

Enquête sur la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde par le médecin généraliste au Maroc.

Rheumatoid arthritis management : general practitioners practice modalities in Morocco.

Mirieme Ghazi, Anass Kherrab, Radouane Niamane.

Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire Avicenne, CHU Mohammed VI. Université CADI AYAD, Marrakech - Maroc.

DOI 10.24398/rmr.a.245.2017

Rev Mar Rhum 2017; 40: 40-9

Résumé

L'objectif de notre travail était d'évaluer les modalités de prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR) par les médecins généralistes (MG) afin de vérifier le degré de concordance aux recommandations de bonne pratique. Pour ceci nous avons mené une enquête auprès des MG du secteur public et privé du royaume.

Un questionnaire a été élaboré, validé par un comité d'expert et ayant reçu le label de la société marocaine de rhumatologie (SMR), puis adressé à tous les membres de l'association MG Maroc à travers Google Forms (outil de création des sondages). Le questionnaire comprend des questions à choix multiples et un cas clinique.

Parmi les 9055 MG exerçant au Maroc, nous possédons 3400 mails. Parmi les 890 mails valides, 220 MG avaient répondu, soit un taux de participation de 24,71%.

Le nombre de patients atteints de PR vus mensuellement en consultation par les MG était en moyenne de 5,75 patients par mois.

Concernant le diagnostic de la PR, la moitié des MG ne connaissent pas le délai à partir duquel il faut poser le diagnostic précoce. Le tiers des MG initialisent habituellement la corticothérapie à la dose de 15 à 20 mg/j. Pour la surveillance de l'activité de la PR, 60% de des MG ne connaissent pas le DAS28; et 59% d'entre eux ne connaissent pas les nouveaux critères diagnostiques de 2010. Concernant le traitement de fond de première intention, 42% ne préconisent pas le méthotrexate alors que c'est le traitement de première ligne. Chez 83% des MG, ce traitement peut être initié au delà de 3 mois de la fenêtre d'opportunité. Une grande majorité des MG ont exprimé leur souhait d'adhésion à une formation ciblée sur la maladie.

La PR est une maladie complexe qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire. Actuellement, on parle de parcours des soins coordonné où le MG peut jouer un rôle primordial. Mais dans notre enquête, on note un écart dans les pratiques chez le MG. Le débat actuel est relancé pour définir le rôle des sociétés savantes dans la formation continue qui doit être un processus institutionnalisée.

Mots clés : Polyarthrite Rhumatoïde, Recommandations; Enquête; Médecins Généralistes.

Abstract

The aim of our study was to evaluate the management of RA by general practitioners (GP) in Moroccan and to verify their practices to the degree of conformity with the recommendations of good practice.

A questionnaire was developed, validated by an expert committee and then sent to GP. The survey was conducted on Google forms and mailed to all Moroccan GP. The questionnaire includes multiple choice questions and clinical case.

Among the 9055 GP practicing in Morocco, only 890 had a valid mail address and the turnout was 24.71%.

The number of RA patients Consulted by the GP was 5.75 patients per month. Regarding the diagnosis of RA, half of the GPs do not know the time limit for early diagnosis. Third of GPs usually initiate corticosteroids at a dose of 15-20 mg / d. For surveillance of RA activity, 60% of GPs were unaware of DAS28; And 59% don't know about the new diagnostic criteria (2010). For first-line therapy, 42% don't recommend methotrexate as the first-line therapy. In 83% of GPs, this treatment can be initiated beyond 3 months of the window of opportunity. A large majority of GPs have expressed their wish to join training targeted to the disease.

RA is a complex disease requiring multidisciplinary care. Currently, we talk about a coordinated care pathway where the GP can play a key role. But in our survey, there is a discrepancy in practice among the MG. The current debate is relaunched to define the role of learned societies in continuing education which must be an institutionalized process.

Key words : Rheumatoid arthritis, Recommendations; Investigation; General practitioners.

La PR est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle représente un problème de santé publique qui justifie une prise en charge thérapeutique précoce personnalisée et multidisciplinaire. La précocité du diagnostic et du traitement est un élément clé dans la prise en charge des malades (1). La place du MG est essentielle dans la prise en charge de la PR, d'une part au stade diagnostique et d'autre part au cours du suivi des patients lorsque le diagnostic est déjà confirmé(2).

OBJECTIF

L'objectif de notre travail était d'évaluer les modalités de prise en charge de la PR par les MG au Maroc afin de vérifier le degré de concordance aux recommandations de bonne pratique. Cette évaluation a pour finalité de faire améliorer la qualité des soins et du service rendu au patient par les MG.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons mené une enquête par questionnaire, sous l'égide de la société marocaine de rhumatologie (SMR), auprès des MG exerçant dans le secteur public et le secteur privé dans l'ensemble des régions du royaume pour évaluer les modalités de prise en charge pratique de la PR.

Le questionnaire a été élaboré et validé par un comité d'experts, puis envoyé par mail à tous les MG marocains après accord de l'association marocaine des MG. L'enquête a été menée en utilisant l'application Google forms et l'envoi du questionnaire a été fait par groupes de 60 à 70 envoi /jour (capacité maximale pour cette procédure). Le questionnaire a été envoyé entre le mois de février et avril 2016. L'anonymat des participants a été respecté.

