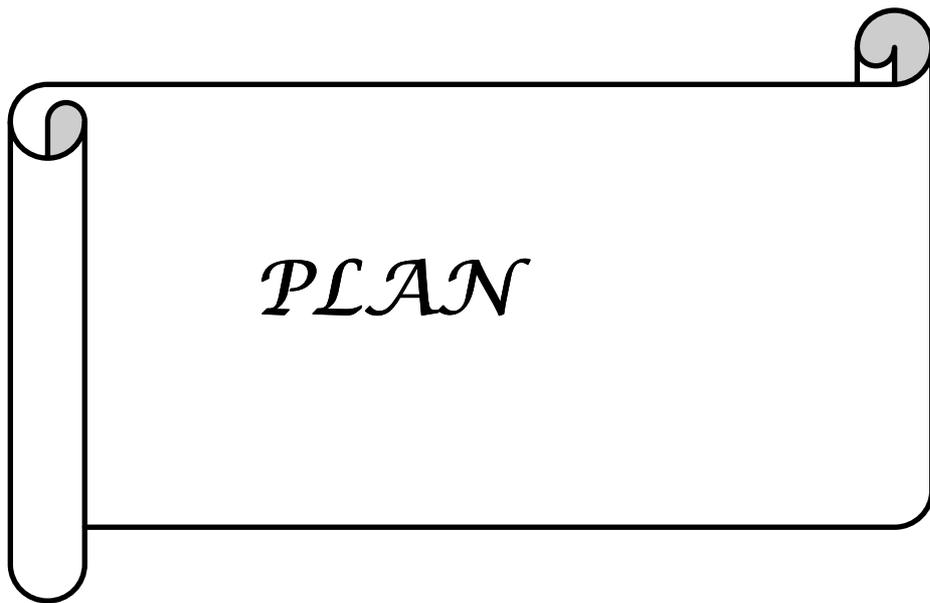


*ABBREVIATIONS*

<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>CNOPS</b>	: Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
<b>CNSS</b>	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>CREDES</b>	: Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
<b>DPM</b>	: Dermatopolymyosites
<b>Dr</b>	: Docteur
<b>EULAR</b>	: European League Against Rheumatism
<b>GS</b>	: Gougerot-Sjögren
<b>HAS</b>	: Haute Autorité de Santé
<b>IPD</b>	: InterPhalangiennes Distales
<b>IPP</b>	: InterPhalangiennes Proximales
<b>IRDES</b>	: Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
<b>LEAD</b>	: Lupus Erythémateux Aigu Disséminé

<b>Mlle</b>	: Mademoiselle
<b>Mme</b>	: Madame
<b>Mr</b>	: Monsieur
<b>NCB</b>	: Névralgie Cervicobrachiale
<b>ORSB</b>	: Observatoire Régional de Santé de Bretagne
<b>P</b>	: Correspond au risque d'erreur dans la comparaison de deux pourcentages
<b>PA</b>	: Professeur Assistant
<b>Pr</b>	: Professeur
<b>PR</b>	: Polyarthrite Rhumatoïde
<b>SI</b>	: Sacro-iliaques
<b>SPA</b>	: Spondylarthrite Ankylosante
<b>UEMS</b>	: Union Européenne des Médecins Spécialistes
<b>%</b>	: Pourcentage



