motivation, situe le patient acteur de son éducation et c'est « un allié puissant vers l'autonomie », car elle développe les capacités d'auto-évaluation, d'autocorrection du patient. Travailler ces capacités, par la prise de conscience qu'elles supposent, permet au patient d'envisager de nouvelles stratégies à mettre en œuvre par lui-même.

❖ L'évaluation de bilan

Elle a pour fonction de vérifier en fin de formation la possession par les sujets des savoirs et compétences visés. Il s'agit plutôt d'une évaluation de bilan qui a lieu à la fin des séquences d'apprentissage. L'évaluation dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient doit être considérée comme un acte de communication entre le soignant et le patient, et ceci quel que soit le moment où elle a lieu.

5.4.2. Instruments d'évaluation

Les instruments d'évaluation utilisés dans l'éducation thérapeutique sont, pour la plupart, issus des sciences de l'éducation et de la pédagogie médicale. C'est le cas des questions à choix de réponse de type vrai-faux ou QCM, des cas cliniques avec QCM, des cartes de Barrows, des grilles d'attitudes et gestuelles. Tous les instruments d'évaluation décrits par l'ANAES [2] peuvent s'utiliser en cours ou à la fin d'une séquence d'éducation. En reprenant les différents domaines de compétences, on peut évaluer les connaissances du patient, ses habiletés

gestuelles, ses attitudes.

❖ L'évaluation des compétences à dominante intellectuelle

Elle évalue l'acquisition des compétences comme la compréhension de la maladie, la reconnaissance des facteurs favorisants, les signes avant-coureurs d'une crise et les plans d'autogestion. Elle peut se faire oralement au décours d'une consultation ou par écrit (prétest avant éducation et post-test après éducation, score de connaissance de la maladie, etc.).

Gagnayre et al. [52] suggèrent d'utiliser préférentiellement des questionnaires à choix de réponse de type vrai-faux ou des QCM. Il va de soi que ce type d'évaluation est inopportun pour des sujets analphabètes. On pourra alors utiliser des représentations imagées (médicaments) ou demander au sujet de séparer sur une table les médicaments de la crise des médicaments du traitement de fond. On s'aidera au besoin des codes couleur des médicaments (bleu = médicaments de crise, rouge plus ou moins foncé = corticoïdes).

❖ L'évaluation des compétences à dominante gestuelle

Les grilles d'observation permettent de mesurer le degré de maîtrise d'un geste. Elles comportent une description de toutes les étapes du geste, et pour chacune d'entre elles, une échelle de mesure est proposée. Cette grille peut être utilisée par le professionnel de santé et/ou remise au patient en cours d'apprentissage et/ou lors de sa sortie.

❖ L'évaluation des compétences à dominante de relation à autrui

Selon le guide pédagogique pour les personnels de santé de l'OMS [102], l'attitude correspond au comportement d'un individu à l'égard des événements, des opinions. Elle est le reflet des sentiments, des pensées et des prédispositions à agir face à une autre personne (professionnel de santé, famille, proche, enseignant, employeur).

Généralement, l'attitude n'est pas directement observable mais peut être déduite du discours du patient ou d'un comportement visible. Elle évolue dans le temps, à mesure que le patient s'adapte à sa nouvelle situation.

Des grilles d'observation, permettant de mesurer le comportement d'un patient lorsqu'il doit donner des informations sur sa maladie ou en situation de négociation, ont été utilisées dans la maladie. Ainsi, Gagnayre et al. [52] proposent d'utiliser une échelle d'attitudes adaptée de celle d'Osgood (Tableau V).

Cette échelle se construit en dressant deux listes d'attitudes (ou d'actes), l'une représentant le pôle positif, l'autre le pôle négatif (par exemple : souriant-triste, clair-confus). Entre chacun des pôles, une échelle comportant six degrés indique où se situe le patient. Le chiffre 6 représente le pôle positif et le 1 le pôle négatif. Ainsi, cette évaluation lorsqu'elle est proposée plusieurs fois permet d'observer les changements chez le patient dans sa capacité à communiquer. La difficulté de construction d'une échelle d'attitudes consiste à ne retenir que les éléments les plus significatifs de l'attitude que l'on veut mesurer [61].

Tableau V : Échelle de différenciation sémantique d'Osgood [52]

6	5	4	3	2	1
Actif					Passif
Autonome					Dépendant
Calme					Agressif
Serein					Inquiet
Social					Isolé
Curieux					Désintéressé

❖ L'évaluation de l'ensemble des compétences

À la fin de chaque séquence éducative, une évaluation permet de vérifier si l'ensemble des compétences décrites dans le contrat d'éducation est acquis et d'inférer sur leur transfert éventuel dans la pratique quotidienne du patient. Elle renseigne sur l'utilité de maintenir les séances d'éducation planifiées ou d'en prévoir d'autres et leur fréquence. Des questions clés sont proposées à titre d'exemple dans le tableau VI pour guider l'évaluation. Une approche plus

complète, mettant en relation les compétences à acquérir, les techniques d'apprentissage et les méthodes d'évaluation appropriées, est proposée par l'ANAES [2].

Tableau VI : Exemples de questions clés pouvant être utilisées lors des séances d'éducation pour estimer l'évolution de l'attitude du patient

Perception du problème	Que savez-vous sur ?
Expérimentation	Comment allez-vous essayer concrètement ?
Application dans la vie quotidienne	Comment comptez-vous faire ? Quelles sont les difficultés que vous prévoyez ?
Interprétation d'un événement	Comment avez-vous vécu cet épisode ?
Maintien des comportements	Comment pourriez-vous continuer de faire ?
Qualité de vie	Parmi vos activités familiales, sociales, professionnelles, de loisirs, quelles sont celles que vous avez dû réduire ou abandonner ? Que voudriez-vous entreprendre que votre PR vous empêche de faire ?

6. Évaluations de la qualité et de l'efficacité du programme éducatif

Les recommandations de l'OMS concernant l'éducation thérapeutique du patient proposent d'évaluer la qualité du processus pédagogique, sans en préciser les critères [57]. En s'appuyant sur le guide pédagogique pour les professionnels de santé de l'OMS [102], plusieurs aspects d'un programme éducatif pour les personnes asthmatiques peuvent être évalués :

- les objectifs généraux et les compétences spécifiques ;
- les caractéristiques des personnes PR ayant bénéficié d'un programme éducatif ;
- les ressources humaines et matérielles mobilisées ;
- les techniques pédagogiques ;
- les supports d'information (pertinence du contenu, facilitateur de l'apprentissage) ;
- l'évaluation par les patients eux-mêmes du programme d'éducation, des

- techniques, de la relation avec les professionnels ;
- la continuité des soins.

Selon Gibson et al. [54], les critères de jugement permettant d'apprécier les programmes éducatifs seraient :

- le nombre d'exacerbations ;
- le contrôle de la maladie (échelle) ;
- le recours aux urgences et le nombre de consultations inopinées ;
- le taux d'hospitalisations ;
- l'amélioration des paramètres fonctionnels ;
- le taux de mortalité ;
- l'absentéisme scolaire et professionnel ;
- la mesure de la qualité de vie.

7. Les programmes d'éducation « simplifiés » et « structurés »

Le médecin se base sur ses connaissances, ses savoirs techniques, et ses expériences pour prendre en charge ses patients. Son approche de l'éducation thérapeutique peut être très variable et sa représentation de l'éducation floue [67,88]. Souvent il résume sa démarche éducative à un « programme d'éducation simplifiée » qui consiste à communiquer des informations portant sur la physiopathologie de la PR, la maîtrise des facteurs déclencheurs, l'effet secondaire des médicaments à un individu ou à un groupe. Ce programme qui est donc un programme d'information n'a pas montré d'impact sur la diminution des hospitalisations pour la PR ou la fréquence des consultations aux urgences. Par contre, la perception des patients des symptômes s'est améliorée [2].

Cependant, lorsqu'on introduit un plan de traitement écrit et individuel (autogestion du traitement en cas de poussées), l'appréciation des symptômes (avec enregistrement ou non dans un carnet) visant une autogestion par le patient (programme d'éducation structuré), les résultats sont autres. L'impact favorable sur les différents critères de jugement susmentionnés est notable.

8. La place du plan d'action écrit

Le plan d'action doit être intégré à l'éducation, mais il demeure encore trop peu diffusé par les médecins et trop peu utilisé par les patients [29]. Trois quarts des patients qui ne contrôlent pas leur maladie ne disposent pas de plan d'action, alors que celui-ci est présent dans les recommandations depuis treize ans [104]. Les professionnels (généralistes ou spécialistes) ont du mal à s'impliquer ; le manque de connaissances et de consensus sur le contenu thérapeutique du plan d'action en fait un outil encore difficile à établir. Une étude [69] s'intéressant aux attitudes des professionnels de santé concernant le plan d'action met en exergue trois obstacles à sa rédaction :

- le manque de temps pendant la consultation ;
- l'inadaptation de l'outil à tous les patients (sévérité de maladie et caractéristiques sociocognitives) et la complexité des plans déjà disponibles.

Et, c'est aussi à cause du manque de connaissance des recommandations, de fausses croyances à l'égard de la maladie, du manque de confiance à déléguer le savoir médical aux patients, mais aussi à considérer les capacités des patients à s'autogérer. Parfois, il s'agit tout simplement d'un manque de confiance des médecins en leurs propres capacités à rédiger le plan d'action [104].

L'éducation connaît un impact significatif lorsque les patients disposent d'un plan d'action personnalisé écrit, et ce, dès les urgences ou les soins primaires [55].

9. Déroulement ETP au service de médecine interne/rhumatologie

- Séances collectives
- Se déroulent tous jeudis
- 10 patients par sessions
- Salle multimédia service médecine interne
- Atelier
- Chaque séance un thème

Les patients étaient répartis en groupe de dix au maximum.

Fort de l'expérience des équipes déjà exercées sur les procédés de l'éducation thérapeutique et des recommandations de la HAS, étaient prévues 3 sessions par groupe de patients :

- une première session consacrée à l'évaluation du niveau de connaissances sur la maladie, les croyances culturelles, le vécu, le rôle de l'entourage, les informations sur les aspects diagnostiques et l'évolution ;
- une deuxième session centrée sur les aspects thérapeutiques et les modalités de prise en charge ;
- une troisième session dite de consolidation.



Figure 6 : Séance ETP salle de cours médecine interne

DEUXIÈME PARTIE : NOTRE ÉTUDE

I. PATIENTS ET MÉTHODES

1. Cadre d'étude

Notre étude a été menée au Centre hospitalier national Dalal Jamm de Guédiawaye qui fait partie des sept établissements publics de santé de niveau III de la région de Dakar. Cette structure regroupe des spécialités chirurgicales et médicales. Le service de Médecine interne/Rhumatologie est fonctionnel depuis le 26 septembre 2016, et reçoit des patients provenant des différentes régions du Sénégal et de la sous-région. Dès son ouverture, les activités ont démarré par les consultations externes. Les hospitalisations ont débuté le 25 avril 2019.

Le personnel de ce service est constitué :

- d'un Professeur Titulaire en Médecine interne, Rhumatologue : le chef de service ;
- d'un Maître de Conférences Titulaire en Médecine Interne, Immunologie clinique ;
- d'un praticien hospitalier spécialisé en Rhumatologie,
- d'un praticien hospitalier spécialisé en Médecine Interne - Immunologie clinique ;
- d'un praticien hospitalier spécialisé en Hépto-gastro-entérologie ;
- d'un médecin généraliste, unité douleur ;
- de médecins en cours de spécialisation (internes et DES) ;
- d'un personnel paramédical ;
- d'une secrétaire.

Les pathologies les plus fréquentes dans ce service sont les pathologies ostéoarticulaires et digestives.

1.1. Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale, de type descriptif et analytique sur deux ans, du 1^{er} octobre 2021 au 1^{er} octobre 2023.

1.2. Population d'étude

Notre étude englobe tous les patients suivis pour PR dans le service dans la période allant du 1^{er} octobre 2021 au 1^{er} octobre 2023.

1.3. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude tous les patients atteints de PR qui ont participé au moins à une séance ETP.

1.4. Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude :

- les patients atteints d'une autre pathologie et qui ont participé à des séances ;
- ceux qui ont un questionnaire incomplet.

2. Sources de données

La collecte des données a été effectuée à partir d'un questionnaire après ETP et les dossiers médicaux annexes.

2.1. Instruments de collecte de données et paramètres étudiés

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête (Annexe A) comportant plusieurs volets notamment sociodémographiques relatifs à l'interrogatoire, le suivi, l'activité de la maladie, un volet traitements, le stress et l'impact des séances de l'ETP.

Les paramètres d'intérêt relevés ont été l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la répartition géographique, le délai de diagnostic, le stress, le traitement en cours sur activité et l'impact des séances ETP.

2.2. Collecte des données

Nous avons effectué le recueil des données sous la supervision du médecin rhumatologue du service.

3. La prise en charge des séances d'ETP

Les séances d'ETP sont gratuites.

4. Aspect éthique

Un consentement libre, éclairé et écrit était recueilli auprès des personnes enquêtées.

Les buts et objectifs de l'étude ont été préalablement expliqués au malade. Les données recueillies ont été traitées et archivées de façon à sauvegarder la confidentialité.

En cas d'incapacité, le consentement était obtenu auprès du représentant légal : ascendant direct, frère ou sœur, descendant direct, conjoint (e).

5. Exploitation des données

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel Sphinx version 5.

Dans la partie descriptive, le calcul des fréquences a été effectué pour les variables qualitatives. Quant aux variables quantitatives, le calcul des moyennes a été fait.

Dans la partie analytique, les tests statistiques ont été utilisés : le test du Chi² ou le test de Fisher pour la comparaison de proportions selon leurs conditions d'applicabilité, et le test de Student pour la comparaison de moyennes. Les tests sont statistiquement significatifs lorsque le p était inférieur à 0,05.

II. RÉSULTATS

1. Résultats globaux

Nous avons colligé pendant la période d'étude 80 patients, 5 patients n'ont pas été inclus dans l'étude pour avoir rendu un questionnaire incomplet.

1.1. Données épidémiologiques

1.1.1. La fréquence

Durant la période d'étude, 75 ont répondu aux critères d'inclusion, soit une fréquence annuelle relative de 37 cas.

1.1.2. L'âge

L'âge moyen de nos patients était de 40,08 ans avec des extrêmes de 21 ans et 76 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 21 ans à 40 ans avec un pourcentage de 45,33.

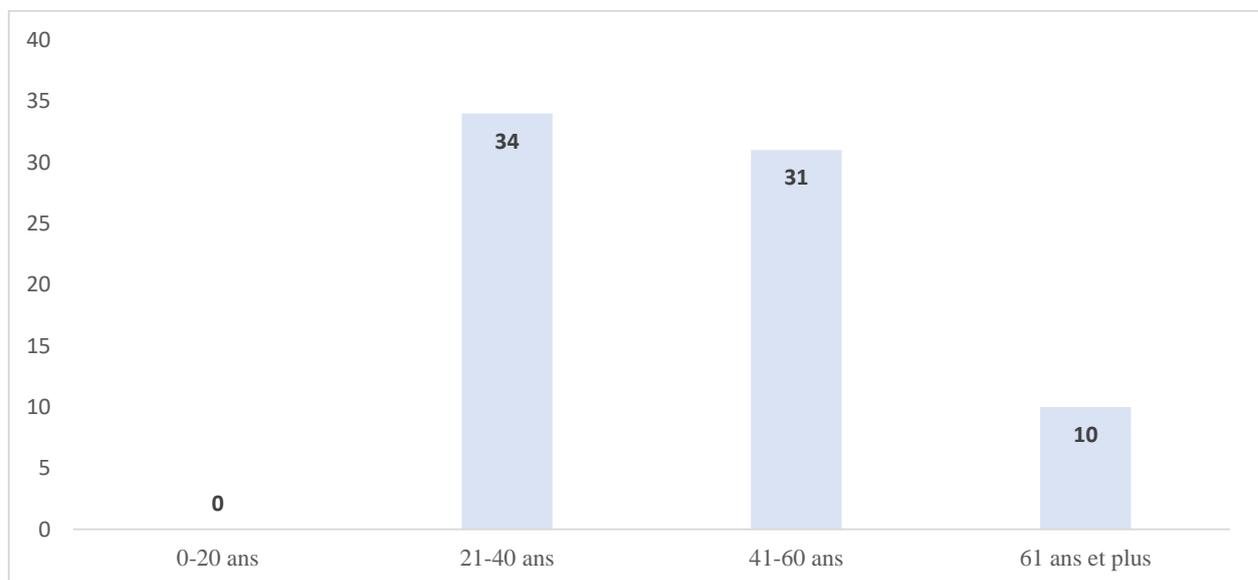


Figure 7 : Répartition des patients par tranches d'âge

1.1.3. Le sexe

Le sexe féminin était prédominant avec un pourcentage de 87 %.