Le questionnaire comprend des questions à choix multiples et un cas clinique établis de façon étroite avec les recommandations de bonne pratique. Il comprend quatre parties :

- La première partie vise à recueillir les informations concernant les MG (secteur d'exercice, nombre de patients suivis pour PR vu en consultation par mois, et la coopération entre le MG et le rhumatologue).
- La deuxième partie et la troisième partie comportent des items sur les diagnostics différentiels de la PR, les examens complémentaires nécessaires pour étayer le diagnostic, les signes en faveur d'une PR à la phase d'état, et l'approche

thérapeutique d'un patient suivi pour PR.

- La quatrième partie comporte des questions à choix multiples qui mettent l'accent sur les critères diagnostiques de la PR, les indices pour la surveillance d'une PR, les traitements de fonds classiques et les biothérapies, et enfin les principaux rôles que doit jouer le MG dans le cadre de la prise en charge collaborative avec le rhumatologue.

Nous avons mis également à la disposition des MG la possibilité de laisser des commentaires pour s'enquérir de souhaits à développer dans le cadre de la formation continue.

RÉSULTATS

Pour la première partie : (les données générales) :

Conformément aux derniers chiffres officiels publiés par le ministère de la Santé en juin 2007, on compte 9055 MG au Maroc. Le questionnaire a été envoyé par mail à tous les membres de l'association MG Maroc à travers Google Drive. Nous possédons 3400 mails. Parmi les 890 mails valides, 220 MG avaient répondu, soit un taux de participation de 24,71% (Figure 1, tableau 1). Les questions retournées ont été analysées. Les résultats étaient exprimés en pourcentage. Les réponses incomplètes ont été exclues de l'étude.

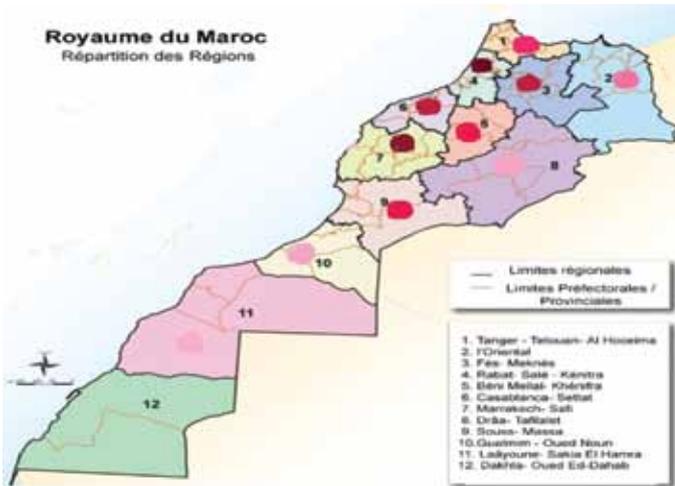
Parmi les MG ayant participé à notre enquête, 54,1% exerçaient dans le secteur publique et 45,9% dans le secteur libéral.

Le nombre de patients atteints de PR vus mensuellement en consultation par les MG était en moyenne de 5,75 patients par mois. (Figure 2). Sur l'ensemble des MG interrogés, 66,4% avaient un rhumatologue référent. Seuls 16,7%MG recevaient un retour du courrier de la part du spécialiste.

Pour la deuxième partie, les items à évaluer étaient:

- Comment reconnaître une PR récente et faire un diagnostic précoce d'une synovite.
- Le retard diagnostique de la PR.
- Diagnostic d'une PR débutante.

La majorité des MG mettait en évidence la synovite devant le gonflement, la raideur, et la douleur articulaire. (Tableau 1). Le retard diagnostique de la PR était évoqué par 43,6% des MG à partir de 6 mois, 29,1% à partir de 1 an, 20,5% à partir de 3 mois et 6,8% à partir de 2 ans. Et puis, les MG devaient répondre à l'énoncé



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

Figure 1 : Répartition des participants selon les régions du Royaume.