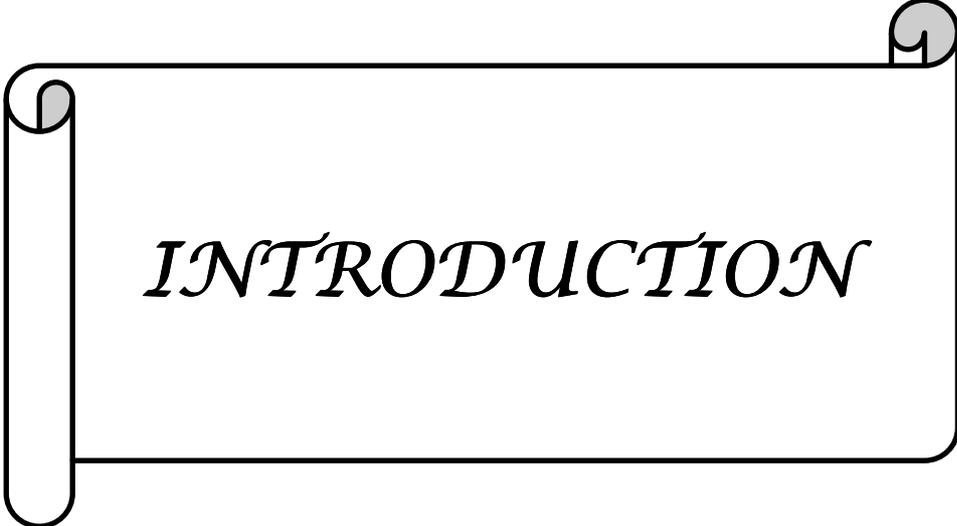
*PLAN*

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PATIENTS ET METHODES</b> .....	<b>4</b>
<b>I. TYPE DE L'ETUDE</b> .....	<b>5</b>
<b>II. PATIENTS</b> .....	<b>5</b>
<b>III. FICHE D'EXPLOITATION ET VARIABLES ETUDIEES</b> .....	<b>5</b>
<b>IV. COLLECTE DES DONNEES</b> .....	<b>6</b>
<b>V. ANALYSE STATISTIQUE</b> .....	<b>6</b>
<b>VI. CONSIDERATIONS ETHIQUES</b> .....	<b>7</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>8</b>
<b>A. ETUDE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON</b> .....	<b>9</b>
<b>I. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES</b> .....	<b>10</b>
1. Age .....	10
2. Sexe .....	11
3. Résidence .....	11
4. Niveau de scolarisation.....	12

5. Activité professionnelle .....	12
6. Couverture sociale .....	13
7. Secteur de consultation .....	13
<b>II. MOTIFS DE CONSULTATION.....</b>	<b>14</b>
1. Douleur .....	14
1.1. Douleur articulaire .....	15
1.2. Douleur rachidienne.....	16
1.3. Névralgie radiculaire .....	16
1.4. Douleur osseuse .....	17
1.5. Douleur musculaire .....	17
2. Tendinopathie .....	18
3. Déformation osseuse .....	18
4. Paresthésies .....	19
5. Tuméfaction articulaire .....	19
6. Craquement articulaire .....	19
7. Pathologies des malades ayant consulté pour un suivi.....	19
<b>III. TRAITEMENT ANTERIEUR A LA CONSULTATION EN RHUMATOLOGIE.....</b>	<b>21</b>
1. Traitement traditionnel .....	22
2. Phytothérapie .....	23
3. Médecine moderne.....	24

<b>IV. DELAI ENTRE LES PREMIERS SYMPTOMES ET LA PREMIERE CONSULTATION EN RHUMATOLOGIE .....</b>	<b>26</b>
<b>V. RETARD A LA CONSULTATION.....</b>	<b>26</b>
<b>VI. PERSONNES ORIENTATRICES VERS LE RHUMATOLOGUE .....</b>	<b>27</b>
<b>VII. CAUSES DU RETARD.....</b>	<b>30</b>
<b>B. ANALYSE BIVARIEE.....</b>	<b>31</b>
<b>I. INFLUENCE DE L'AGE.....</b>	<b>32</b>
<b>II. INFLUENCE DU SEXE.....</b>	<b>33</b>
<b>III. INFLUENCE DE LA RESIDENCE.....</b>	<b>33</b>
<b>VI. INFLUENCE DU NIVEAU DE SCOLARISATION.....</b>	<b>34</b>
<b>V. INFLUENCE DE LA PROFESSION.....</b>	<b>35</b>
<b>VI. INFLUENCE DE LA COUVERTURE SOCIALE.....</b>	<b>36</b>
<b>VII. INFLUENCE DU SECTEUR DE CONSULTATION.....</b>	<b>36</b>
<b>VIII. INFLUENCE DU RECOURS A UN TRAITEMENT ANTERIEUR A LA CONSULTATION EN RHUMATOLOGIE.....</b>	<b>37</b>
<b>1. Influence du recours au traitement traditionnel.....</b>	<b>38</b>
<b>2. Influence du recours à la phytothérapie.....</b>	<b>39</b>
<b>3. Influence du recours à la médecine moderne .....</b>	<b>40</b>
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>41</b>
<b>I. GENERALITES .....</b>	<b>42</b>
<b>II. DISCUSSION DE NOS RESULTATS .....</b>	<b>50</b>

<b>III. RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>68</b>
<b>IV. FORCES ET LIMITES DU TRAVAIL .....</b>	<b>69</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>71</b>
<b>RESUMES.....</b>	<b>73</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>85</b>



# *INTRODUCTION*

Définie comme étant une spécialité qui s'intéresse au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur, la rhumatologie est une branche de médecine d'individualisation jeune, à la fois vaste et multidisciplinaire. Depuis une quinzaine d'années, la spécialité connaît des bouleversements extraordinaires, avec une amélioration dans la connaissance de la physiopathologie des différentes affections rhumatologiques aboutissant au développement de nouveaux médicaments très efficaces.