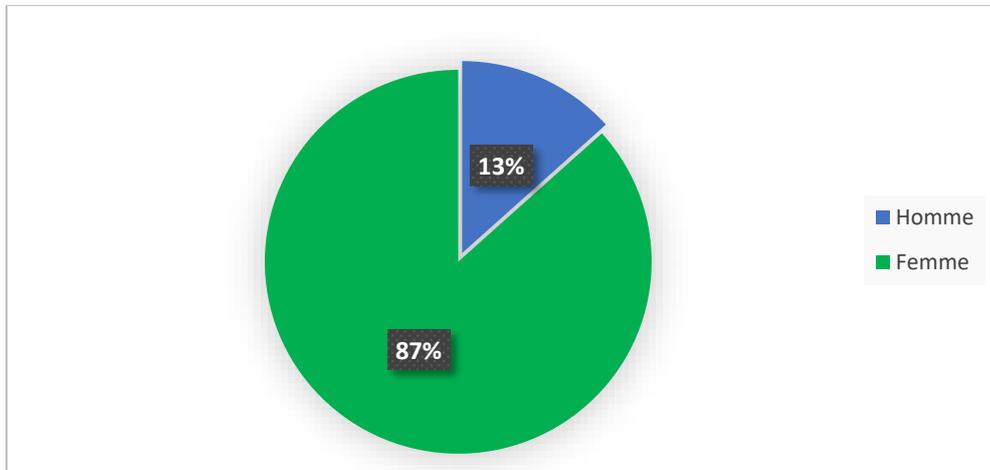


Figure 8 : Répartition des patients par sexe

1.1.4. Répartition des patients selon la scolarité

Soixante-quinze pour cent (75 %) des patients ont fait des études. Quarante quatre d'entre eux ont fait l'École française, sept ont fréquenté l'École franco-arabe, trois sont passés par l'école coranique, deux sont issus de l'école arabe et 25 % des patients n'ont pas bénéficié d'une scolarisation.

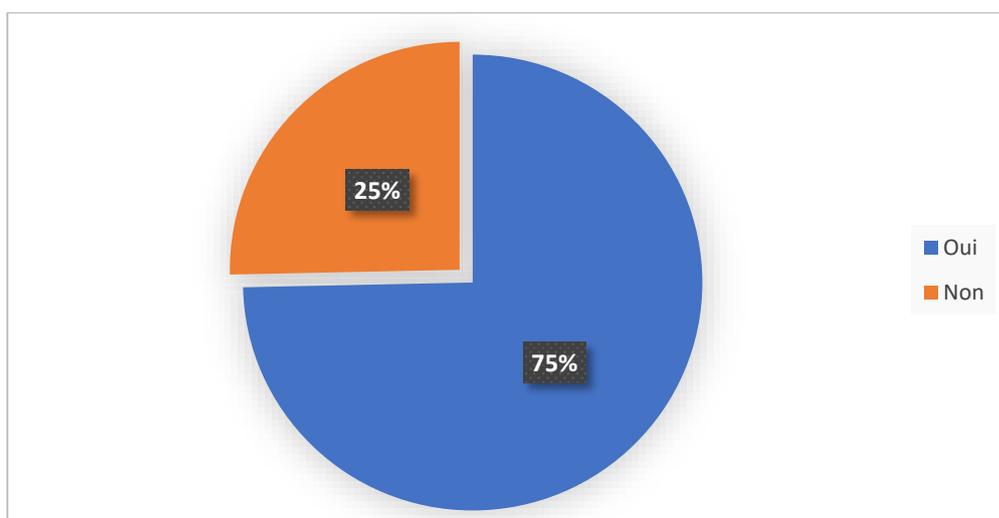


Figure 9 : Répartition scolaire des patients

Tableau VII : Répartition selon le type d'études

Écoles	Nombre de patients	Pourcentage (%)
École arabe	2	2,67
École coranique	3	4,00
École française	44	58,67
École franco-arabe	7	9,33
Aucun	19	25,33
Total	75	100,00

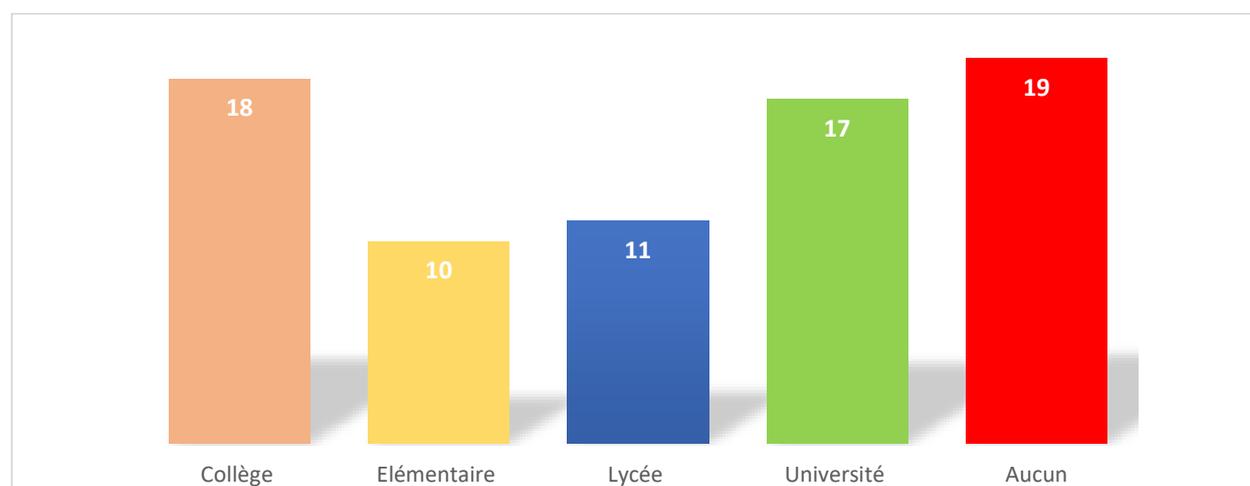


Figure 10 : Répartition selon le niveau d'études des patients

1.1.5. Situation matrimoniale

Les mariés prédominaient avec un taux de 68 % des malades, suivis de 19 % de célibataires, de 9 % de veufs et de 4 % de divorcés.

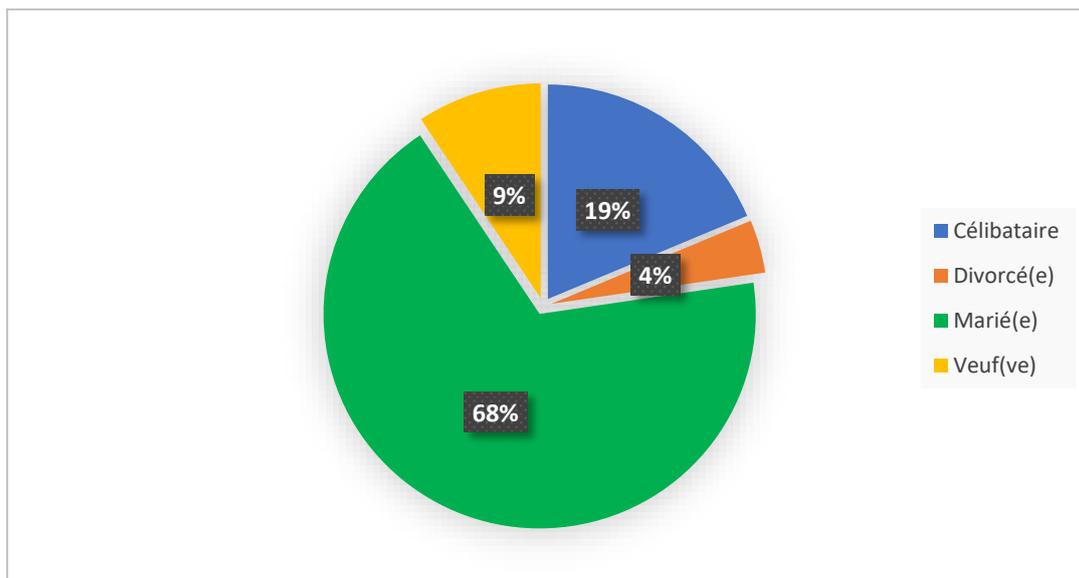


Figure 11 : Situation matrimoniale des patients

1.1.6. Répartition selon l'origine géographique

La région de Dakar prédominait avec une fréquence de 34 patients, suivie de Diourbel et Louga.

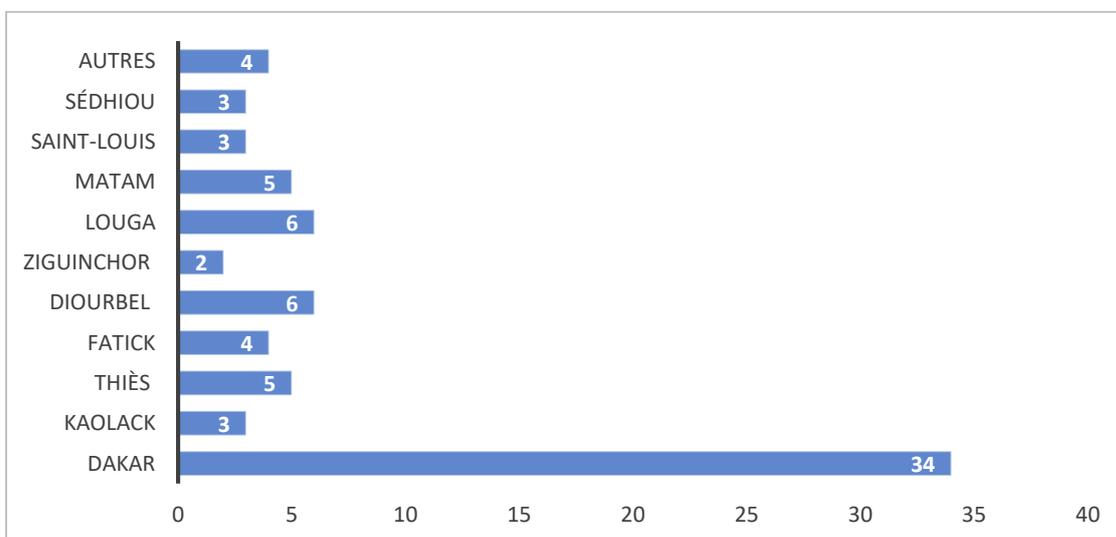


Figure 12 : Répartition géographique des patients

1.2. Délais de diagnostic

Quarante-cinq (45) patients avaient un délai de diagnostic de 1 à 12 mois, suivis de 10 dont le délai de diagnostic est de 1 à 2 ans.

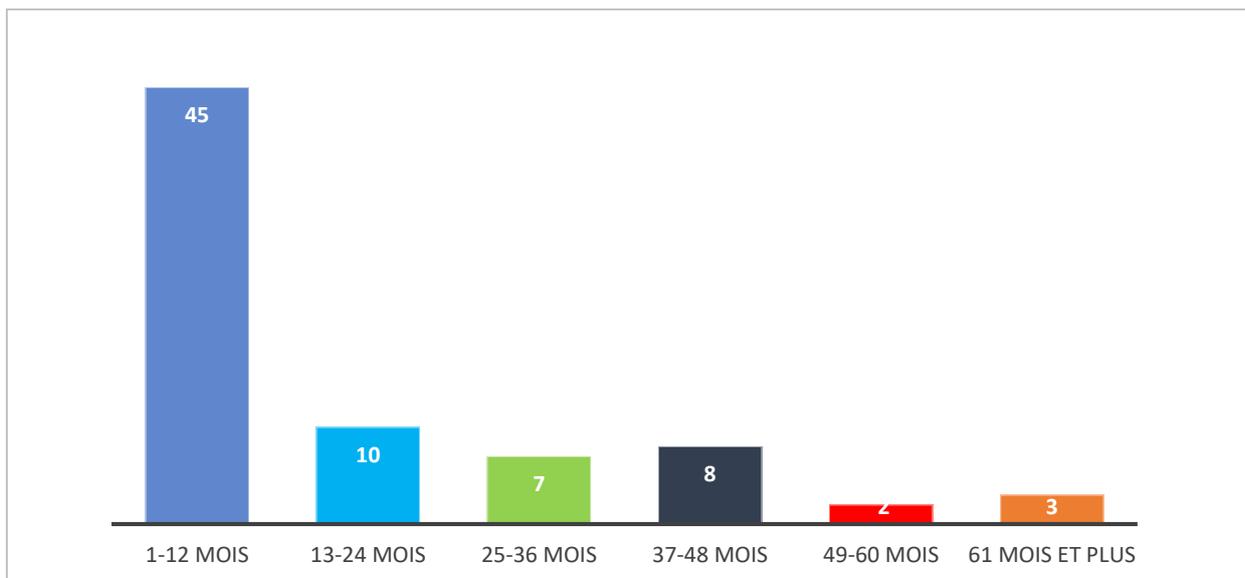


Figure 13 : Délais de diagnostic des patients

1.3. Suivi des patients

Quatre-vingt-quinze pour cent (95 %) des patients étudiés avaient un suivi médical : 93 % d'entre eux étaient réguliers et 7 % restent mal suivis.

Quatre-vingt-quatre pour cent (84 %) des patients étaient suivis par des rhumatologues et 14 % par des internistes.