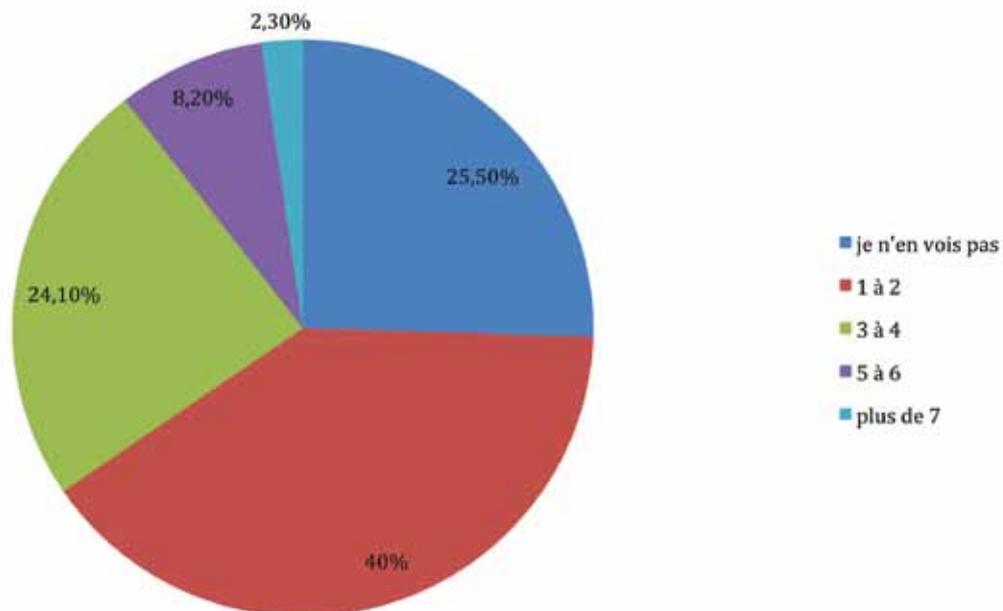


Figure 2 : Répartition des MG selon le nombre de patients vus en consultation /mois

Tableau 1 : Répartition des MG selon le nombre de patients vus en consultation /mois

	Pourcentage des MG
Gonflement articulaire	57,5%
Raideur articulaire	76,8%
Douleur articulaire	80,5%
Déformation articulaire	25,5%

suivant : Devant une polyarthrite récente, quels sont les éléments cliniques qui évoquent le diagnostic d'une éventuelle PR débutante ?

75,5% des MG évoquaient le diagnostic d'une PR débutante devant une raideur matinale de plus de 30 min, 68,6% devant des synovites des interphalangiennes distales, 47,3% devant une arthrite d'au moins 3 articulations, 43,2% devant un squeeze test positif au niveau des métacarpo-phalangiennes et des métatarso-phalangiennes et 33,6% devant une atteinte des mains et des pieds.

Pour la troisième partie, les items à évaluer étaient :

- Les diagnostics à évoquer devant une polyarthrite chronique.
- Le bilan à demander pour retenir le diagnostic d'une PR.
- Comment reconnaître une PR à la phase d'état.
- Les critères diagnostiques de la PR utilisés actuellement.

Devant un tableau de polyarthrite chronique, le diagnostic le plus probable était la PR, évoqué par 94,1% des MG, 57,3% ont pensé au lupus érythémateux disséminé, 48,2% à une polyarthrose alors que 17,7% ont évoqué un syndrome de Sjogren.

Devant une PR, les MG étaient interrogés sur les examens complémentaires qu'ils allaient demander pour étayer ce diagnostic. Plus de la moitié des MG ont demandé une

vitesse de sédimentation, une CRP, le facteur rhumatoïde, les anticorps anti peptides cycliques citrullinés, les anticorps antinucléaires, et les radiographies des mains et des avants pieds (Figure 3).

A travers un cas clinique, nous avons proposé aux MG des résultats d'examens complémentaires en faveur d'une PR. Le pourcentage des MG qui ont évoqué le bon diagnostic était de 96,4%.

Quant au caractère érosif de la PR, le pourcentage des MG qui savaient que la présence d'une érosion articulaire doit être recherchée systématiquement, que l'érosion est un élément de mauvais pronostic, que les érosions apparaissent habituellement au cours des deux premières années de la maladie, et que la recherche d'une érosion peut nécessiter une échographie articulaire était respectivement de 58,6%, 50,5%, 41,8% et 48,2%.

Pour les critères diagnostiques de la PR utilisés actuellement, 40,5% des MG optent pour les critères de l'ACR/EULAR 2010, 26,4% des MG pour les critères d'AMOR, 20,9% des MG pour les critères de Jones modifiés et 16,8% des MG pour les critères de l'ACR 1987.

Une fois le diagnostic de PR est posé, 73,6% adressaient le patient au rhumatologue après avoir initié un traitement, 38,2% sans initier de traitement, 24,5% adressaient le patient à un interniste, 13,2% à un orthopédiste, et 13,2% s'en occupaient eux-mêmes.