La pathologie rhumatismale représente un problème de santé publique. En effet, les rhumatismes dans leur ensemble constituent le premier motif de consultation auprès du médecin généraliste. Chaque année, ils sont source de millions de journées de travail perdues, de milliers de mises en invalidité. Le vieillissement de la population ne peut qu'aggraver cette situation.

Le diagnostic précoce des maladies rhumatismales constitue un défi important : tout retard à la consultation du patient rhumatisant au-delà de trois mois à partir des premiers symptômes, aboutit aux retards diagnostique et thérapeutique, risque de provoquer des dégâts irréversibles et peut même malheureusement grever la réponse au traitement.

Au Maroc, certaines particularités propres à notre contexte, de divers ordres tant socioculturels que financiers, peuvent entraver la prise en charge précoce des patients rhumatisants. Comment donc assurer à nos patients un accès à des soins appropriés dans un délai raisonnable ?

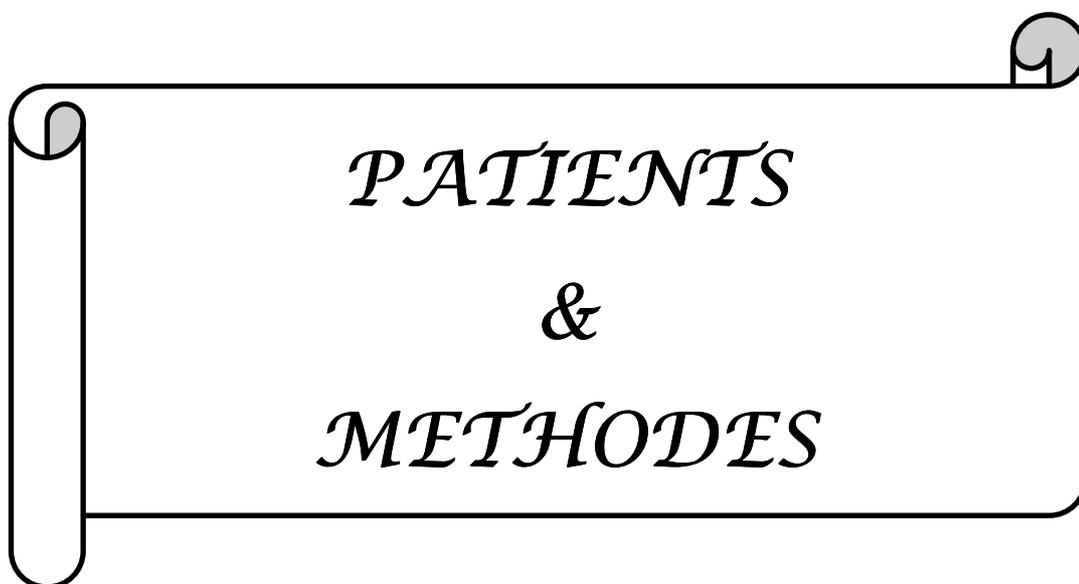
Le but de notre étude est de tenter de mettre en relief les raisons pour lesquelles le patient rhumatisant tarde sa consultation spécialisée auprès du rhumatologue. Aussi, le présent travail vise les objectifs suivants :

❖ Objectif général :

- Etudier les déterminants du retard au diagnostic et à la prise en charge du patient rhumatisant aux secteurs public et privé à Marrakech.

❖ Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients.
- Décrire leurs différents motifs de consultation.
- Décrire les différents recours aux soins avant la consultation du rhumatologue.
- Mesurer le délai entre le début des symptômes et la première consultation spécialisée en rhumatologie.
- Transcrire les principales raisons invoquées pour ne pas recourir tôt au rhumatologue.