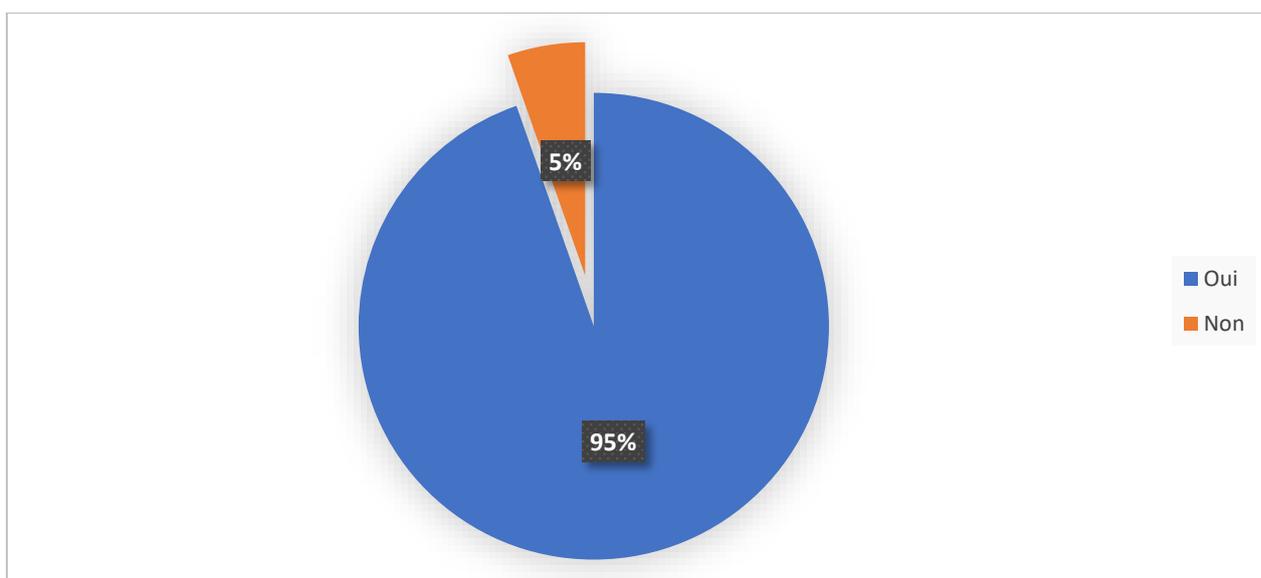


Figure 14 : La répartition selon le suivi des patients

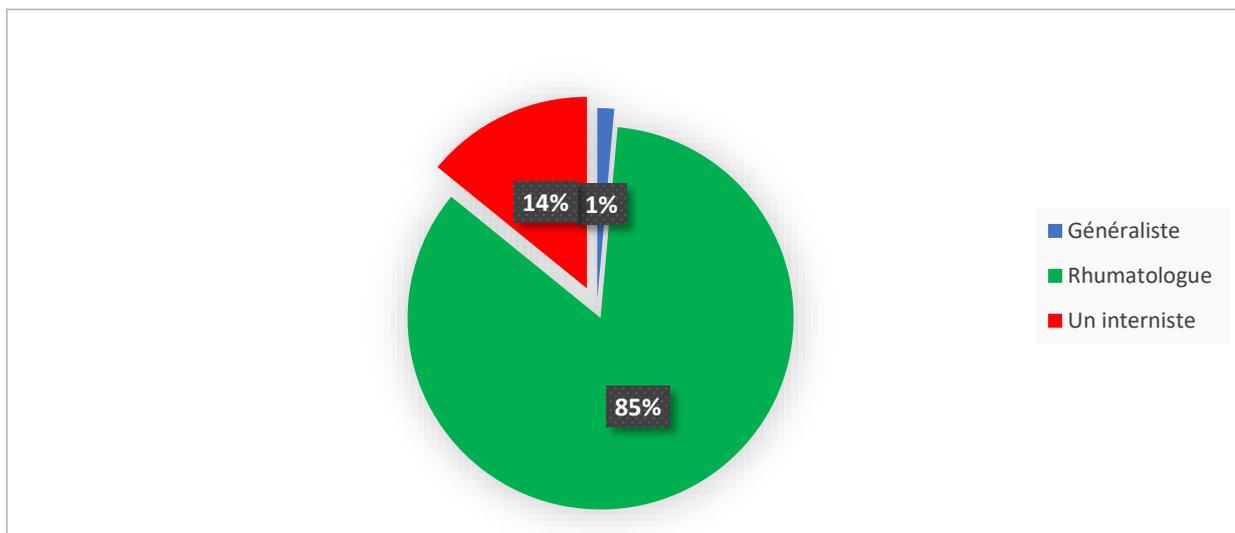


Figure 15 : Répartition des médecins traitants

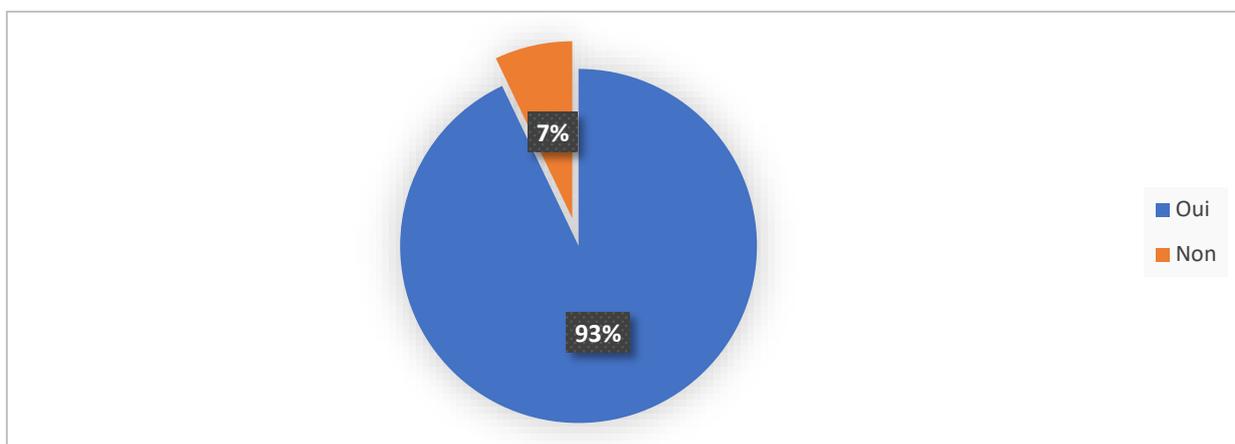


Figure 16 : Répartition des patients selon le suivi régulier

1.4. Le stress

Quarante-huit (48) patients étaient stressés par la maladie selon le test d'évaluation du stress chronique.

Tableau VIII : L'état de stress des patients

Mode de vie	Nombre	Pourcentage (%)
Stressé	48	64,00
Non stressé	27	36,00
Total	75	100,00

1.5. Traitement en cours

1.5.1. Corticothérapie

Soixante-neuf pour cent (69 %) des patients avaient bénéficié de la corticothérapie.

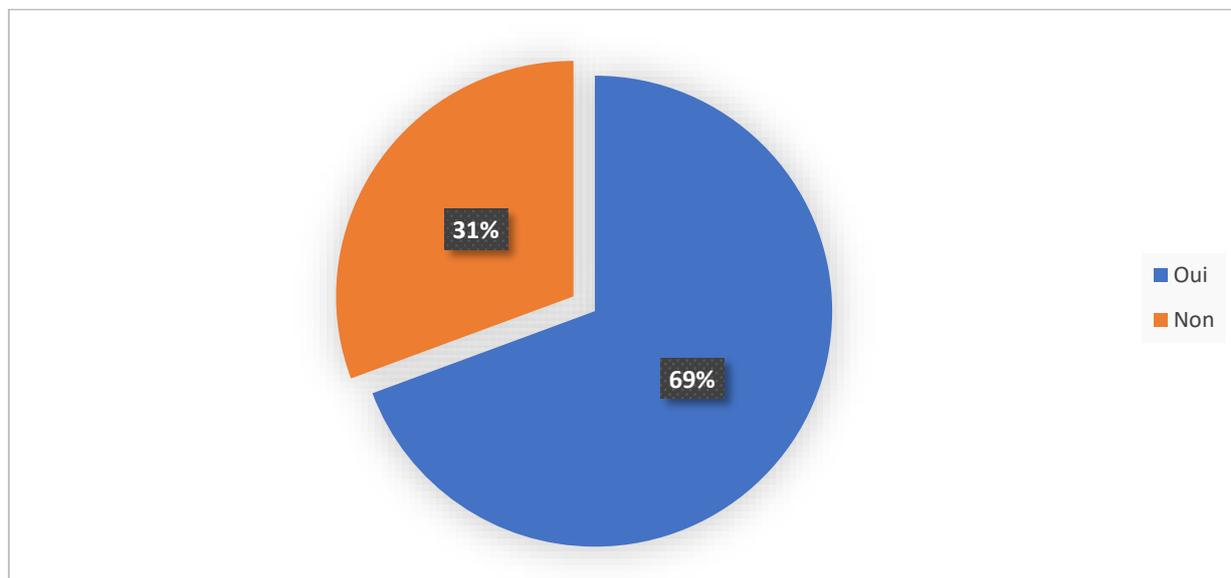


Figure 17 : Répartition de la corticothérapie chez les patients

1.5.2. Traitement de fond

Quatre-vingt-un pour cent (81 %) des patients étaient sous traitement de fond.

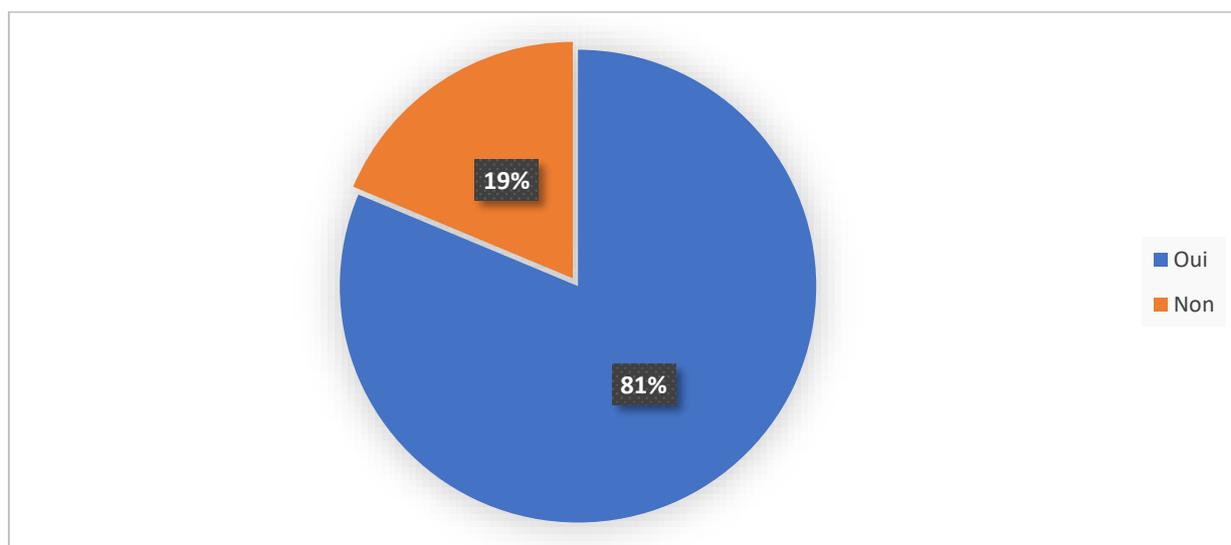


Figure 18 : Répartition des patients suivant un traitement de fond

1.6. Activité de la maladie

1.6.1. Déformations articulaires

Trente-deux (32) patients avaient des déformations articulaires prédominantes aux doigts.

Tableau IX : Répartition des patients selon l'état des déformations

Articulations	Nombre	Pourcentage (%)
Déformées	32	42,67
Non déformées	43	57,33
Total	75	100,00

1.6.2. Manifestations extra-articulaires

Soixante-dix-sept pour cent (77 %) des patients n'avaient pas présenté de signes extra-articulaires.

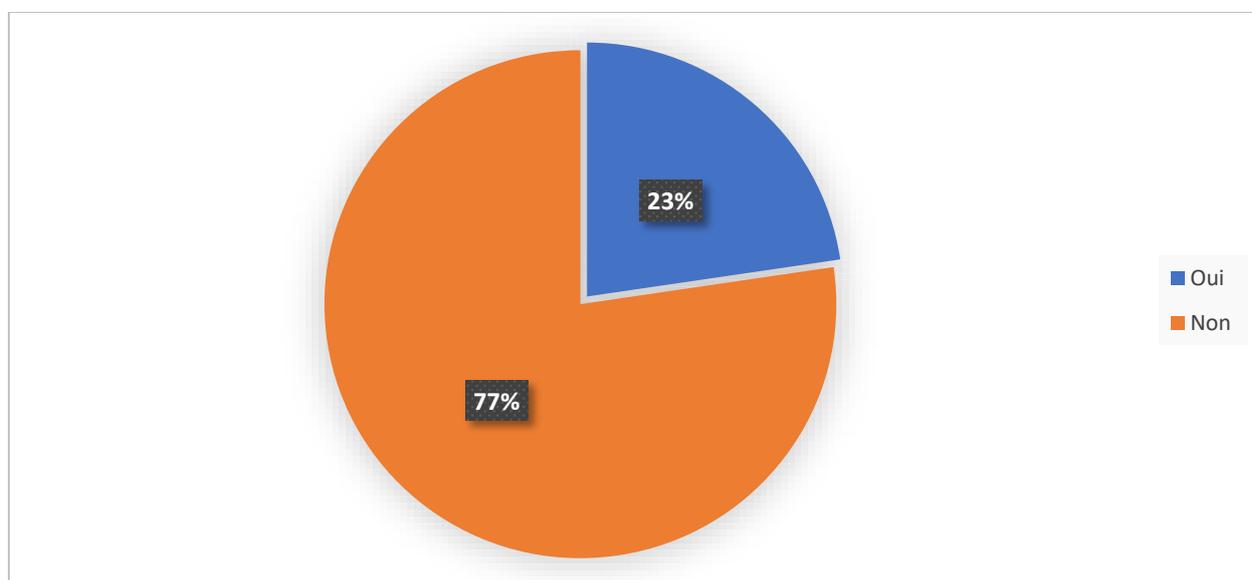


Figure 19 : Manifestations extra-articulaires chez les patients

1.7. Éducation thérapeutique des patients

1.7.1. Connaissance des ETP

Quarante-cinq (45) patients avaient connu l'ETP dans les associations de malades notamment l'ASPRIC (Association sénégalaise pour la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques) et PRS Sénégal (Polyarthrite rhumatoïde Sénégal), et 30 par un médecin.

Tableau X : Les patients qui ont connu l'ETP

Connaissance des ETP	Nombre	Pourcentage (%)
Associations de malades	45	60,00
Médecins	30	40,00
Total	75	100,00

1.7.2. Les malades intéressés

La majorité des patients étaient très intéressés par l'ETP, soit 41 d'entre eux.

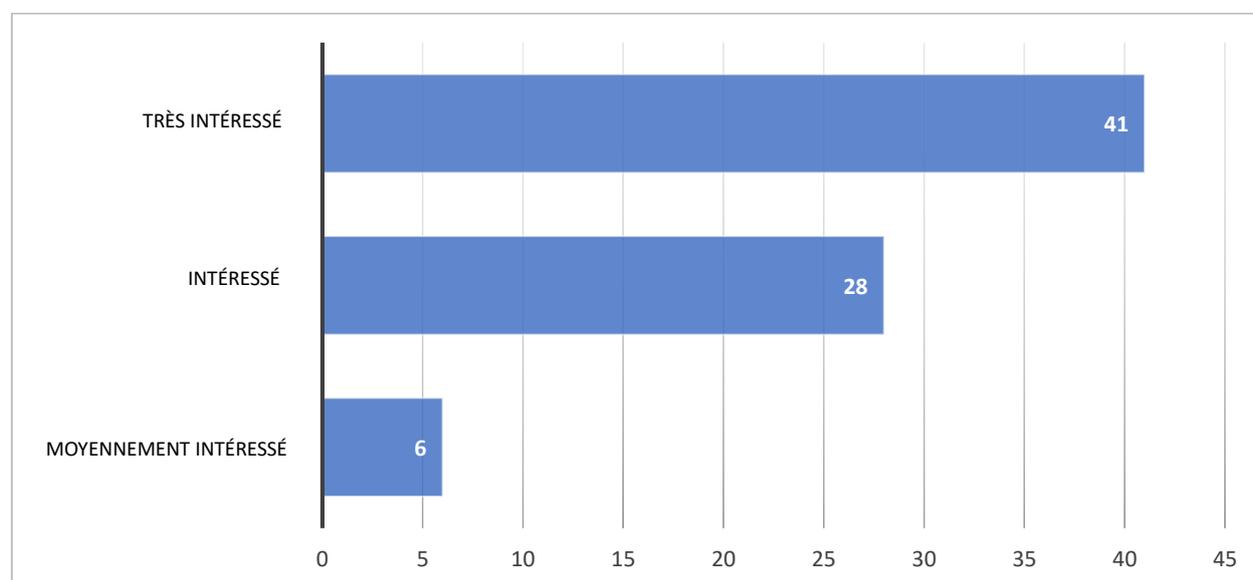


Figure 20 : Niveau de satisfaction des patients

1.7.3. L'attente des patients

L'attente était très satisfaisante pour 37 patients et satisfaisante pour 31 d'entre eux.