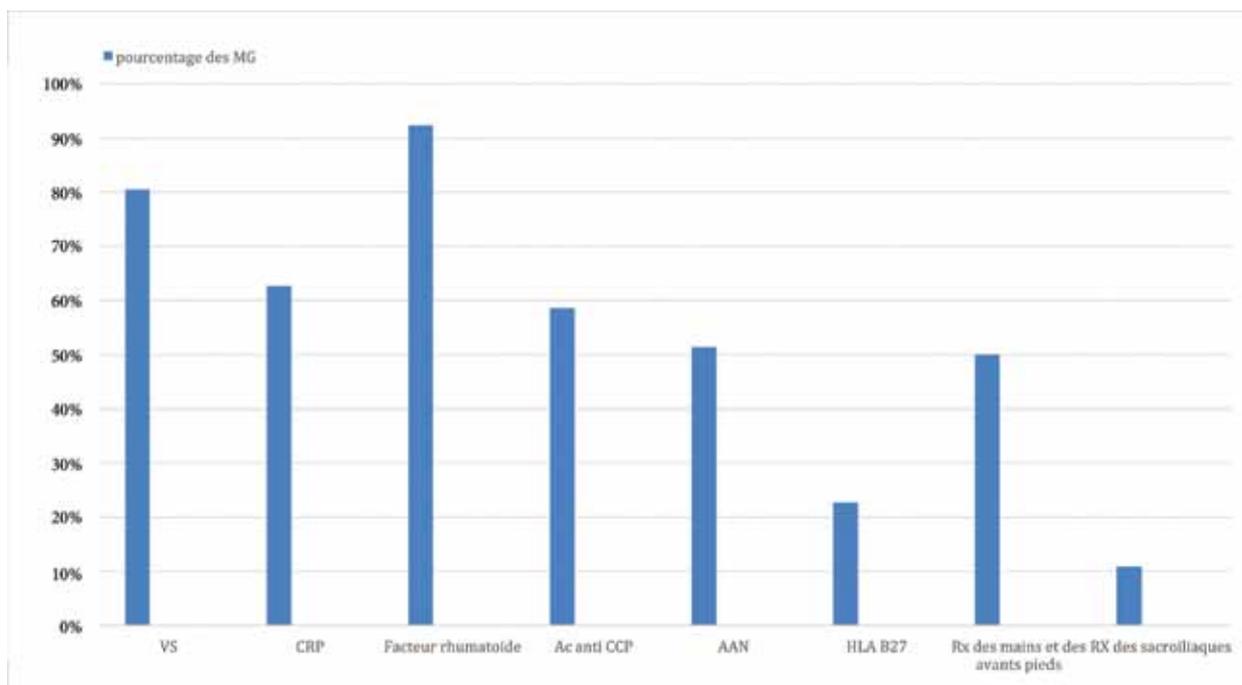


Figure 3 : Pourcentage des MG selon les examens complémentaires demandés devant une PR.

Pour la quatrième partie, les items à évaluer étaient:

- Les outils d'évaluation et de surveillance de la PR.
- La connaissance des traitements symptomatiques et des traitements de fond.
- La dose de corticothérapie prescrite en cas de PR.
- Le traitement de fond de première intention.
- La notion de fenêtre d'opportunité.
- La connaissance des biothérapies commercialisées au Maroc, qui peuvent être proposées en cas d'échec de traitement de fond classique.
- Savoir les principaux rôles que doit jouer le MG dans le cadre de la prise en charge collaborative avec le rhumatologue.

Les médicaments considérés comme traitement de fond de la PR par les MG étaient le méthotrexate par 90,5% des MG, la prednisone par 58,2% des MG, la salazopyrine par 50% des MG, la biothérapie par 31,4% des MG, les AINS par 17,7%, et le paracétamol par 9,5% des MG. Le pourcentage des MG qui savaient que le méthotrexate est le traitement de fond le plus utilisé était de 57,5%.

La dose de corticothérapie prescrite initialement était variable de 5 à 30 mg/j (figure 4). Quand un traitement à base de prednisone 10 mg/j et méthotrexate 15 mg/semaine est instauré, les MG préconisaient une surveillance de la tension artérielle, la CRP, la créatinine, les transaminases et la NFS (figure 5).

En cas d'échec au traitement de fond classiques, une biothérapie peut être proposée. Le pourcentage des MG qui connaissait les biothérapies commercialisées au Maroc était de 42,7% pour l'Adalimumab, 37,7% pour l'Infliximab, 34,7% pour le Rituximab, et 27,3% pour l'Etanercept et pour le Tocilizumab.

Enfin, pour le rôle des MG dans la prise en charge collaborative avec le rhumatologue, 59,5% des MG adressaient systématiquement toute PR au rhumatologue, 43,2% estimaient qu'ils devaient faire eux-mêmes le diagnostic de la PR, 78,2% soulageaient le patient et laissaient au rhumatologue le soin d'initier le traitement de fond, 77,7% assuraient le suivi de la tolérance des médicaments prescrits par le rhumatologue, 68,2% géraient les éventuelles poussées de la maladie en attendant que le patient

consulte son rhumatologue, 54,1% géraient les comorbidités de la maladie, et 5,9% pensent pouvoir administrer une biothérapie eux même.

DISCUSSION

La PR est un rhumatisme inflammatoire chronique hétérogène(3). Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire(4).

Le MG a un rôle important à jouer dans, entre autres, le diagnostic précoce de la maladie, le suivi rapproché et l'éducation du patient d'autant plus que le nombre de patients atteints de PR vus mensuellement en consultation par le MG était en moyenne de 5,75 patients par mois dans notre enquête.

Les principaux résultats qui ressortent, objectivent globalement un moyen degré de concordance avec les recommandations de bonne pratique dans la prise en charge de la PR (5).

Il faut souligner l'importance de reconnaître les signes cliniques de la PR récente. En effet, le MG doit évoquer la synovite devant le gonflement articulaire, la raideur et la douleur articulaire. Aussi, il faut souligner l'intérêt de poser le diagnostic d'une PR débutante devant l'arthrite d'au moins 3 articulations, une raideur matinale plus de 30 min, une douleur à la pression transverse des MCP et des MTP. Dans notre enquête, le degré d'adhésion de ces items était moyen à faible. Nous avons constaté que deux tiers des MG considèrent la synovite des interphalangiennes distales comme un élément diagnostic d'une PR débutante et seulement un tiers d'entre eux cherchent une atteinte des mains et des pieds pour évoquer le diagnostic de PR. Quelques études ont comparé le degré de concordance entre le diagnostic de PR évoqué par les MG et celui des rhumatologues; plus de 50% des diagnostics posés par les MG ont été modifiés par les rhumatologues (6)(7)(8). Reconnaître les signes cliniques d'une PR débutante doit faire partie des attributions d'un MG. Ces données montrent les difficultés que rencontrent les MG pour faire le diagnostic précoce d'une synovite. Il revient aux sociétés savantes dans le cadre de la formation médicale continue de promouvoir le diagnostic précoce de la PR auprès des MG. Ce sont eux qui voient au premier le malade.