*PATIENTS*  
&  
*METHODES*

## **I. TYPE DE L'ETUDE :**

Nous avons mené une enquête transversale à visée descriptive et analytique auprès de 1000 patients rhumatisants dans la région de Marrakech, afin de déterminer les différentes causes responsables du retard diagnostique et thérapeutique en rhumatologie.

## **II. PATIENTS :**

### **1. Population cible :**

Ont été recrutés dans cette étude des patients rhumatisants de la ville de Marrakech et de sa région, de tout âge et des deux sexes, admis en consultation rhumatologique qu'ils soient nouveaux ou anciens malades.

### **2. Echantillonnage :**

Un échantillon accidentel de 1000 patients rhumatisants a été colligé au niveau des centres de recrutements suivants :

- Service de rhumatologie au CHU Mohammed VI de Marrakech.
- Consultation de rhumatologie au CHU Mohammed VI de Marrakech.
- Consultation de rhumatologie au centre hospitalier régional Avenzoar de Marrakech.
- Consultation de rhumatologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.
- Consultation de rhumatologie au centre de rééducation de Marrakech.
- Consultation de rhumatologie aux cabinets des six rhumatologues privés de Marrakech.
- Consultation de rhumatologie à la polyclinique de la CNSS de Marrakech.

## **III. FICHE D'EXPLOITATION ET VARIABLES ETUDIEES :**

Le questionnaire a consisté en une collecte des différentes données, relatives aux 1000 patients rhumatisants et qui concernent :

- Leurs caractéristiques sociodémographiques :
  - l'âge

- le sexe
  - la résidence
  - le niveau de scolarisation
  - la profession
  - l'adhérence à un système d'assurance
- Leurs différents motifs de consultation.
  - Leurs traitements antérieurs à la consultation du rhumatologue.
  - L'étude des délais entre le début des symptômes et la première consultation spécialisée en rhumatologie ainsi que le calcul du retard à la consultation.
  - Les différentes personnes orientatrices vers le rhumatologue.
  - L'étude des principales raisons responsables du retard diagnostique en rhumatologie.

Ces rubriques sont formulées en questions fermées ou ouvertes.

#### **IV. COLLECTE DES DONNEES :**

Notre étude a été réalisée sur une période de six mois allant d'Avril à Septembre 2010. Elle s'est déroulée sous forme d'entretiens. Le recueil des informations a été réalisé par le médecin, en arabe dialectal, à l'issue de l'interrogatoire des patients rhumatisants selon une fiche d'exploitation préétablie «voir annexe I».

#### **V. ANALYSE STATISTIQUE :**

L'analyse statistique a été menée au niveau du laboratoire d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, en collaboration avec le Pr. AMINE, à l'aide du logiciel SPSS version 10.

Elle a fait appel à deux méthodes d'analyse statistique :

- ❖ Une analyse descriptive : pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des fréquences et des pourcentages, alors que pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts- types.

- ❖ Une analyse bivariée : au cours de cette analyse, nous avons utilisé des tests statistiques notamment le test « t » de Student pour échantillons indépendants pour comparer deux moyennes, le test de khi2 de Pearson pour la comparaison des fréquences et des pourcentages.

Le seuil de signification a été fixé à 5 %.

## **VI. CONSIDERATIONS ETHIQUES :**

Les patients recrutés ont été informés du but de l'étude. Seuls les patients adhérents après consentement libre et éclairé ont été recrutés. Le recueil des données a été effectué avec respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.