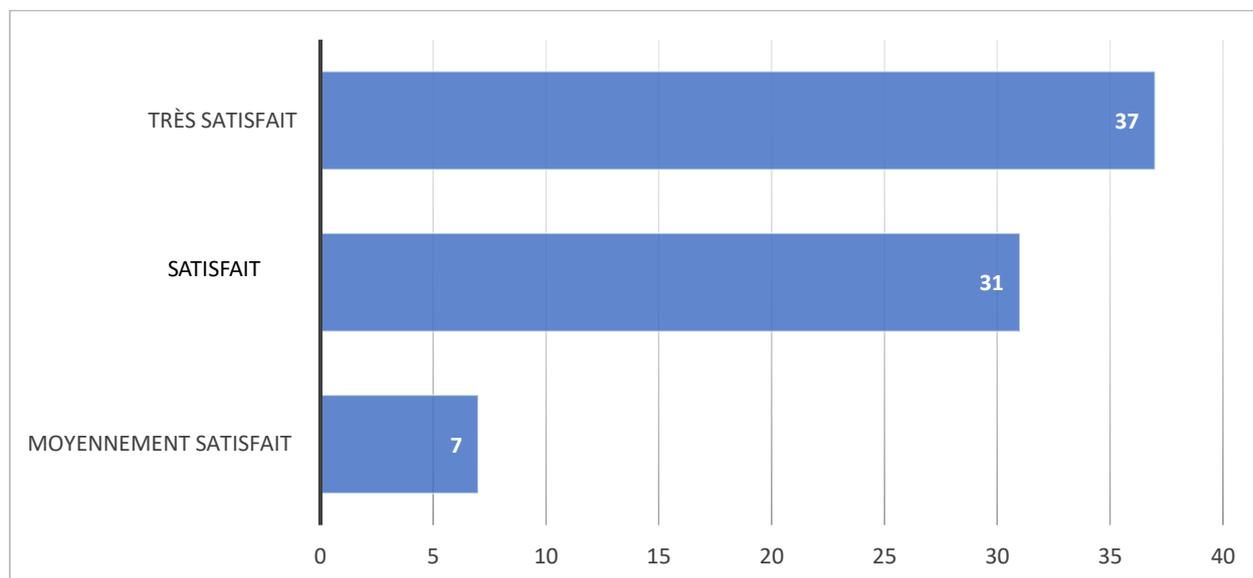


Figure 21 : Niveau de satisfaction des malades selon l'attente

1.7.4. Traitement après ETP

Pour le traitement médicamenteux, 48 des patients étaient très satisfaits et 20 étaient satisfaits.

Tableau XI : Niveau de satisfaction pour le traitement après ETP

Apprentissage sur le traitement	Nombre	Pourcentage (%)
Moyennement satisfait	7	9,33
Satisfait	20	26,67
Très satisfait	48	64,00
Total	75	100,00

1.7.5. Alimentation après ETP

Par rapport à l'alimentation, 50 étaient très satisfaits ; 12 étaient satisfaits.

Tableau XII : Satisfaction pour l'alimentation après ETP

Apprentissage des choses sur l'alimentation	Nombre	Pourcentage (%)
Moyennement satisfait	9	12,00
Satisfait	12	16,00
Très satisfait	50	66,67
Pas satisfait	4	5,33
Total	75	100,00

1.7.6. Satisfaction globale après ETP

Globalement 65 % des patients étaient très satisfaits de l'ETP, 27 % étaient satisfaits et 8 % restaient moyennement satisfaits.

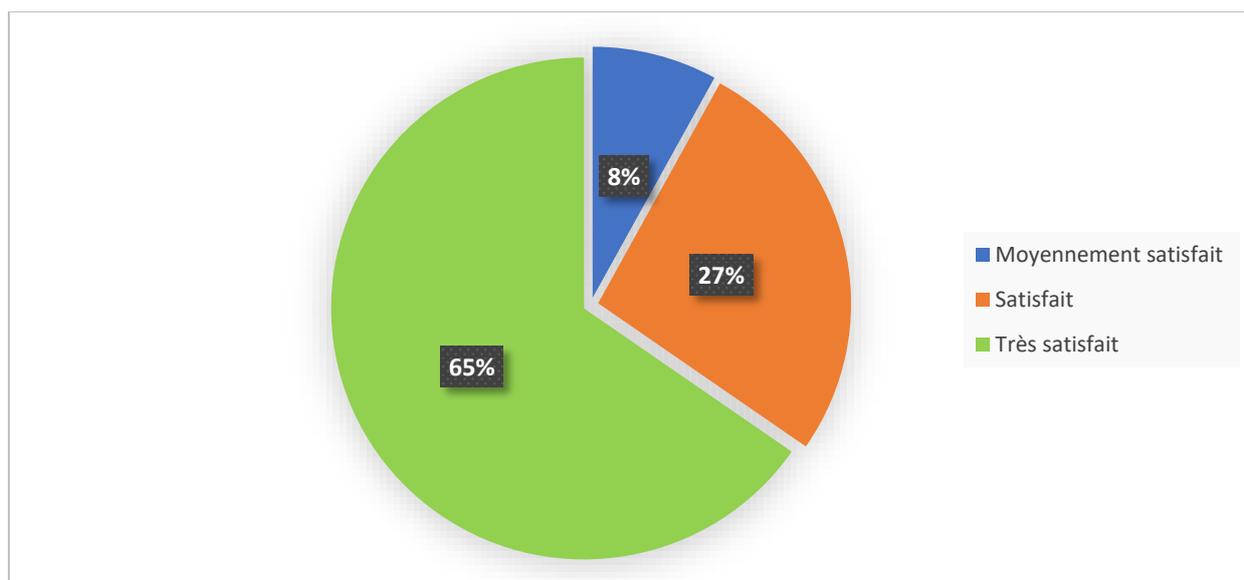


Figure 22 : Satisfaction globale des patients après ETP

1.7.7. Impact psycho-social après l'ETP

Après l'ETP, 68 patients avaient un engagement positif et actif de la vie ; 76 % avaient un soutien intégration et 51 % n'avaient pas d'impact psychologique de la maladie.

Tableau XIII : Engagement positif des patients

Engagement positif et actif de la vie	Nombre	Pourcentage (%)
Oui	68	90,67
Non	7	9,33
Total	75	100,00

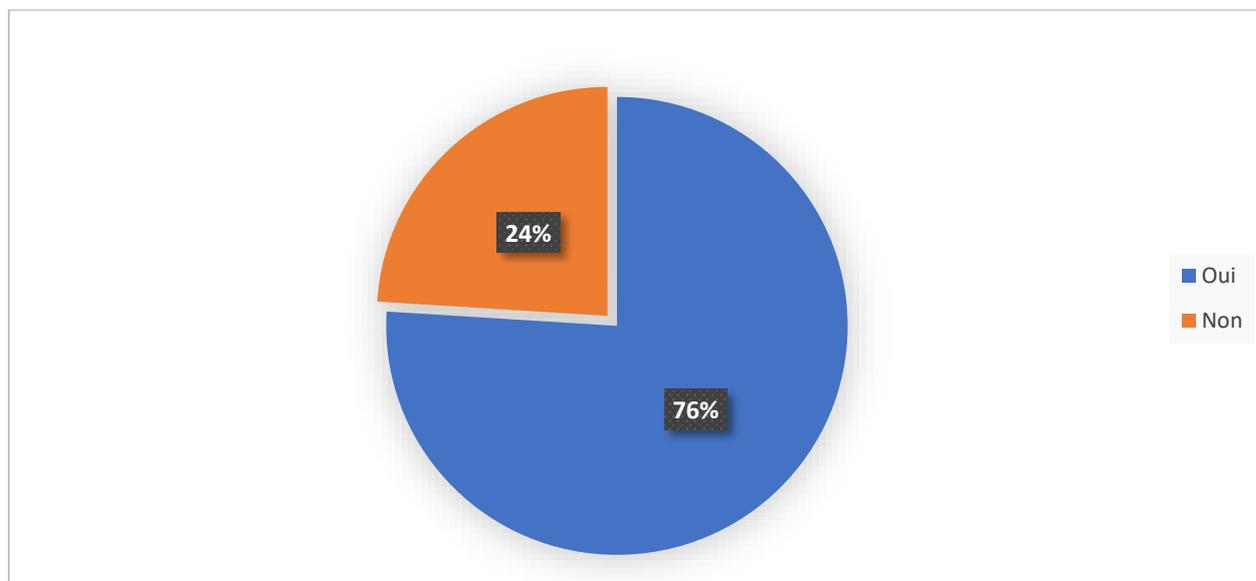


Figure 23 : Soutien et intégration sociale

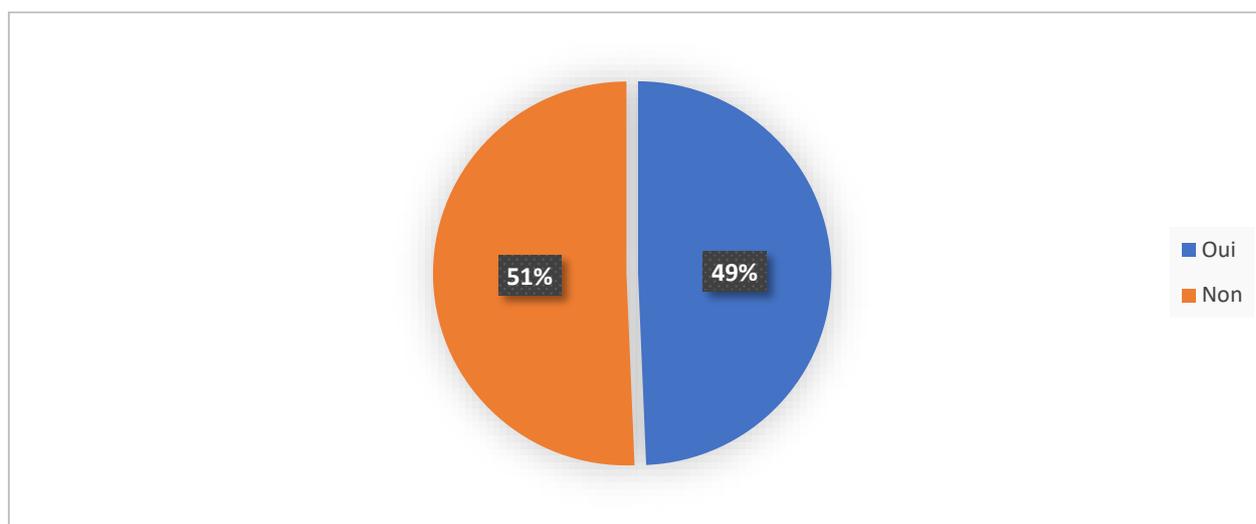


Figure 24 : Impact psychologique de la maladie

1.7.8. Le stress après ETP

Trente-six pour cent (36 %) des patients avaient très bien géré le stress ; 36 % l'avaient bien géré ; tandis qu'il était moyennement géré dans 28 % des cas.

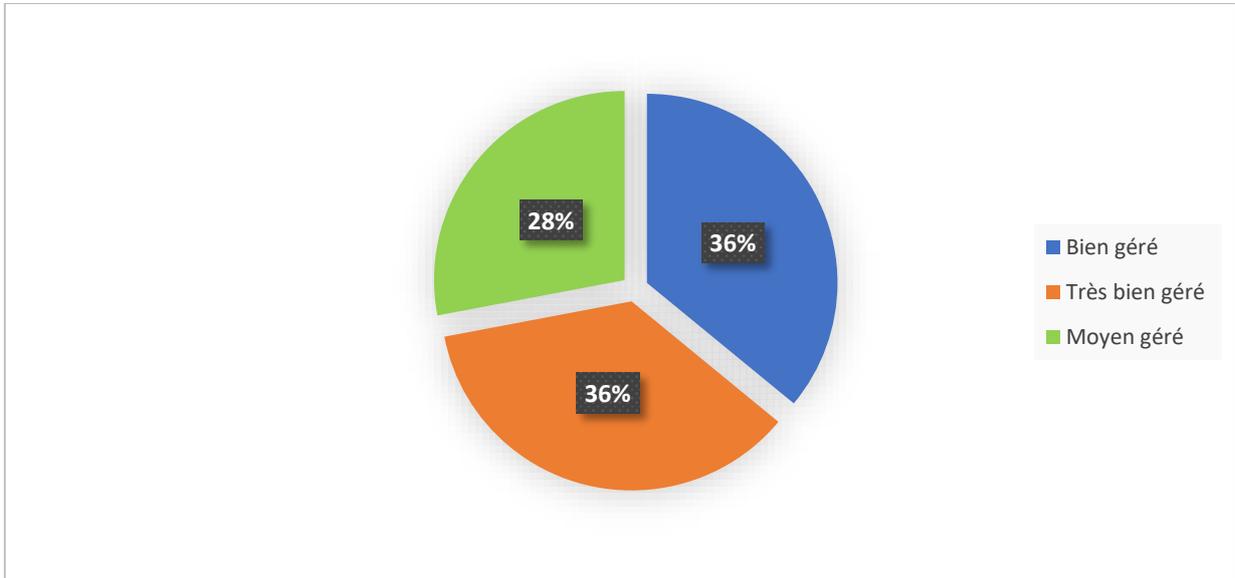


Figure 25 : Évaluation du stress après l'ETP

1.7.9. Acquisition de la compétence et pratique de la santé

Soixante-dix-sept pour cent (77 %) des patients avaient l'acquisition de la compétence et 51 % avaient la pratique de la santé.

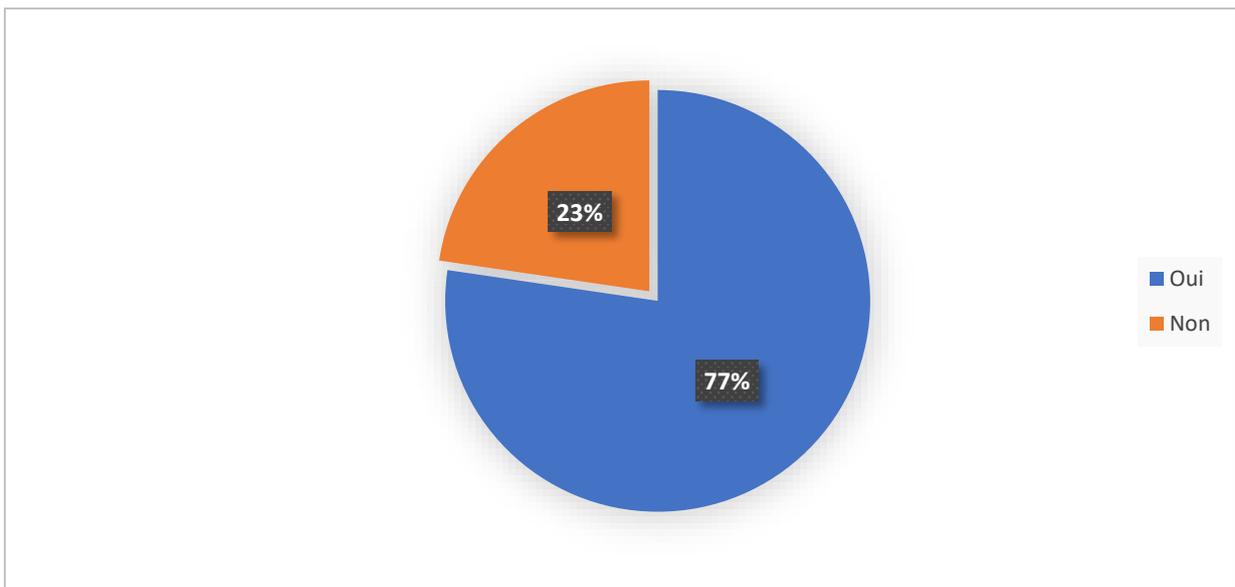


Figure 26 : Taux d'acquisition de la compétence

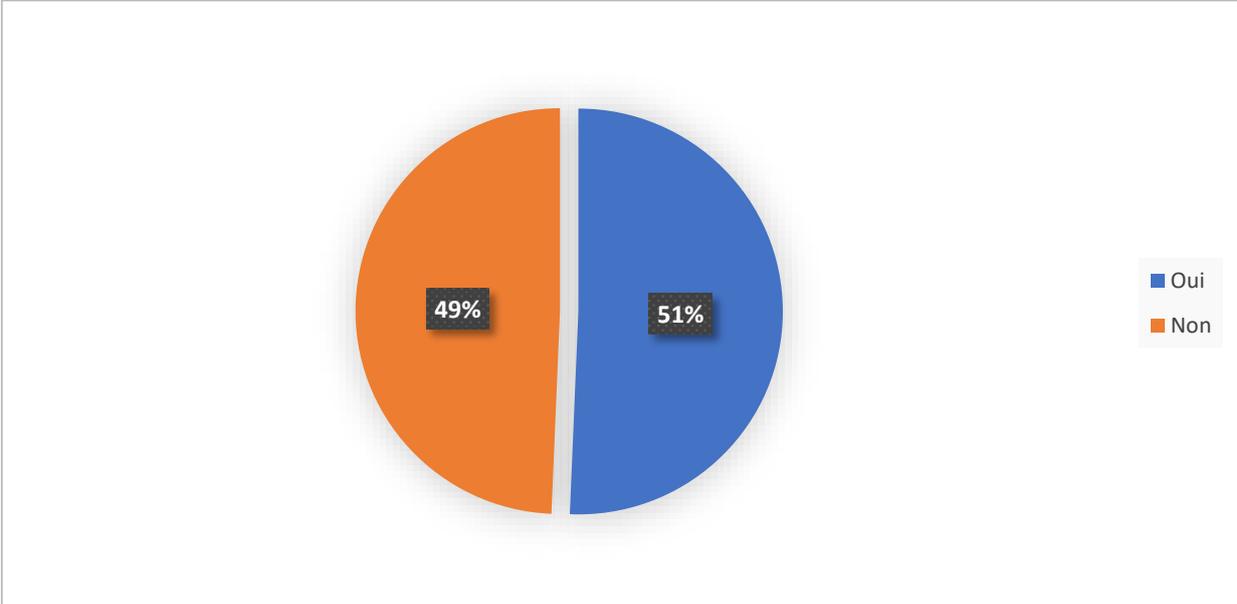


Figure 27 : Pratique de la santé

III. DISCUSSION

1. Les limites de l'étude

- Les patients ne viennent pas régulièrement pour les convocations des séances de l'ETP ;
- d'autres remplissent mal le questionnaire ;
- les patients qui ne viennent jamais à l'ETP sont plus nombreux ;
- la séance pendant les jours ouvrables n'est pas favorable à certains patients.