Pour le retard diagnostique, on appelle la période avant 6 mois, la fenêtre d'opportunité thérapeutique au delà de laquelle il y a un risque d'apparition d'érosions

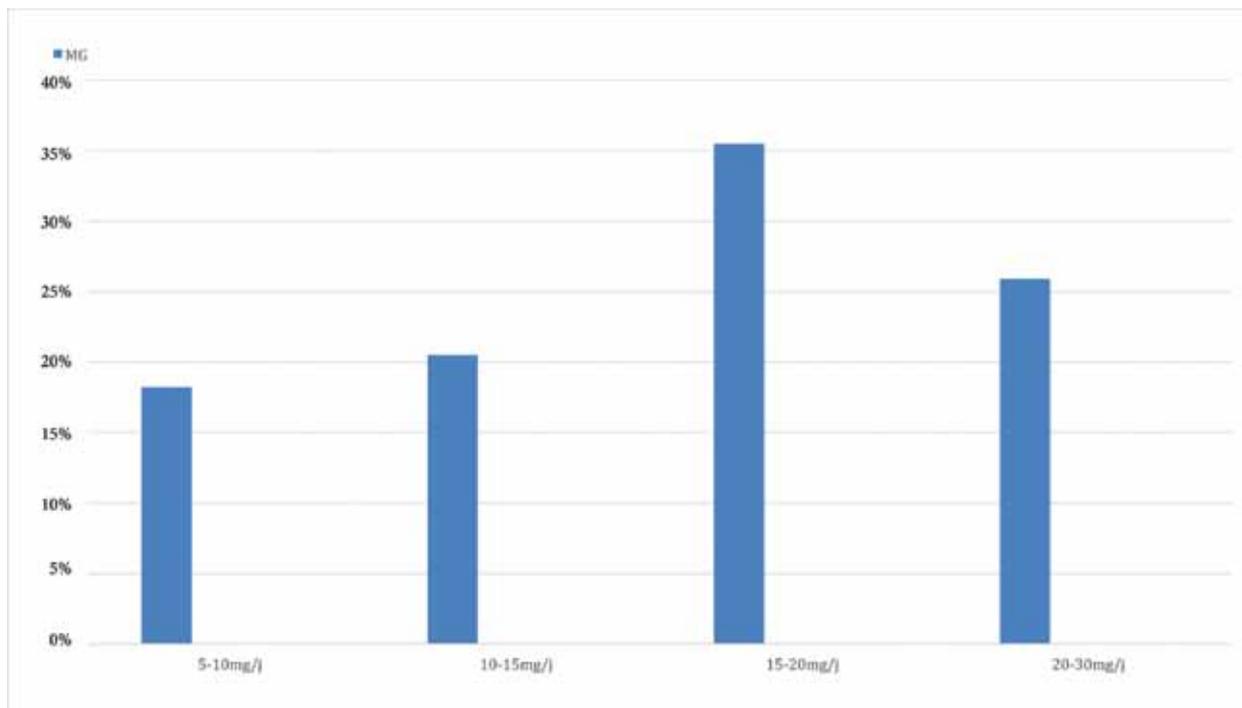


Figure 4 : Pourcentage des MG selon la dose de la corticothérapie prescrite.