## A. ETUDE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON

Rapport-Gratuit.com

## **I. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :**

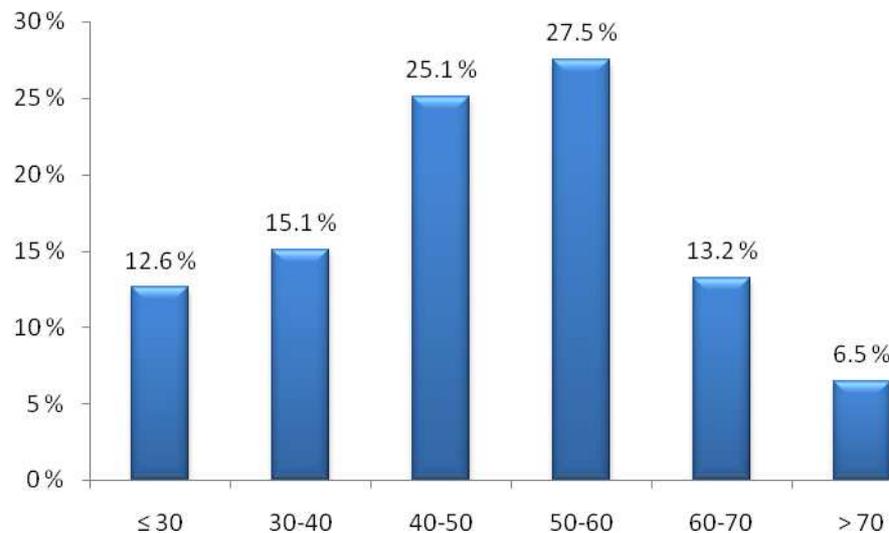
### **1. Age :**

L'âge des patients varie entre 9 et 96 ans, avec une moyenne d'âge de 49 ans ( $\pm 14.6$ ).

L'échantillon a été réparti en six groupes d'âge :

- Le premier groupe concerne les personnes âgées de 30 ans et moins.
- Les second, troisième, quatrième et cinquième groupes concernent les personnes dont l'âge appartient successivement aux intervalles ]30-40], ]40-50], ]50-60] et ]60-70] ans.
- Le dernier groupe concerne les personnes âgées de plus de 70 ans.

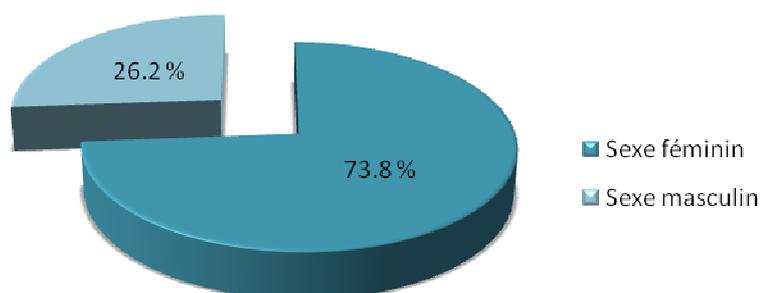
Plus que la moitié des patients a entre 40 et 60 ans (Figure 1).



**Figure 1: Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge**

## 2. Sexe :

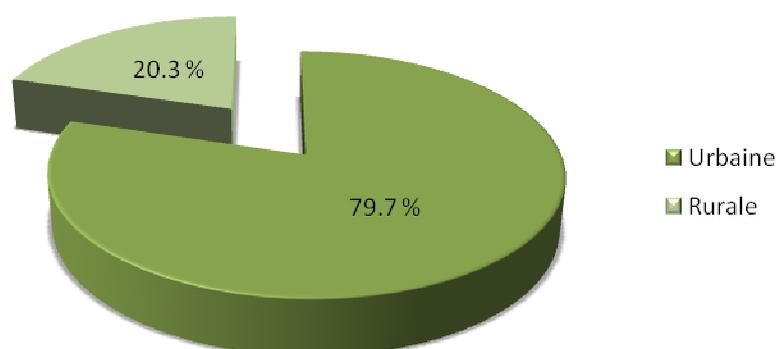
Le sexe féminin est nettement prédominant dans notre échantillon. Les patients se répartissent en 738 femmes et 262 hommes, avec un sexe ratio F/H de 2.82 (Figure 2).



**Figure 2 :** Répartition de l'échantillon en fonction du sexe

## 3. Résidence :

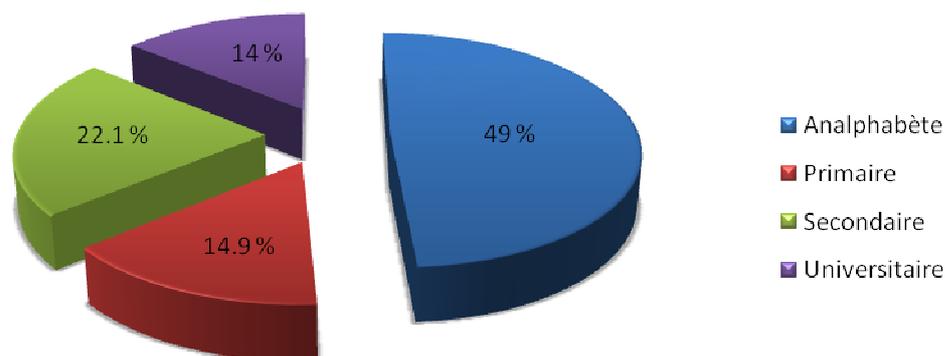
Sept cent quatre-vingt-dix sept (79.7 %) patients résident en zone urbaine, tandis que 203 (20.3 %) patients nous viennent du rural (Figure 3).