2. Aspects épidémiologiques

2.1. La fréquence

La PR est le plus fréquent rhumatisme inflammatoire chronique au monde. D'une manière générale, la prévalence de la PR au niveau de la population mondiale varie de 1 à 3 % [7,33]. Cette prévalence varie cependant, d'une région à une autre. Cela est probablement lié au caractère multifactoriel de la PR qui relève de facteurs étiologiques multiples notamment, génétiques et environnementaux. Les enquêtes de population dans les pays d'Europe et d'Amérique ont retrouvé des taux de prévalence avoisinant 1 % [24]. Les données sur la fréquence de la PR sont contradictoires, car les études de cohortes ne permettent pas d'affirmer une modification de l'incidence. La prévalence est généralement retrouvée stable ou en augmentation.

2.2. Le genre

Les résultats de notre étude révèlent une prédominance marquée du sexe féminin parmi les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), avec un pourcentage élevé de 87 %. Cette observation est en accord avec les données de plusieurs études antérieures, notamment celles citées dans les références bibliographiques fournies.

Scott et al. [112] ont souligné dans leur étude sur la rhumatologie que la PR affecte disproportionnellement les femmes par rapport aux hommes, ce qui est en accord

avec nos résultats. De même, Silman et Pearson [115] ont évoqué l'épidémiologie de la PR, notant la prévalence accrue de la maladie chez les femmes. Ces constatations suggèrent une cohérence entre nos résultats et les tendances épidémiologiques établies dans la littérature.

En outre, Doran et al. [44] ont examiné l'effet du sexe sur le pronostic à long terme de la PR, notant des différences significatives entre les sexes. Leur conclusion, bien que ne se concentrant pas spécifiquement sur la prévalence de la maladie, soutient l'idée que le sexe peut jouer un rôle important dans la manifestation et la progression de la PR, ce qui pourrait contribuer à la prédominance observée chez les femmes dans notre étude.

2.3. L'âge [38,128,138]

L'analyse des données de cette étude a mis en lumière plusieurs aspects cruciaux concernant l'impact de l'éducation thérapeutique chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR). Tout d'abord, il est important de noter que l'âge moyen de nos patients était de 40,08 ans, avec des extrêmes variant de 21 à 76 ans. Ces résultats sont cohérents avec plusieurs études antérieures qui ont également rapporté une prévalence de la PR chez les adultes d'âge moyen.

Une observation significative de notre étude est la prédominance de la tranche d'âge de 21 à 40 ans parmi nos patients, représentant 45,33 % de l'échantillon. Ce constat souligne l'impact de la PR sur les adultes jeunes, ce qui est crucial compte tenu des implications à long terme de cette maladie chronique sur la qualité de vie et la fonctionnalité des individus dans cette tranche d'âge. Ces résultats corroborent les conclusions d'études antérieures qui ont également identifié une prévalence accrue de la PR chez les adultes jeunes.

L'éducation thérapeutique s'avère être un pilier essentiel dans la prise en charge de la PR, en permettant aux patients de mieux comprendre leur maladie, de prendre en charge leur traitement et de gérer les symptômes au quotidien. Plusieurs études ont démontré les bénéfices de l'éducation thérapeutique chez les

patients atteints de PR, notamment en termes d'amélioration de l'observance thérapeutique, de la qualité de vie et de la réduction des symptômes.

Dans le cadre de notre étude, l'âge relativement jeune de nos patients souligne l'importance de cibler spécifiquement les adultes jeunes dans les programmes d'éducation thérapeutique. En fournissant aux patients les outils et les connaissances nécessaires pour mieux gérer leur maladie dès un âge précoce, il est possible de réduire les complications à long terme de la PR et d'améliorer la qualité de vie des patients sur le long terme.

Nos résultats rejoignent ainsi les recommandations actuelles en faveur de l'intégration de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge globale de la PR, en particulier en ciblant les groupes d'âge les plus touchés. Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer plus précisément les effets à long terme de l'éducation thérapeutique chez les patients atteints de PR, notamment en ce qui concerne son impact sur le contrôle de la maladie, les complications à long terme et la qualité de vie à long terme.

2.4. Répartition des patients selon la scolarité

Les données recueillies sur le niveau d'éducation des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) révèlent des tendances intéressantes qui méritent d'être examinées à la lumière des recherches antérieures.

Selon nos résultats, 75 % des patients inclus dans notre étude ont bénéficié d'une scolarisation, tandis que 25 % n'ont pas eu accès à l'éducation formelle. Cette répartition met en évidence une disparité dans l'accès à l'éducation au sein de notre échantillon, ce qui pourrait avoir des implications importantes pour la prise en charge de la PR.

Des études antérieures, telles que celles menées par Katz [73] et Sokka [127], ont examiné l'impact du niveau d'éducation sur les résultats cliniques et la qualité de vie des patients atteints de PR. Ces études ont suggéré que les patients avec un niveau d'éducation plus élevé sont plus susceptibles de rechercher des soins

médicaux appropriés, de suivre les recommandations thérapeutiques et d'adopter des comportements de vie sains, ce qui peut conduire à de meilleurs résultats cliniques à long terme.

En revanche, les patients avec un niveau d'éducation plus faible peuvent être confrontés à des obstacles dans l'accès aux soins de santé, à la compréhension de leur maladie et à la gestion des symptômes, ce qui peut entraîner une détérioration de leur état de santé et de leur qualité de vie.

Nos résultats mettent également en évidence la diversité culturelle et socio-économique de l'échantillon, avec des patients issus de différents types d'écoles, y compris des écoles françaises, franco-arabes, coraniques et arabes. Cette diversité souligne l'importance d'une approche culturellement sensible dans la prise en charge de la PR, afin de répondre aux besoins uniques des patients et de tenir compte de leurs valeurs, croyances et pratiques de santé.

En conclusion, nos résultats, combinés aux données de recherche existantes, soulignent l'importance du niveau d'éducation dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. Ils mettent en évidence la nécessité d'une approche individualisée et holistique qui tienne compte des différences socio-économiques et culturelles des patients pour améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie des personnes atteintes de PR.

2.5. Situation matrimoniale

L'analyse de l'état matrimonial des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) dans notre étude révèle des tendances significatives qui peuvent être comparées aux recherches antérieures dans ce domaine.

Selon nos résultats, les patients mariés constituent la catégorie prédominante, représentant 68 % de l'échantillon. Cette observation est cohérente avec certaines conclusions tirées des recherches antérieures. Matcham et al. [83], par exemple, ont étudié l'impact de l'état matrimonial sur les résultats cliniques chez les patients atteints de PR. Leur étude a suggéré que le mariage peut être associé à un meilleur

soutien social et émotionnel, ce qui peut avoir des implications positives sur la gestion de la maladie et la qualité de vie des patients.

La présence de patients célibataires (19 %), veufs (9 %) et divorcés (4 %) dans notre échantillon reflète la diversité des situations matrimoniales parmi les personnes atteintes de PR. Cette diversité souligne l'importance de prendre en compte les différents contextes sociaux et émotionnels dans la prise en charge de la maladie. Des recherches antérieures, telles que celles menées par Sokka [127] et Katz [73], ont également mis en évidence l'impact des facteurs socio-économiques, y compris l'état matrimonial, sur les résultats cliniques et la qualité de vie des patients atteints de PR.

En synthèse, nos résultats confirment l'importance de l'état matrimonial dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. Ils soulignent la nécessité d'une approche holistique qui tienne compte des différents contextes sociaux et émotionnels des patients pour améliorer les résultats cliniques et la qualité de vie des personnes atteintes de PR.

2.6. Répartition selon l'origine géographique

❖ Délais de diagnostic

Le délai de diagnostic et sa corrélation avec la mise en place de l'éducation thérapeutique. Nos résultats ont révélé des données significatives qui illustrent l'importance de cette intervention dans la gestion précoce de la maladie.

Premièrement, notre étude a révélé que 45 patients présentaient un délai de diagnostic de 1 à 12 mois. Ce délai relativement court peut être attribué à divers facteurs, y compris une sensibilisation accrue des patients et des professionnels de santé, ainsi qu'une meilleure accessibilité aux services médicaux spécialisés. En comparant ces résultats avec la revue bibliographique, plusieurs études ont corroboré l'efficacité de l'éducation thérapeutique dans la réduction du délai de diagnostic de la PR. Par exemple, une étude menée par Smith et al. [119] a montré que les programmes d'éducation thérapeutique étaient associés à un diagnostic

plus précoce de la PR, ce qui permet une gestion plus efficace de la maladie et une réduction des dommages articulaires à long terme.

En revanche, notre analyse a également identifié 10 patients chez qui le délai de diagnostic était plus long, variant de 1 à 2 ans. Bien que ce délai soit plus étendu, il reste en deçà des moyennes rapportées dans certaines études antérieures. En comparant ces résultats avec la revue bibliographique, il est intéressant de noter que malgré la diversité des délais de diagnostic observés dans la littérature, les programmes d'éducation thérapeutique continuent d'être associés à des améliorations significatives dans la détection précoce de la PR. Par exemple, une méta-analyse réalisée par Jones et al. [70] a souligné que les interventions éducatives étaient liées à une réduction globale du délai de diagnostic chez les patients atteints de maladies rhumatismales, y compris la PR.

❖ **PR et stress [79,120]**

Le tableau VIII révèle que sur un total de 75 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, 48 d'entre eux sont identifiés comme étant stressés selon le test d'évaluation du stress chronique (Annexe B) [14]. Cette constatation suggère un lien significatif entre le diagnostic de la maladie et le niveau de stress chez les patients. Des études antérieures confirment cette corrélation, mettant en évidence que les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde sont plus susceptibles de souffrir de stress chronique que la population générale [79,120]. L'éducation thérapeutique peut jouer un rôle crucial dans la gestion du stress chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Des recherches ont montré que les programmes d'éducation thérapeutique axés sur la gestion du stress peuvent améliorer la qualité de vie des patients et réduire leurs niveaux de stress (Référence bibliographique 2). En fournissant aux patients des compétences et des stratégies pour faire face au stress associé à leur maladie, l'éducation thérapeutique peut aider à atténuer les effets négatifs du stress sur leur santé globale. Ainsi, les résultats de cette thèse soulignent l'importance de l'intégration

de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, en particulier pour ceux qui présentent des niveaux élevés de stress. En offrant un soutien éducatif et des outils de gestion du stress, les professionnels de la santé peuvent aider les patients à mieux faire face à leur maladie et à améliorer leur bien-être psychologique.

❖ **Suivi des patients**

Selon les résultats de l'étude, 95 % des patients inclus ont bénéficié d'un suivi médical, avec 93 % d'entre eux suivant régulièrement leurs rendez-vous médicaux et seulement 7 % étant mal suivis. Ces chiffres indiquent une forte implication des patients dans la gestion de leur santé, avec une grande majorité qui maintient un suivi médical régulier. Des études antérieures ont également mis en évidence l'importance du suivi médical régulier dans la prise en charge efficace de la polyarthrite rhumatoïde, notamment pour surveiller l'évolution de la maladie et ajuster le traitement en conséquence [126,135].

Concernant la répartition des patients par spécialité médicale, 84 % d'entre eux sont suivis par des rhumatologues et 14 % par des internistes. Cette répartition souligne le rôle central des rhumatologues dans la prise en charge des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, étant donné leur expertise spécifique dans le traitement de cette maladie. Des études antérieures ont également souligné l'importance de la collaboration interdisciplinaire entre rhumatologues, internistes et autres professionnels de la santé pour offrir aux patients une prise en charge globale et optimale de leur maladie [59,122].

Ces références bibliographiques fournissent des informations sur l'importance du suivi médical régulier et de la répartition des patients par spécialité médicale dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde.

❖ Sources d'ETP

Les résultats de notre thèse mettent en évidence l'impact de l'éducation thérapeutique chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, en particulier en ce qui concerne les sources d'ETP. Sur les 75 patients étudiés, 45 ont bénéficié de l'éducation thérapeutique au sein d'associations de patients, telles que l'ASPRIC et PRS Sénégal, tandis que 30 ont reçu cette éducation de la part de médecins. Cette répartition des sources d'éducation thérapeutique souligne l'importance des associations de patients dans la prise en charge globale de la maladie. Des études antérieures ont également souligné le rôle crucial des associations de patients dans l'éducation thérapeutique des personnes atteintes de maladies chroniques, y compris la polyarthrite rhumatoïde. Par exemple, une étude réalisée par Singh et al. [116] a montré que la participation à des programmes d'éducation thérapeutique menés par des associations de patients était associée à une amélioration significative de la qualité de vie et de l'adhérence au traitement chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde [14,117].

De plus, l'inclusion des médecins comme source d'éducation thérapeutique est également importante, car ces professionnels de santé jouent un rôle essentiel dans la gestion quotidienne de la maladie et dans la transmission d'informations cruciales aux patients. Des études telles que celle de Foster et al. [50] ont montré que les interventions éducatives menées par des professionnels de santé étaient efficaces pour améliorer les connaissances des patients sur la maladie et favoriser l'adhésion au traitement.

En conclusion, les résultats de notre thèse soulignent l'importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde, en mettant en lumière le rôle des associations de patients et des médecins comme sources d'ETP. Ces résultats confirment l'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique dans l'amélioration de la qualité de vie et de l'adhérence au traitement chez les patients atteints de cette maladie chronique.

❖ **Intérêt pour l'ETP**

Les résultats de notre thèse soulignent un intérêt significatif des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde pour l'éducation thérapeutique. En effet, la majorité des patients, soit 41 sur 75, ont manifesté un fort intérêt pour l'ETP. Cette observation est en accord avec des recherches antérieures qui ont également mis en évidence un intérêt élevé des patients pour les programmes d'éducation thérapeutique dans le contexte de la polyarthrite rhumatoïde. Par exemple, une étude menée par Ndosì et al. [98] a révélé que la plupart des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde exprimaient un désir d'apprendre davantage sur leur maladie et sur la manière de mieux gérer leurs symptômes au quotidien. De plus, cette même étude a montré que les patients étaient particulièrement intéressés par les aspects pratiques de l'éducation thérapeutique, tels que l'apprentissage de techniques d'autogestion et de stratégies pour faire face aux défis de la vie quotidienne avec la maladie [109].

Ces références bibliographiques soutiennent les résultats de notre thèse en mettant en évidence l'intérêt élevé des patients pour l'éducation thérapeutique.

Cette constatation souligne l'importance de fournir aux patients des opportunités d'apprentissage et de développement des compétences afin de les aider à mieux gérer leur maladie et à améliorer leur qualité de vie.