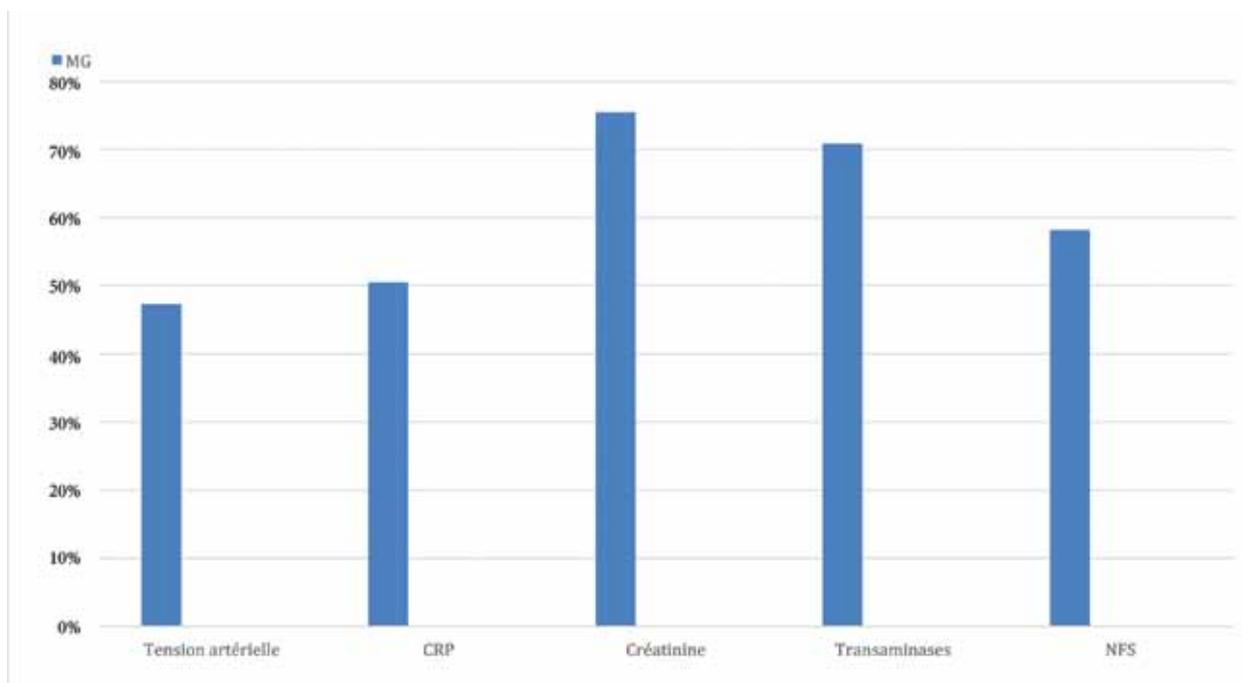


Figure 5 : Pourcentage des MG selon les paramètres à surveiller lors d'un traitement par méthotrexate.

articulaires à court terme (9). Le degré d'adhésion de cet item était moyen. Un diagnostic précoce et un traitement approprié sont les clés de la prise en charge de la PR (10). D'après une étude rétrospective, le temps médian entre le début des symptômes et la première visite chez un rhumatologue était de trois mois pour 22,5 % des patients et de plus de trois mois pour 39 % d'entre eux (2). Dans une autre étude, seulement 31% des patients atteints de PR visitent un rhumatologue dans les 12 semaines suivant l'apparition des symptômes ; ceci est principalement dû au retard de consultation auprès des MG (11). Dans notre enquête, un accès rapide à une consultation en rhumatologie est important pour éviter le retard diagnostique. Il faut s'interroger sur les raisons des retards au diagnostic et à la demande d'avis auprès du spécialiste et les difficultés d'accès aux consultations de rhumatologie. La prise de conscience de la nécessité d'une demande d'avis appropriée et précoce doit être un objectif important dans la formation continue des MG.

Une fois le diagnostic de PR est évoqué devant certains signes cliniques, il doit être confirmé par des examens paracliniques. Il est donc important que le bilan initial d'une PR comporte des ACPA, vue leur sensibilité dans le diagnostic de la PR, et les radiographies des mains et des avant-pieds permettant la mise en évidence des érosions articulaires témoin d'un mauvais pronostic. La moitié des MG de notre enquête ne demandent pas ces examens pour étayer leur diagnostic. S'il est facile de faire le diagnostic d'une polyarthrite, faire une enquête étiologique n'est pas une mince affaire. La présence des formes atypiques et des formes mono-symptomatiques rend cette tâche difficile. C'est la raison pour laquelle le MG doit référer au rhumatologue le plus tôt possible toute polyarthrite récente.

Il est important de reconnaître la PR à la phase d'état en précisant la notion d'érosions et des déformations et leur délai d'apparition. Dans notre enquête, la moitié des MG savaient que la présence d'une érosion articulaire doit être recherchée systématiquement, que l'érosion est un élément de mauvais pronostic, que les érosions apparaissent habituellement au cours des deux premières années de la maladie, et que la recherche d'une érosion peut nécessiter une échographie articulaire. Plusieurs études se sont intéressées à la recherche des érosions sur les radiographies des pieds de face dans la PR. D'après une étude récente menée sur une population de rhumatismes inflammatoires débutants, les érosions au

niveau des pieds ont été retrouvées chez 43% des patients (12). En effet, la mise en évidence des érosions est un facteur de mauvais pronostic. L'usage de l'imagerie moderne comme l'échographie haute fréquence ou l'IRM, ont permis d'améliorer la précocité de leur détection. En effet, l'échographie ostéo-articulaire a pris une grande place en rhumatologie. La majorité des études publiées montrent son intérêt pour améliorer le diagnostic, préciser l'activité, et suivre l'évolution de la maladie.

Actuellement, pour poser le diagnostic précoce et faciliter l'introduction des traitements de fond de la PR, ce sont les critères (ACR – EULAR 2010) qui sont utilisés (13). Dans notre enquête, seuls 40,5% des MG connaissent ces critères. Cette méconnaissance des critères diagnostiques peut s'expliquer par l'absence d'une bonne diffusion de l'information ou par manque de recherche et d'autoformation.

Il est important de souligner que l'objectif de traiter les PR précocement dépend en quasi-totalité de la précocité des demandes d'avis spécialisés. Une consultation auprès d'un rhumatologue doit être considérée pour confirmer le diagnostic et initier immédiatement un traitement de fond. Cette prise en charge rapide et spécialisée n'est possible que si les MG évoquent le diagnostic et adressent les patients rapidement au spécialiste. Dans notre enquête, le degré d'adhésion de cet item est moyen, il est de l'ordre de 55,5%. La prise de conscience de la nécessité d'une demande d'avis spécialisé précoce est un objectif important dans la formation continue des MG.