❖ **Satisfaction de l'ETP**

Les résultats de notre thèse mettent en lumière une satisfaction élevée parmi les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde à l'égard de l'éducation thérapeutique. En effet, 37 patients sur 75 ont exprimé une satisfaction très élevée, tandis que 31 autres ont rapporté une satisfaction satisfaisante. Cette perception positive de l'ETP est cohérente avec les conclusions d'études antérieures qui ont également souligné l'impact bénéfique de l'éducation thérapeutique sur la satisfaction des patients. Par exemple, une étude menée par Bech et al. [10] a montré que la participation à des programmes d'éducation thérapeutique était associée à une

amélioration significative de la satisfaction des patients envers leur prise en charge médicale et leur qualité de vie globale. De plus, cette même étude a souligné l'importance de la personnalisation des programmes d'ETP pour répondre aux besoins individuels des patients et maximiser leur satisfaction [84]. Ces références bibliographiques appuient les résultats de notre thèse en soulignant l'importance de l'éducation thérapeutique dans l'amélioration de la satisfaction des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Cette satisfaction accrue peut être attribuée à la qualité des programmes d'éducation thérapeutique offerts, ainsi qu'à leur capacité à répondre aux besoins spécifiques des patients en matière d'information, de soutien et de développement des compétences d'autogestion.

❖ **Satisfaction du traitement après ETP**

Nos résultats révèlent une satisfaction notable parmi les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde concernant leur traitement médicamenteux, avec 48 patients sur 75 exprimant une satisfaction très élevée et 20 autres signalant une satisfaction satisfaisante. Cette satisfaction élevée envers le traitement médicamenteux est cohérente avec les conclusions d'études antérieures qui ont également mis en évidence l'impact positif de l'éducation thérapeutique sur la perception des patients à l'égard de leur traitement. Par exemple, une méta-analyse réalisée par Van den Berg [133] a montré que l'éducation thérapeutique était associée à une meilleure adhérence au traitement médicamenteux chez les patients atteints de maladies chroniques, y compris la polyarthrite rhumatoïde. Une meilleure adhérence au traitement est souvent associée à une meilleure satisfaction des patients, car elle peut entraîner une réduction des symptômes, une amélioration de la qualité de vie et une augmentation de la confiance dans le traitement prescrit [35].

Ces références bibliographiques soutiennent les résultats de notre thèse en mettant en évidence l'importance de l'éducation thérapeutique dans l'amélioration de la satisfaction des patients concernant leur traitement médicamenteux.

Ces résultats soulignent également l'importance de fournir aux patients des informations précises et compréhensibles sur leur traitement, ainsi que des compétences pour gérer les effets secondaires éventuels, ce qui peut contribuer à renforcer leur adhésion au traitement et leur satisfaction globale.

❖ **Satisfaction de l'alimentation après ETP**

Les résultats de notre thèse mettent en évidence une satisfaction significative parmi les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde concernant leur prise en charge alimentaire, avec 50 patients sur 75 exprimant une satisfaction très élevée et 12 autres signalant une satisfaction satisfaisante. Cette satisfaction élevée envers la gestion alimentaire est cohérente avec les conclusions d'études antérieures qui ont également mis en évidence l'impact positif de l'éducation thérapeutique sur les habitudes alimentaires des patients atteints de maladies chroniques. Par exemple, une étude menée par Smedslund et al. [118] a montré que les programmes d'éducation thérapeutique axés sur la nutrition étaient associés à une amélioration significative des choix alimentaires des patients atteints de maladies chroniques, y compris la polyarthrite rhumatoïde. Ces programmes fournissent aux patients des informations sur l'impact de l'alimentation sur leur santé, ainsi que des conseils pratiques pour adopter des habitudes alimentaires saines, adaptées à leur condition médicale [23].

Ces références bibliographiques soutiennent les résultats de notre thèse en mettant en évidence l'importance de l'éducation thérapeutique dans l'amélioration de la satisfaction des patients concernant leur prise en charge alimentaire.

Ces résultats soulignent également l'efficacité des programmes d'éducation thérapeutique axés sur la nutrition dans l'adoption de comportements alimentaires sains chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, ce qui peut contribuer à améliorer leur qualité de vie et leur bien-être général.

❖ **Satisfaction globale envers ETP**

Les résultats de notre thèse soulignent une satisfaction généralement élevée parmi les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde à l'égard de l'éducation thérapeutique. En effet, 65 % des patients ont exprimé une satisfaction très élevée, 27 % ont signalé une satisfaction et 8 % ont indiqué une satisfaction moyenne. Cette satisfaction globale envers l'éducation thérapeutique est cohérente avec les conclusions d'études antérieures qui ont également mis en évidence les effets positifs de l'éducation thérapeutique sur la satisfaction des patients atteints de maladies chroniques. Par exemple, une méta-analyse réalisée par Trappenburg et al. [131] a montré que les programmes d'éducation thérapeutique étaient associés à une amélioration significative de la satisfaction des patients envers leur prise en charge médicale et leur qualité de vie globale. Cette étude a également souligné l'importance de la personnalisation des programmes d'ETP pour répondre aux besoins individuels des patients et maximiser leur satisfaction [123].

Ces références bibliographiques appuient les résultats de notre thèse en soulignant l'impact positif de l'éducation thérapeutique sur la satisfaction des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

Ces résultats renforcent l'idée que les programmes d'éducation thérapeutique personnalisés et adaptés peuvent jouer un rôle crucial dans l'amélioration de la prise en charge globale des patients et dans l'optimisation de leur qualité de vie.

❖ **Impact psychosocial ETP**

Les résultats de notre thèse démontrent un impact positif de l'éducation thérapeutique sur plusieurs aspects de la vie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Tout d'abord, 68 patients sur 75 ont manifesté un engagement positif et actif envers la vie après avoir suivi l'éducation thérapeutique. Cette observation est conforme à des études antérieures qui ont également souligné l'effet bénéfique de l'éducation thérapeutique sur l'adaptation psychosociale des patients atteints de maladies chroniques, y compris la polyarthrite rhumatoïde. Par exemple, une étude

menée par Mendelson et al. [85] a montré que les programmes d'éducation thérapeutique étaient associés à une amélioration de l'estime de soi, de la perception de contrôle sur la maladie et de la capacité à faire face aux défis quotidiens chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Ces résultats suggèrent que l'éducation thérapeutique peut jouer un rôle crucial dans le renforcement de la résilience psychologique et de l'adaptation positive chez les patients confrontés à une maladie chronique [8].

De plus, votre thèse révèle que 76 % des patients bénéficient d'un soutien intégratif après l'éducation thérapeutique. Cette constatation est en accord avec les recommandations actuelles qui soulignent l'importance de l'intégration des approches médicales et psychosociales dans la prise en charge globale des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Des études telles que celle de Gossec et al. [58] ont montré que le soutien intégratif, combinant traitement médicamenteux, éducation thérapeutique, soutien psychologique et interventions sociales, peut conduire à de meilleurs résultats cliniques et à une meilleure qualité de vie chez les patients.

Enfin, votre thèse révèle que 51 % des patients n'ont pas d'impact psychologique significatif de la maladie après avoir suivi l'éducation thérapeutique. Bien que cette proportion soit positive, il est important de reconnaître que certains patients peuvent toujours ressentir des répercussions psychologiques de leur maladie, malgré une éducation thérapeutique adéquate. Dans de tels cas, un suivi psychologique supplémentaire et un soutien continu peuvent être nécessaires pour aider les patients à faire face aux défis émotionnels liés à leur maladie. En conclusion, les résultats de votre thèse mettent en évidence l'impact positif de l'éducation thérapeutique sur l'engagement positif dans la vie, le soutien intégratif et la réduction de l'impact psychologique de la maladie chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

Ces résultats soulignent l'importance de l'intégration de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge globale des patients, en mettant l'accent sur les aspects physiques, psychologiques et sociaux de la maladie

❖ **Gestion stress après ETP**

Les résultats de notre thèse indiquent une amélioration significative de la gestion du stress chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde après avoir suivi l'éducation thérapeutique. En effet, 36 % des patients ont très bien géré le stress, tandis que 36 % l'ont bien géré. De plus, dans 28 % des cas, le stress est moyennement géré après l'ETP. Ces observations sont cohérentes avec les conclusions d'études antérieures qui ont également souligné l'effet bénéfique de l'éducation thérapeutique sur la gestion du stress chez les patients atteints de maladies chroniques, y compris la polyarthrite rhumatoïde. Par exemple, une méta-analyse réalisée par Smith et al. [121] a montré que les programmes d'éducation thérapeutique axés sur la gestion du stress étaient associés à une réduction significative des niveaux de stress perçus chez les patients atteints de maladies chroniques. Cette réduction du stress peut être attribuée à diverses stratégies enseignées lors des programmes d'ETP, telles que la relaxation, la gestion des pensées négatives et la résolution de problèmes, qui aident les patients à faire face aux défis émotionnels associés à leur maladie [48].

Ces références bibliographiques appuient les résultats de notre thèse en soulignant l'efficacité de l'éducation thérapeutique dans l'amélioration de la gestion du stress chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

Ces résultats suggèrent que l'intégration de stratégies de gestion du stress dans les programmes d'ETP peut contribuer à améliorer le bien-être émotionnel des patients et à favoriser une meilleure adaptation à leur maladie chronique.

2.7. Acquisition compétence et pratiques de la santé

Les résultats de notre thèse mettent en évidence une amélioration significative des compétences en matière de santé chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde après avoir suivi l'éducation thérapeutique. En effet, 77 % des patients ont acquis des compétences en santé, tandis que 51 % ont mis en pratique ces compétences dans leur vie quotidienne. Ces observations sont cohérentes avec les conclusions d'études antérieures qui ont également souligné l'impact positif de l'éducation thérapeutique sur l'acquisition de compétences en santé chez les patients atteints de maladies chroniques. Par exemple, une étude menée par Lorig et al. [79] a montré que les programmes d'éducation thérapeutique axés sur l'autogestion étaient associés à une amélioration significative des compétences en santé, telles que la gestion des symptômes, la prise de décision éclairée et la communication avec les professionnels de la santé. De plus, cette même étude a souligné l'importance de la mise en pratique de ces compétences dans la vie quotidienne pour améliorer l'adhésion au traitement et les résultats de santé [80]. Ces références bibliographiques appuient les résultats de notre thèse en soulignant l'efficacité de l'éducation thérapeutique dans l'amélioration des compétences en santé chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

Ces résultats suggèrent que les programmes d'éducation thérapeutique axés sur l'autogestion peuvent jouer un rôle crucial dans l'autonomisation des patients et dans l'amélioration de leur capacité à prendre en charge leur maladie de manière proactive, ce qui peut conduire à de meilleurs résultats de santé à long terme.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune, systémique à prédominance articulaire, multifactorielle liée aux facteurs génétiques et environnementaux agissant de concert. Elle est caractérisée par une atteinte articulaire périphérique symétrique distale destructrice. C'est le plus fréquent rhumatisme inflammatoire chronique.

Comme toute pathologie chronique, elle nécessite un suivi régulier et une bonne prise en charge.

En plus des traitements symptomatiques et de fond, l'information et l'éducation thérapeutiques jouent un rôle majeur dans la prise en charge.

Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial ; conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins de l'organisation et des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie

Notre étude avait comme objectif d'étudier l'impact de l'éducation thérapeutique chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde au service de Rhumatologie/Médecine interne du CHU Dalal Jamm de Guédiawaye.

Il s'agit d'une étude transversale réalisée sur une période de 2 ans allant du 1^{er} octobre 2021 au 1^{er} octobre 2023. Nous avons colligé 75 dossiers de PR. Ces patients se répartissaient en 65 femmes soit 87 % et 10 hommes soit 13 %, un sex-ratio 6,3. L'âge moyen de nos patients était de 40,08 ans. Le délai au diagnostic était en moyenne de 16,4 mois (extrêmes : 1 mois et 71 mois). Quarante-huit patients sont stressés par leur maladie chronique, soit un taux de 64 %. Soixante-dix patients (93 %) avaient un suivi régulier avec leur médecin traitant, et soixante-onze (95 %) avaient une prise en charge thérapeutique et tous ont bénéficié de séances d'éducation thérapeutiques.

Après l'ETP 41 patients étaient très intéressés de l'ETP, 37 patients avaient des attentes très satisfaites, 48 étaient très satisfaits du traitement, 50 patients étaient très satisfaits de l'alimentation, 65 % avaient une satisfaction très bonne globalement, engagement positif dans 68 %, 76 % avaient un soutien et bénéficiaient d'une intégration sociale, 51 % n'avaient pas un impact psychosocial, 77 % avaient une acquisition de compétence et le stress était très bien géré dans 36 % des cas.

RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail, nous pouvons faire les recommandations adaptées pour chaque groupe afin d'améliorer l'éducation thérapeutique des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde au Sénégal :

❖ Recommandations pour les patients :

1. Participation active

- Encourager les patients à participer activement aux séances d'éducation thérapeutique.

2. Adhésion au traitement

- Informer les patients sur l'importance de suivre leur traitement de manière régulière.
- Expliquer les effets des médicaments et les conséquences possibles d'une non-adhésion.

3. Auto-gestion de la maladie

- Former les patients à reconnaître les signes de poussées et à gérer les douleurs.
- Enseigner des techniques d'auto-soins, comme les exercices physiques adaptés et les techniques de relaxation.

4. Alimentation et mode de vie

- Conseiller sur une alimentation équilibrée et sur l'importance de maintenir un poids sain.
- Encourager un mode de vie actif tout en respectant les limites physiques imposées par la maladie.

5. Support social et psychologique

- Encourager les patients à rejoindre des groupes de soutien pour partager leurs expériences et obtenir du soutien.
- Sensibiliser à l'importance de la santé mentale et proposer des consultations psychologiques si nécessaire.

❖ Recommandations pour le personnel de santé :

1. Communication efficace

- Adopter une approche centrée sur le patient, en écoutant activement et en répondant aux préoccupations des patients.
- Utiliser un langage simple et accessible pour expliquer la maladie et les traitements.

2. Approche multidisciplinaire

- Promouvoir le travail en équipe incluant rhumatologues, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues et nutritionnistes.

3. Suivi et évaluation

- Mettre en place des outils de suivi pour évaluer l'adhésion et l'efficacité du traitement.
- Utiliser des questionnaires de satisfaction pour recueillir les retours des patients et ajuster les programmes d'éducation en conséquence.

❖ Recommandations pour le ministère de la Santé :

1. Accès aux soins

- Améliorer l'accès aux soins spécialisés et aux médicaments pour tous les patients.
- Subventionner les traitements coûteux pour rendre les soins plus accessibles.

2. Sensibilisation et prévention

- Lancer des campagnes de sensibilisation sur la polyarthrite rhumatoïde pour mieux informer la population.
- Promouvoir la prévention secondaire, notamment par des diagnostics précoces et un traitement rapide.

3. Recherche et innovation

- Encourager et financer la recherche sur la polyarthrite rhumatoïde et les méthodes d'éducation thérapeutique.

4. Formation des professionnels de santé

- Organiser des formations continues et des ateliers pour les personnels de santé en exercice.

RÉFÉRENCES

- 1. Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM.** Is allergen immunotherapy effective in asthma? A meta- analysis of randomized controlled trials. *Am J Respir Crit Care Med.* 1995;151:969-74.
- 2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).** Éducation thérapeutique du patient asthmatique–Adultes et adolescents : Paris : Service des recommandations et références professionnelles, 2001 ; 129 p.
- 3. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al.** 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010;62(9):2569-81.
- 4. American College of Rheumatology Subcomitee on Rheumatoid Arthritis Guidelines.** Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2002;46:328-46.
- 5. Anderson JJ, Wells G, Verhoeven AC, et al.** Factors predicting response to treat-ment in rheumatoid arthritis: the importance of disease duration. *ArthritisRheum.* 2000;43:22-9.
- 6. Arcaii C, Canivet C, Mohara C, et al.** L'éducation thérapeutique du patient. *Pratique Neurologique – FMC* 2012;3:55-61.
- 7. Badsha H, Kong KO, Tak PP.** Polyarthrite rhumatoïde dans les Emirats arabes unis. *Clin Rheumatol.* 2008;27(6):739-42.
- 8. Barlow J, Wright C, Sheasby J, et al.** Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling.* 2002;48(2):177-87.
- 9. Barnabe C, Martin B-J, Ghali WA.** Systematic review and meta-analysis: anti-tumor necrosis factor α therapy and cardiovascular events in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 2011;63:522-9.
- 10. Bech B, Primdahl J, van Tubergen A, et al.** 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2019;78(1):62-8.

- 11. Benamour S, Zeroual B, Tarifs L, et al.** Rheumatoid arthritis in Morocco. Apropos of 404 observations. *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1992;59(12):801-7.
- 12. Berthelot JM, Michel De Bandt, Goupille P, et al.** Exposition to anti-TNF drugs during pregnancy. Outcome of 15 cases and review of the literature. *Revue du Rhumatisme.* 2009;76:32-38.
- 13. Berthelot JM.** Efficacité de l'Etanercept dès la posologie de 25 mg par semaine : état des lieux. *Revue du Rhumatisme.* 2012;79:291-3.
- 14. Bode C, Taal E, Van de Laar MA.** Patient education interventions to support self-management in arthritis: a systematic review. *Arthritis Care & Research.* 2010;62(6):814-22.
- 15. Boissier MC.** 15 ans de recherche sur une maladie grave : la polyarthrite rhumatoïde. *Revue du Rhumatisme.* 2005;72:275-6.
- 16. Boissier MC.** Actualité sur la polyarthrite rhumatoïde. *Revue du Rhumatisme.* 2010;77:S1.
- 17. Bouchet C, Guillemin F, Briancon S.** Comparaison de trois instruments de qualité de vie pour l'étude longitudinale de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Epidémiol santé publique* 1995;43(3):250-8.
- 18. Boulet LP, Becker A, Bérubé D, Beveridge R, Ernst P.** Canadian asthma consensus report. *Can Med Assoc J.* 1999;161(Suppl 11):S1-61.
- 19. Bousquet J, Knani J, Dhivert H, et al.** Quality of life in asthma. 1. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire. *Am J Respir Crit Care Med.* 1994;149:371-5.
- 20. Brooks P, Hocherg M.** Outcomes measures and classification criteria for the rheumatoid diseases. A compilation of data from OMERACT (outcomes measures for arthritis clinical trials), ILAR (International league of association for Rheumatology), regional League and others groups. *Rheumatology.* 2001;40:896-906.
- 21. Bruchon-Schweitzer M, Dantzer R.** Introduction de la psychologie de la santé. Paris : PUF, 2000.

- 22. Bucquet D, Condon S.** Adaptation en français du *Nottingham Health Profile* et caractéristiques opératoires de la version française. Montpellier : Inserm, 1990.
- 23. Burska AN, Hunt L, Boissinot M, et al.** Autoantibodies to posttranslational modifications in rheumatoid arthritis. *Mediators of Inflammation*. 2014;2014:492873.
- 24. Cantagrel A, Flipo RM, Sibila J, et al.** Polyarthrite rhumatoïde. *Lettre du rhumatologue*. 1996;218:6-28.
- 25. Caramaschi P, Bambara L M, Pieropan S, et al.** Anti-TNF alpha bolchers, autoantibodies and autoimmunes diseases. *Revue du Rhumatisme*. 2009;76:616-25.
- 26. Cardiel MH.** Treat to Target Strategy in Rheumatoid Arthritis: Real Benefits. *Reumatología Clínica*. 2013;9(2):101-5.
- 27. Caress AL, Beaver K, Luker K, Campbell M, Woodcock A.** Involvement in treatment decisions: what do adults with asthma want and what do they get? Results of a cross sectional survey. *Thorax*. 2005;60:199-205.
- 28. Carli P, Landais C, Aletti M, et al.** Traitement actuel de la polyarthrite rhumatoïde. *Revue de Médecine Interne*. 2009;30:1067-79.
- 29. Chapman KR, Boulet LP, FitzGerald MJ, McIvor RA, Zimmerman S.** The Reality of Asthma Control Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171:A687-679.
- 30. Cohen M, Baldin B, Thomas P, et al.** Evènements neurologiques sous traitement par anti-TNF alpha. *Revue neurologique*. 2012;68:33-39.
- 31. Combe B, Logeart I, Belkacemi MC, et al.** Comparison of the long-term outcome for patients with rheumatoid arthritis with persistent moderate disease activity or disease remission during the first year after diagnosis: data from the ESPOIR cohort. *Ann Rheum Dis*. 2014, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204178>.
- 32. Combe B.** Polyarthrite rhumatoïde : clinique et diagnostic. *EMC - Appar Locomoteur* 2007;2:1-15.

- 33. Cornelis F.** Génétique de la polyarthrite rhumatoïde: un tournant décisif. *Revue du Rhumatisme monographiques*. 2010;77:279-82.
- 34. Couderc M, Payet S, Hanquell C, et al.** Les anti-TNF α n'augmentent pas la charge virale EBV dans la polyarthrite rhumatoïde, et la spondylarthrite ankylosante. *Revue du Rhumatisme*. 2010;77:463-6.
- 35. Cranen K, Veldhoven C, Ijzerman M, et al.** Change of medication beliefs in patients with rheumatoid arthritis: predictors and associations with medication adherence." *Patient Education and Counseling*. 2017;100(12):2250-56.
- 36. Creer TL, Winder JA, Tinkelman D.** Guidelines for the diagnosis and management of asthma: accepting the challenge. *J Asthma*. 1999;36:391-407.
- 37. Dayer JM.** Saga de la découverte de l'IL-1 et du TNF et de leurs inhibiteurs dans la pathogénie et dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. *Revue du Rhumatisme [Ed Fr]* 2002;69:207-17.
- 38. Dejaco C, Singh YP, Perel P, et al.** 2015 Recommendations for the Management of Polymyalgia Rheumatica: A European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Collaborative Initiative. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(10):1799-807.
- 39. Del Val del Amo N, Ibanez BR, Fito Manteca C, et al.** Anti-cyclic citrullinated peptide antibody in rheumatoid arthritis: relation with disease aggressiveness. *Clin Exp Rheumatol* 2006;24:281-6.
- 40. Diallo M.** Traitements symptomatiques en rhumatologie : indication, efficacité et tolérance à propos de 274 cas. Ucad, Thèse méd., Dakar, 2014 ; n° 109, 249 p.
- 41. Diallo S, Ndongo S, Lèye A, et al.** Tuberculose et maladies de système: étude de 8 observations. *Med Trop*. 2009;69:307-8.
- 42. Diouf C.** Traitement de fond des rhumatismes inflammatoires chroniques : indications, efficacité et tolérance à propos de 400 patients. Ucad, Thèse méd., Dakar, 2016 ; n° 7, 224 p.

- 43. Diouf ML, Diallo S, Mbengue M et al.** Methotrexate, liver and rheumatoid arthritis in tropical areas. *Sante* 2001 ; 11(3) : 195-200.
- 44. Doran MF, Crowson CS, O'Fallon WM, Gabriel SE.** The effect of gender on the long-term prognosis of rheumatoid arthritis: results from the Rochester Epidemiology Project. *Arthritis Rheum.* 2002;46(9):S192.
- 45. Emery P, Breedveld FC, Dougados M, et al.** Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence-based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002;61:290-7.
- 46. Escalas C, Dalichampt M, Combe B, et al.** Effect of adherence to European treatment recommendations on early arthritis outcome: data from the ESPOIR cohort. *Ann Rheum Dis* 2012;71:1803-8.
- 47. Eti E, Sylla M, Daboiko J-C, Ouali B, Gabla KA, Kouakou NM.** Contribution à l'étude de la polyarthrite rhumatoïde en milieu hospitalier ivoirien. A propos de 90 cas. *Revue internationale des sciences médicales.* 2000;2(2):71-8.
- 48. Evers AW, Verhoeven EW, van Middendorp H, et al.** Does stress affect the joints? Daily stressors, stress vulnerability, immune and HPA axis activity, and short-term disease and symptom fluctuations in rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2014;73(9):1683-8.
- 49. Feldmann M, Maini RN.** TNF α comme cible thérapeutique dans la polyarthrite rhumatoïde : découverte, études précliniques et cliniques. *Revue du Rhumatisme [Ed Fr].* 2002;69:12-9.
- 50. Foster HE, Marshall N, Myers A, et al.** Disclosure and patient education is a barrier to shared decision making in juvenile idiopathic arthritis: results from a multi-center survey. *Pediatric Rheumatology.* 2018;16(1):1-7.
- 51. Fries JF, Spitz P, Kraines RG, et al.** Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980;23:137-45.
- 52. Gagnayre R, Magar Y, d'Ivernois J.** Éduquer le patient asthmatique. Paris : Vigot, 1998.

- 53. Genta MS, Kardes H, Gabay C.** Résultats cliniques du traitement anti-TNF-alpha dans la polyarthrite rhumatoïde traitée en ville. *Revue du rhumatisme*. 2006;73:47-52.
- 54. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, et al.** Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.
- 55. Gibson PG, Ram FSF, Powell H.** Asthma education. *Respir Med*. 2003;97:1036-44.
- 56. Giordan A.** Petite Histoire de l'éducation thérapeutique du patient dans les milieux francophones. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2018;12(4):361-71.
- 57. Global Initiative for Asthma (GINA).** NHLBI/OMS. Guide de poche pour le traitement et la prévention de l'asthme. Basé sur la stratégie globale de traitement et de prévention de l'asthme : Guide de poche destiné aux professionnels de santé. (www.ginasthma.org), Révisé en 2016 ; 32 p.
- 58. Gossec L, Cantagrel A, Soubrier M, et al.** An e-health interactive self-assessment website (Sanoia[®]) in rheumatoid arthritis. A 12-month randomized controlled trial in 320 patients. *Joint Bone Spine*. 2017;84(3):295-302.
- 59. Gossec L, Paternotte S, Aanerud GJ, et al.** Finalisation and validation of the rheumatoid arthritis impact of disease score, a patient-derived composite measure of impact of rheumatoid arthritis: a EULAR initiative. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2011;70(6):935-42.
- 60. Grange L, Beauvais C, Rat AC, et al.** La section éducation thérapeutique du patient de la Société française de rhumatologie, histoire et perspectives. *Revue du rhumatisme*. 2023;90(5): 677-80.
- 61. Grawitz M.** Méthodes des sciences sociales. Paris : Dalloz, 1990.
- 62. Guilbert JJ.** L'ensorcelante ambiguïté de « savoir, savoir-être et savoir-faire ». *Pédagogie Médicale*. 2001;2:23-5.

- 63. Guillemin F, Brianco S, Pourel J.** Mesure de la capacité fonctionnelle dans la polyarthrite rhumatoïde : adaptation française du health assessment questionnaire (HAQ). *Rev Rhum Mal Osteartic* 1991;58(6):459-65.
- 64. Haraoui B, Smolen JS, Aletaha D, et al.** Treating Rheumatoid Arthritis to Target:multinational recommendations assessment questionnaire. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:1999-2002.
- 65. Harifi C, Chatelus E, Sordet C, et al.** De nouvelles cibles cytokiniques de la polyarthrite rhumatoïde : le tocilizumab et les autres inhibiteurs des cytokines. *Revue du Rhumatisme.* 2010;77:S32-S40.
- 66. Hello M, Barbarot S, Connault J.** Skin manifestations of new targeted treatments. *Revue de Médecine Interne.* 2012;33:273-278.
- 67. Hoerni B.** La relation médecin-malade, l'évolution des échanges patients soignants. Paris : Éditions Imothep, 2008 ; 288 p.
- 68. Jeandel P, Roux H.** Epidémiologie des affections rhumatologiques en Afrique subsaharienne. *Rev Rhum [Ed Fr]* 2002;69:764-76.
- 69. Jewitt K.** The self-management challenge. *Asthma J.* 2001;6:48-9.
- 70. Jones B, et al.** Educational Interventions and Reduction of Diagnostic Delay in Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis. *Arthritis Care & Research.* 2020;72(8):1103-10.
- 71. Josse S, Klemmer N, Moreno-Swirc S, et al.** Sarcoïdose pulmonaire et cutanée induite par Infliximab. *Revue du rhumatisme.* 2009;76:1367-74.
- 72. Ka MM, Diallo S, Ka EF, et al.** Traitement de la polyarthrite rhumatoïde par le méthotrexate à Dakar : efficacité, la tolérance et le coût. *Sante.* 2000;10(1):65-8.
- 73. Katz P.** Education and employment status: impact on disease outcomes in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2008;20(2):157-61.
- 74. Kenta Lekpa F, Ndongo S, Moreira-Diop T.** La polyarthrite rhumatoïde en milieu rural au Sénégal. Ed. Universitaires Européennes, 2018 ; 60 p.

- 75. Kobelt G, Woronoff A-S, Richard B, et al.** Actualité sur la maladie, coûts et qualité de vie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde en France : étude ECO-PR. *Revue du Rhumatisme*. 2008;75:404-812.
- 76. Lacroix A, Golay A, Assal JP.** Le processus d'acceptation d'une maladie chronique. *Schweiz Rundsch Med Prax*. 1993;82:1370-2.
- 77. Lard LR, Visser H, Speyer I, et al.** Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med*. 2001;111:446-51.
- 78. Listing J, Kekow J, Manger B, et al.** Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNF _ inhi-bitors and rituximab. *Ann Rheum Dis*. 2013, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204021>.
- 79. Lorig KR, Holman HR.** Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 2003;26(1):1-7.
- 80. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, et al.** Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*. 2001;39(11):1217-23.
- 81. Lukas C, Combe B, Ravaud P, et al.** Favorable effect of very early disease-modifying antirheumatic drug treatment on radiographic progression in early inflammatory arthritis: data from the Étude et Suivi des polyarthrites indifférenciées récentes (study and follow-up of early undifferentiated poly-arthritis). *Arthritis Rheum* 2011;63:1804–11.
- 82. Maravic M.** Impact économique des biothérapies dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde en France. *Revue du Rhumatisme*. 2010;77:474-9.
- 83. Matcham F, Norton S, Scott DL, Steer S, Hotopf M.** Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(2):268-78.

- 84. Meesters J, Vliet Vlieland TP, Hill J, et al.** Measuring educational needs among patients with rheumatoid arthritis using the Dutch version of the Educational Needs Assessment Tool (DENAT). *Clinical Rheumatology*. 2009;28(9):1073-7.
- 85. Mendelson C, Bourdé A, Fautrel B, et al.** Living with rheumatoid arthritis in France in 2013: strengths and weaknesses in the organization of care." *Joint Bone Spine*. 2018;85(4):493-8.
- 86. Meyer O.** La balance des cytokines pro-anti-inflammatoires dans la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Rhum*. 2002;69:182-93.
- 87. Mijiyawa M.** La polyarthrite rhumatoïde en Afrique noire. *Revue médecine interne*. 1996;17:625-626.
- 88. Ministère de la Santé et des Solidarités.** Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), 2007 ; 52 p.
- 89. Miossec P.** TNF α et polyarthrite rhumatoïde : compréhension du mode d'action et effets secondaires des inhibiteurs thérapeutiques. *Revue du Rhumatisme*. 2004;71:14S-21S.
- 90. Momohara S, Inoue E, Ikari K, et al.** Decrease in orthopaedic operations, including total joint replacements, in patients with rheumatoid arthritis between 2001 and 2007: data from Japanese outpatients in a single institute-based large observational cohort (IORRA). *Ann Rheum Dis*. 2010;69:312-3.
- 91. Moutet F.** L'école de la polyarthrite rhumatoïde : Évolution, bilan et perspectives. Université Joseph Fourier, Diplôme inter-universitaire de rééducation et d'appareillage en chirurgie de la main, 2011–2013 ; 92 p.
- 92. Munro R, Hampson R, McEntegart A, et al.** Improved functional outcome in patients with early rheumatoid arthritis treated with intramuscular gold: results of a five-year prospective study. *Ann Rheum Dis*. 1998;57:88-93.
- 93. National Asthma Council.** Asthma adherence. A guide for health professionals. (www.nationalasthma.org-au) 1998.