L'introduction d'un traitement de fond (DMARDs) doit se faire dès que le diagnostic est retenu. Le facteur prédictif principal de réponse à un traitement de fond dans la PR débutante était la durée d'évolution de la maladie au moment de l'introduction de ce traitement de fond. Dans notre enquête, le taux d'adhésion est très faible.

Ce traitement de fond comporte des traitements classiques CsDMARDs et les biothérapies bDMARDs. Le méthotrexate selon toutes les recommandations des sociétés savantes est l'élément clé de la première stratégie thérapeutique chez les patients atteints de PR. Sa dose optimale doit être atteinte au maximum en 4 à 8 semaines (14). Les autres CsDMARDs peuvent être utilisés en association avec celui-ci, en cas de contre-indications ou en cas des effets indésirables de

méthotrexate. Dans notre enquête, même si la plupart des MG connaissent le méthotrexate, son instauration comme traitement de la PR relève du médecin spécialiste. Dans ce même sens, une enquête a été menée auprès des rhumatologues exerçant en France, le délai pour établir le diagnostic de PR était de 6 mois en moyenne. Un traitement de fond a été immédiatement instauré dans 95 % des cas, à base de méthotrexate (dans 76 % des cas)(15)(16).

Un point important à soulever, la moitié des MG considéraient la prednisonne comme traitement de fond. Alors qu'on sait que les corticoïdes à court terme doivent être considérés comme une thérapie de liaison ou d'appoint pour une durée maximale de 6 mois et doivent être arrêtés le plus tôt possible.

Selon les recommandations de bonnes pratiques, la posologie des corticoïdes indiquée est $\leq 7,5\text{mg/jour}$. Dans notre enquête, le degré d'adhésion de cet item est très faible. Uniquement 18,20% de l'ensemble des MG participants à notre enquête, déclaraient proposer la corticothérapie à une dose de 5 à 10 mg/j. Force est de constater que le quart des MG proposent une corticothérapie entre 20 à 30 mg/j avec toutes les complications inhérentes à une telle posologie prise au long cours. Il nous semble que l'écart que nous avons constaté peut être expliqué par l'éclat thérapeutique des doses élevées de la corticothérapie à court terme des rhumatismes inflammatoires chroniques, l'absence d'une bonne diffusion des recommandations en dehors des sociétés savantes, une méconnaissance des recommandations par manque de recherche et d'autoformation. Dans le même sens, une enquête française montre que en attendant la consultation auprès d'un spécialiste, les patients étaient traités par les MG. Ils recevaient des antalgiques et des AINS dans 90% des cas, la corticothérapie dans 26% des cas (à plus de 15mg/j chez 15% d'entre eux)(2).

Pour les biothérapies, elles devraient principalement être introduites quand les patients n'ont pas atteint l'objectif thérapeutique avec les traitements de fond classiques au bout de 6 mois, ou en cas d'aucune amélioration après 3 mois de traitement. Dans notre étude, on a constaté qu'il y a une méconnaissance des différentes biothérapies commercialisées au Maroc, utilisées dans le traitement de la PR en cas d'échec du traitement de fond. Les 2/3 des MG ne sont pas au courant des innovations thérapeutiques. Il paraît que

beaucoup d'effort doit être fait pour réussir le niveau de la formation médicale continue post universitaire, de manière à améliorer la collaboration entre les spécialistes et les MG. En effet, les MG sont tenus de connaître la mise sur le marché des biothérapies au Maroc, seule garantie pour pouvoir contribuer à la surveillance de la tolérance de ces molécules dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Pour la surveillance d'un patient suivi pour PR sous traitement, les examens complémentaires à réaliser impérativement dans le cadre du suivi d'un traitement par MTX et corticothérapie sont l'hémogramme, les transaminases et la créatininémie, la CRP, et la tension artérielle. Dans notre enquête, le degré d'adhésion de cet item est moyen. Il faut que les MG assurent la surveillance de la tolérance de tels traitements dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire.

Enfin, La PR est une « urgence » thérapeutique: elle nécessite une prise en charge spécialisée, précoce, individualisée et multidisciplinaire. Les MG ont un rôle important dans la prise en charge collaboratrice avec le rhumatologue. En effet, dans notre enquête, le taux d'adhésion était moyen. Dans un audit clinique, les auteurs ont montré que 67 % du suivi des traitements de fond de la PR était assuré par les MG qui dans la plupart des cas souhaitaient être responsables de ce suivi. Le pourcentage des MG qui avouaient ressentir des difficultés dans le suivi de ces traitements de fond était de 41%. Ils désiraient tous avoir des protocoles de suivi des traitements et la quasi-totalité d'entre eux souhaitaient également recevoir la copie de la feuille d'information donnée à leur patient (17).

Notre étude a des limites. Le taux de participation n'était que de 24,7%. Il s'agit d'un sondage mené à partir d'un questionnaire et ne témoigne donc que d'une intention de prise en charge. Un questionnaire d'analyse des pratiques auprès des praticiens n'est pas le reflet exact des véritables pratiques. De plus, il a été démontré que les praticiens n'ont pas toujours la même attitude devant un cas écrit et un cas simulé.