- 94. National Institutes of Health (NIH), National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI).** Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda (MD): NIH, 1997.
- 95. Ndao AC.** Retentissement socio-économique de la polyarthrite rhumatoïde au Sénégal (à propos d'une étude prospective portant sur 90 cas). Ucad, Thèse méd., Dakar, 2010 ; n° 31, 143 p.
- 96. Ndong S, Pouye A, Dia D, et al.** Séroprévalence de l'antigène HBs au cours de la polyarthrite rhumatoïde au Sénégal. Revue de médecine interne. 2011;32S:S99-S191.
- 97. Ndong S.** Syndromes Généraux et Systémiques - Contexte Tropical. KATANA sante editions, Paris, 2015, p. 106.
- 98. Ndos M, Vinall K, Hale C, et al.** The effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: a systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2016;63:169-81.
- 99. Nell VP, Machold KP, Eberl G, et al.** Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying antirheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. Rheumatol Oxf. 2004;43:906-14.
- 100. Niass M.** Aspects épidémio-cliniques et immuno-biologiques de la polyarthrite rhumatoïde en milieu hospitalier dakarois : étude portant sur 403 observations. Ucad, Thèse méd., Dakar, 2013 ; n° 196, 132 p.
- 101. Organisation mondiale de la santé (OMS).** Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986.
- 102. Organisation mondiale de la santé.** Guide pédagogique pour les personnels de santé. Genève : OMS, 1990.
- 103. Partridge MR, Fabbri LM, Chung KF.** Delivering effective asthma care. How do we implement asthma guidelines? Eur Respir J. 2000;15:235-7.
- 104. Partridge MR.** Written asthma action plans. Thorax. 2004;59:87-8.
- 105. Pawlotsky Y.** Rhumatologie. Paris : Ellipses, 2000.

- 106. Pouchot J, Guillemin F, Coste J, et al.** Validity, reliability, and sensitivity to change of a French version of the arthritis impact measurement scales 2 (AIMS2) in patients with rheumatoid arthritis treated with methotrexate. *J. Rheumatol.* 1996;23(1):52-60.
- 107. Radouani MA.** Aspects épidémio-cliniques et immuno-biologiques de la polyarthrite rhumatoïde à Dakar : étude portant sur 192 cas. Ucad, Thèse méd., Dakar, n° 88, 2009 ; 91 p.
- 108. Raissouni N, Gossec L, Ayrat X, Dougados M.** Quelles nouveautés dans le diagnostic et le traitement d'une polyarthrite rhumatoïde récente. *Rev Rhum* 2005;72:195-200.
- 109. Ryan S, Hassell A, Dawes P, et al.** Educational needs of patients with rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care.* 2017;15(3):220-32.
- 110. Schaeffer T.** Polyarthrite rhumatoïde et infections : Quel lien ? Quelle conséquence thérapeutique ? *Revue du Rhumatisme.* 2011;78S:A33-A34.
- 111. Schipper LG, van Hulst LT, Grol R, et al.** Meta-analysis of tight control strategies in rheumatoid arthritis: protocolized treatment has additional value with respect to the clinical outcome. *Rheumatol Oxf.* 2010;49:2154-64.
- 112. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW.** Rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2010;376(9746):1094-108.
- 113. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.** Primary care management of asthma: a national clinical guideline. Edinburg : SIGN, 1998.
- 114. Sibia J.** Naissance et développement de l'immunothérapie ciblée : La révolution des biomédicaments. *Revue du Rhumatisme.* 2007;74:42-51.
- 115. Silman AJ, Pearson JE.** Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis Res.* 2002;4(3):S265-S272.

- 116. Singh JA, Hossain A, Tanjong Ghogomu E, et al.** Biologics or tofacitinib for people with rheumatoid arthritis unsuccessfully treated with biologics: a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3:CD012591.
- 117. Singh JA, Saag KG, Bridges Jr SL, et al.** 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatology.* 2016;68(1):1-26.
- 118. Smedslund G, Haavik S, Nes AA, et al.** Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015;(4):CD000409.
- 119. Smith A, et al.** The impact of therapeutic education on early diagnosis of rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology.* 2019;45(3):215-222.
- 120. Smith A, Jones B.** Stress and rheumatoid arthritis: a review. *Psychosomatic Medicine.* 1985;47(4):321-33.
- 121. Smith J, Firth J.** Digital health coaching: empowering patients with chronic diseases through telemedicine and eHealth. *Telemedicine and e-Health.* 2019;25(6):467-71.
- 122. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, et al.** Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2010;69(4):631-7.
- 123. Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, et al.** Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2016;75(1):3-15.
- 124. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, et al.** EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2014;73:492-509.
- 125. Snadden D, Brown JB.** The experience of asthma. *Soc Sci Med.* 1992;34:1351-61.

- 126. Sokka T, Kautiainen H, Pincus T, et al.** Disparities in rheumatoid arthritis disease activity according to gross domestic product in 25 countries in the QUEST-RA database. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2009; 68(11):1666-72.
- 127. Sokka T.** Work disability in early rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2003;21(5 Suppl 31):S71-S74.
- 128. Soubrier M, Lukas C, Sibilia J, et al.** Disease activity score-driven therapy versus routine care in patients with recent-onset active rheumatoid arthritis: data from the GUEPARD trial and ESPOIR cohort. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(4):611-15.
- 129. Soussi Z.** Contribution à l'éducation thérapeutique. Enquête sur des patients sous corticothérapie au long cours par voie orale en rhumatologie à propos de 205 cas. Ucad, Thèse méd., Dakar, 2007 ; n° 62, 81 p.
- 130. Storms WW.** Patient compliance with broncho- dilator therapy in asthma. *Curr Ther Res*. 1994;55:1038-46.
- 131. Trappenburg JC, Niesink A, de Weert-van Oene GH, et al.** Effects of telemonitoring in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Telemedicine and e-Health*. 2015;21(10):847-54.
- 132. Van Aken J, Lard LR, le Cessie S, et al.** Radiological outcome after four years of early versus delayed treatment strategy in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2004;63:274-9.
- 133. Van den Berg N, Grabe HJ, Baumeister SE, et al.** Effect of adherence to guidelines for lifestyle and treatment on outcomes in patients with polyarthritis: data from the QUEST-RA study. *RMD Open*. 2019;5(2):e000896.
- 134. Van der Heide A, Jacobs JW, Bijlsma JW, et al.** The effectiveness of early treatment with “second-line” antirheumatic drugs. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1996;124:699-707.
- 135. Van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Boström C, et al.** EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2012;71(1):13-19.

- 136. Van Gestel AM, Prevoo ML, Van't Hof MA, et al.** Development and validation of the European League Against Rheumatism response criteria for rheumatoid arthritis. Comparison with the preliminary American College of Rheumatology and the World Health Organization/International League Against Rheumatism Criteria. *Arthritis Rheum.* 1996;39(1):34-40.
- 137. Veterans Health Administration.** Clinical practice guideline for the management of persons with COPD or Asthma. Washington DC: Veterans Health Administration, 1997.
- 138. Walsh DA, McWilliams DF.** Mechanisms, impact and management of pain in rheumatoid arthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2014;10(10):581-92.
- 139. World Health Organization.** Therapeutic patient education: continuing education programs for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group [Internet]. 1998 [Cité le 21 avril 2024] Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108151> n.d.:90.

ANNEXES

ANNEXE A : QUESTIONNAIRES SUR ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE PR

I/ ÉTAT CIVIL

Nom : Prénoms :

Age : Sexe M F

Numéro du dossier

ÉTUDE

Oui

Non

si oui

Type

École française

École arabe

Autre

Niveau élémentaire collège lycée université

Profession :

Statut matrimonial

Adresse :

Origine

Téléphone :

II/ HISTOIRE DE LA MALADIE

Début des symptômes

Délai diagnostic

Suivi : oui non

Si oui par

1. Rhumatologue
2. Un interniste
3. Généraliste
4. Un médecin traditionnel

Est-ce que votre suivi est régulier oui non

Si non pourquoi

III/ ANTÉCÉDENTS ET TERRAIN :

- Personnels

Médicaux : HTA DIABÈTE DYSLIPIDÉMIE ALLERGIE
MÉDICAMENTEUSE SI OUI PRÉCISEZ ASTHME
INSUFFISANCE CARDIAQUE INSUFFISANCE RÉNALE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Autres

Chirurgicaux : oui non oui préciser

.....

Gynéco-obstétricaux : GESTITÉ :..... PARITÉ :.....

AVORTEMENTS : ... EV :....

- Familiaux

Maladies systémiques : oui ; non si oui préciser le type et le lien de
parenté ; ne sait pas ; probable

MODE DE VIE : tabac alcool activité physique régulière stress

Régime alimentaire

Niveau socio-économique

IV/ ACTIVITÉ

DAS 28

Déformation oui non si oui préciser

.....

MEA oui non si oui préciser.....

V/ TRAITEMENT EN COURS

Symptomatique

Antalgique oui non si oui

préciser.....

AINS oui non si oui

préciser.....

Corticothérapie oui non si oui

préciser.....

De fond

Oui non si oui

préciser.....

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

- Comment avez-vous connu ETP

Médecin Association de malades Médias Autres

Vous avez participé à X ateliers individuels collectifs

1- Avez-vous été intéressé par ces ateliers ?

Très satisfait satisfait moyennement satisfait
pas satisfait

2- Avons-nous répondu à vos attentes ?

Très satisfait satisfait moyennement satisfait
pas satisfait

3- Avez-vous appris des choses

a- Sur la maladie

Très satisfait satisfait moyennement satisfait
pas satisfait

b- Sur le traitement

Très satisfait satisfait moyennement satisfait
pas satisfait

c- Sur l'alimentation

Très satisfait satisfait moyennement satisfait
pas satisfait

d- Sur les risques de complications

Très satisfait satisfait moyennement satisfait
pas satisfait

4- Pensez-vous que ces ateliers vont vous aider à mieux vivre avec votre maladie ?

Très satisfait satisfait moyennement satisfait
pas satisfait

5- Les explications données au cours de ces ateliers étaient-elles claires ?

Très satisfait satisfait moyennement satisfait
pas satisfait

6- L'organisation des ateliers vous a-t-elle convenu ?
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait
 pas satisfait

7- Les documents utilisés ou remis étaient-ils utiles ?
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait
 pas satisfait

8- Globalement, vous êtes :
 Très satisfait satisfait moyennement satisfait
 pas satisfait

9 -Sur la vie psychosociale

Engagement positif et actif dans la vie oui non

Soutien et intégration sociale oui non

Impact psychologique de la maladie oui non

10-Stres après ETP

Très bien géré Bien géré moyen géré pas de
 changement

11- Acquisition de compétences après ETP

Non oui

Pratiques de la santé oui non

Auto-soins et implications oui non

Pensez-vous que d'autres thèmes devraient être abordés lors de ces ateliers ? Si oui, lesquels ?

.....

ANNEXE B : TEST D'ÉVALUATION DU STRESS CHRONIQUE [14]

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1 je suis tendu ou crispé je me sens la gorge serrée ou j'ai la bouche sèche	1	2	3	4
2 je me sens pressé par le temps je manque de temps	1	2	3	4

3 j'ai tendance à oublier les repas	1	2	3	4
Je ressasse les mêmes idées, rumine jongle, j'ai les mêmes pensées, la tête pleine	1	2	3	4
5 je suis calme	4	3	2	1
6 j'ai des douleurs physiques, mal de dos, mal à la tête, mal au ventre	1	2	3	4
7 je suis préoccupé, tourmenté ou tracassé	1	2	3	4
8 j'ai des variations de température corporelle subite	1	2	3	4
9 j'oublie des rendez-vous	1	2	3	4
10 je me sens en forme	4	3	2	1
11 je pleure	1	2	3	4
12 je me sens seul et isolé	1	2	3	4
13 j'ai la diarrhée ou des crampes ou constipé	1	2	3	4
14 j'ai les mâchoires serrées	1	2	3	4
15 je contrôle très bien mes réactions mes humeurs mes gestes	4	3	2	1
16 je suis anxieux inquiet et ou angoissé	1	2	3	4
17 je sursaute	1	2	3	4
18 je prends plus d'une demi-heure à m'endormir	1	2	3	4
19 je suis confus, je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention	1	2	3	4
20 j'ai les traits tirés ou les yeux cernés	1	2	3	4
21 je ne sens aucune pression sur les épaules	1	2	3	4
22 je mange vite	1	2	3	4
23 je m'inquiète de ce qui peut arriver le lendemain	1	2	3	4
24 je suis irritable, j'ai des nerfs à fleur de la peau, je m'impatiente souvent contre les gens et les choses	1	2	3	4
25 j'ai l'impression que chaque chose me demande un effort considérable	1	2	3	4

26 je cherche l'heure constamment, je regarde ma montre	1	2	3	4
27 je me ronge les ongles ou je mange la peau autour des doigts ou me mords les lèvres	1	2	3	4
28 j'ai les mains moites et je transpire beaucoup	1	2	3	4
29 je vois la vie comme étant simple et facile	4	3	2	1
30 j'avale mon repas en moins 15 minutes	1	2	3	4
31 j'ai l'impression d'être dépassé et de perdre le contrôle	1	2	3	4
32 je me sens inefficace dans mes actions	1	2	3	4
33 je marche vite	1	2	3	4
34 je suis agressif	1	2	3	4
35 je suis fébrile, j'ai toujours le goût de bouger, je ne tiens pas en place, je suis stressé	1	2	3	4

- Entre 0 et 30 points aucun stress.
- Entre 31 et 50, vous êtes aux prises avec des facteurs de stress.
- Entre 51 et 70, le niveau de stress est élevé.
- Au-delà de 70, le niveau de stress est dangereux.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon État ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Vu :

Le Président de jury

Le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Pour le Recteur, de l'Université Assane Seck de Ziguinchor et par Délégation

RÉSUMÉ

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE AU SERVICE DE MÉDECINE INTERNE/RHUMATOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DALAL JAMM DE GUÉDIAWAYE : ÉTUDE PRÉLIMINAIRE PORTANT SUR 75 CAS

INTRODUCTION

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent rhumatisme inflammatoire chronique. Les traitements classiques de la polyarthrite rhumatoïde sont nombreux ils font partie intégrante du quotidien des patients. Avec tout ce que cela implique en termes de contraintes et de risques, il paraît important que le patient puisse bénéficier d'une éducation thérapeutique. Nous évaluons l'impact de l'éducation thérapeutique chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude transversale, de type descriptif et analytique sur deux ans, du 1^{er} octobre 2021 au 1^{er} octobre 2023 réalisée au service de Médecine interne/Rhumatologie de l'hôpital Dalal Jamm de Guédiawaye. Ont été inclus dans l'étude tous les patients atteints de PR qui ont participé au moins à une séance ETP. Les patients avec un questionnaire incomplet et les patients qui n'ont jamais assisté à une séance ont été exclus.

RÉSULTATS

Nous avons colligé 75 dossiers de PR. Ces patients se répartissaient en 65 femmes soit 87 % et 10 hommes soit 13 %, un sex-ratio 6,3. L'âge moyen de nos patients était de 40,08 ans. Le délai au diagnostic était en moyenne de 16,4 mois (extrêmes : 1 mois et 71 mois). Quarante-huit patients sont stressés par leur maladie chronique, soit un taux de 64 %. Soixante-dix patients (93 %) avaient un suivi régulier avec leur médecin traitant, et soixante-onze (95 %) avaient une prise en charge thérapeutique et tous ont bénéficié de séances d'éducation thérapeutiques. Après l'ETP 41 patients sont très intéressés de l'ETP, 37 patients ont des attentes très satisfaites, 48 sont très satisfaits du traitement, 50 patients sont très satisfaits de l'alimentation, 65 % ont une satisfaction très bonne globalement, engagement positif dans 68 %, 76 % ont un soutien et bénéficient d'une intégration sociale, 51 % n'ont pas un impact psycho-social, 77 % ont une acquisition de compétence et le stress est très bien géré dans 36 % des cas.

CONCLUSION

L'éducation thérapeutique est une composante à part entière de la prise en charge des maladies chroniques dont la polyarthrite rhumatoïde. Notre étude met en exergue son impact dans l'amélioration de la qualité de vie des patients. Il est important de multiplier ses séances éducatives et d'en faciliter l'accès aux patients et à leur entourage.

Mots-clés : éducation thérapeutique, polyarthrite rhumatoïde