CONCLUSION

Les pratiques des MG dans la prise en charge de la PR semblent être peu concordantes avec les recommandations de bonnes pratiques dans la majorité des items étudiés. En effet, cet écart était marqué sur

les items concernant le diagnostic de la synovite, le délai du diagnostic précoce de la PR, et la prise en charge collaborative avec le rhumatologue. L'écart a été également constaté pour la prescription de la corticothérapie au début du traitement.

Il faut donc encore plus de sensibilisation des MG pour qu'ils puissent assurer leurs rôles de façon optimale en collaboration avec les spécialistes. Actuellement, on parle de parcours des soins coordonné où le MG peut jouer un rôle primordial. La nouvelle réforme des études médicales permet de définir les nouvelles prérogatives des MG dans le cadre de la médecine de famille. Cette réforme vise à définir les nouveaux objectifs institutionnels de la formation des futurs médecins de famille en fonction des statistiques épidémiologiques du royaume et en fonction des besoins sanitaires des citoyens. Enfin, il faut aussi réfléchir à la façon de créer une meilleure coordination entre MG et médecin spécialiste. Cette réflexion commence par la nécessité de s'interroger sur les besoins des MG en formation, en accès à des conseils téléphoniques ou à des consultations rapides et en définissant des stratégies de prise en charge commune si les soins doivent être partagés. Définir la nature de la supériorité des soins apportés par les spécialistes permettrait de mieux coordonner les différents intervenants (18).

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient l'ensemble des membres du bureau des médecins généralistes du Maroc et surtout Dr. Hamid Darnouni pour son soutien institutionnel.

RÉFÉRENCES

1. Combe B, Lukas C et Morel J. Polyarthrite rhumatoïde : clinique et diagnostic. *EM-Consulte*. 2015;10(3): 1-16.
2. Rat A-C, Henegariu V, Boissier M-C. Do primary care physicians have a place in the management of rheumatoid arthritis? *Jt Bone Spine Rev Rhum*. mai 2004;71(3):190-7.
3. Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, Le Bihan E, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rheum Dis*. oct 2005;64(10):1427-30.
4. Dadoun S, Zeboulon-Ktorza N, Combescure C, Elhai M, Rozenberg S, Gossec L, et al. Mortality in rheumatoid arthritis over the last fifty years: systematic review and meta-analysis. *Jt Bone Spine Rev Rhum*. janv 2013;80(1):29-33.
5. Niamane R, Bahiri R, El Bouchti I, et al. Recommandations de la Société Marocaine de Rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde : mise à jour du référentiel de 2011. *Rev Mar Rhum* 2014;30: 3-13
6. Jeunet-Mancy L, Augé B, Streit G, Wendling D. Évaluation d'une consultation multidisciplinaire de la polyarthrite rhumatoïde. *Revue du rhumatisme* 2010;77:44-48.
7. Bolumar F, Ruiz MT, Hernandez I, Pascual E. Reliability of the diagnosis of rheumatic conditions at the primary health care level. *J Rheumatol*. déc 1994;21(12):2344-8.
8. Stross JK. Rheumatologists as an endangered species: a proposal for change. *Arthritis Rheum*. juin 1992;35(6):609-10.
9. Hernández-García C, Vargas E, Abásolo L, Lajas C, Bellajdell B, Morado IC, et al. Lag time between onset of symptoms and access to rheumatology care and DMARD therapy in a cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. oct 2000;27(10):2323-8.
10. Combe B, Landewe R, Lukas C, Bolosiu HD, Breedveld F, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Ann Rheum Dis*. janv 2007;66(1):34-45.
11. van Nies JAB, Brouwer E, van Gaalen FA, Allaart CF, Huizinga TWJ, Posthumus MD, et al. Improved early identification of arthritis: evaluating the efficacy of Early Arthritis Recognition Clinics. *Ann Rheum Dis*. août 2013;72(8):1295-301.
12. Saraux MJ, Fautrel B, Flipo RM, Guillemin F, Kaye O, et al. Quels examens complémentaires sont proposés par les rhumatologues dans les rhumatismes inflammatoires débutants (RID). Résultats d'une enquête d'opinion. *Rev Rhum Engl Ed* 2000;67:762
13. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum*. sept 2010;62(9):2569-81.
14. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis*. mars 2014;73(3):492-509.
15. Benhamou M, Rincheval N, Roy C, Foltz V, Rozenberg S,

- Sibilia J, et al. The Gap Between Practice and Guidelines in the Choice of First-line Disease Modifying Antirheumatic Drug in Early Rheumatoid Arthritis: Results from the ESPOIR Cohort. *J Rheumatol.* 1 mai 2009;36(5):934-42.
16. Kumar K, Daley E, Carruthers DM, Situnayake D, Gordon C, Grindulis K, et al. Delay in presentation to primary care physicians is the main reason why patients with rheumatoid arthritis are seen late by rheumatologists. *Rheumatol Oxf Engl.* sept 2007;46(9):1438-40.
17. Helliwell PS, O'Hara M. Shared care between hospital and general practice: an audit of disease-modifying drug monitoring in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* juill 1995;34(7):673-6.
18. Anderson JJ, Ruwe M, Miller DR, Kazis L, Felson DT, Prashker M. Relative costs and effectiveness of specialist and general internist ambulatory care for patients with 2 chronic musculoskeletal conditions. *J Rheumatol.* juill 2002;29(7):1488-95.
-