**Figure 3 :** Répartition de l'échantillon en fonction de la résidence

#### **4. Niveau de scolarisation :**

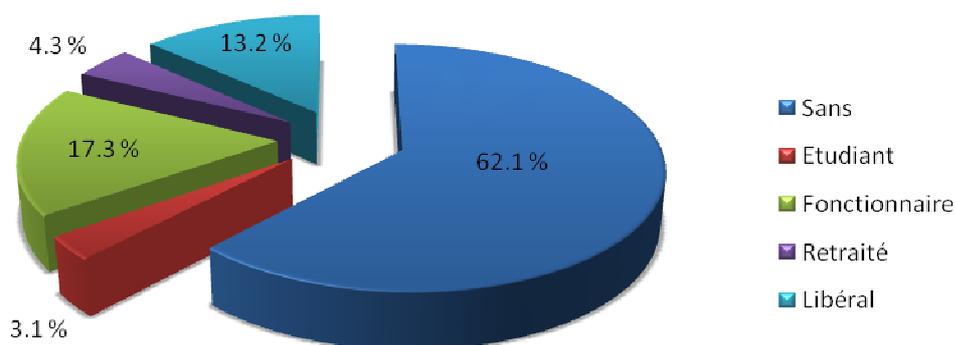
Presque la moitié des patients est analphabète. Seulement 14 % ont poursuivi leurs études universitaires (Figure 4).



**Figure 4 : Répartition de l'échantillon en fonction du niveau de scolarisation**

#### **5. Activité professionnelle :**

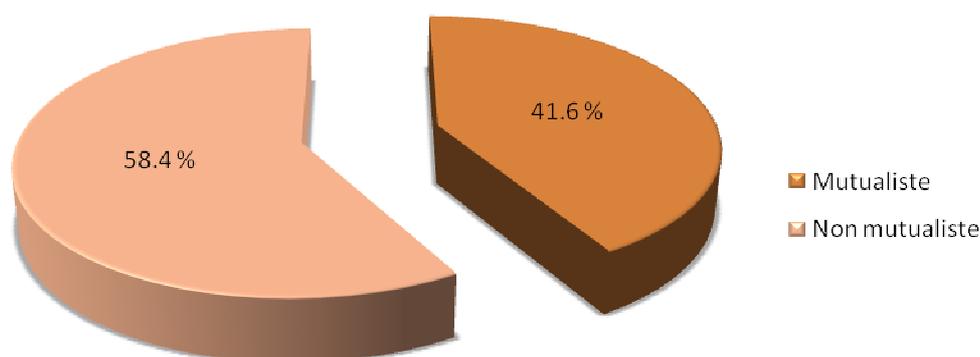
Six cent vingt et un (62.1 %) patients n'ont aucune profession, tandis que seuls 379 l'ont (Figure 5).



**Figure 5 : Répartition de l'échantillon en fonction de la profession**

## **6. Couverture sociale :**

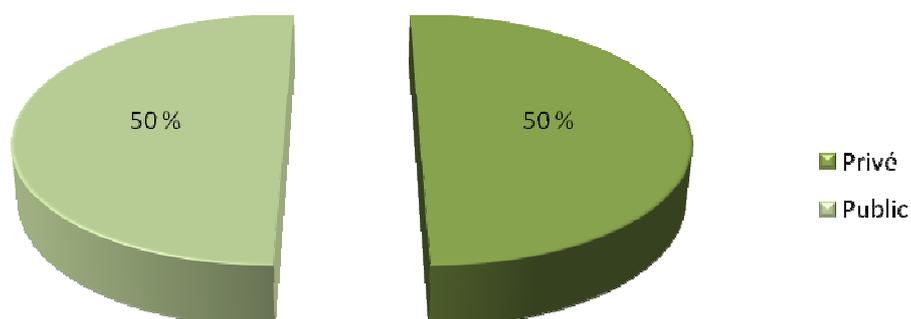
Quatre cent seize (41.6 %) patients sont mutualistes (CNOPS, CNSS, assurances privées...)  
(Figure 6).



**Figure 6 : Répartition de l'échantillon en fonction de la couverture sociale**

## **7. Secteur de consultation :**

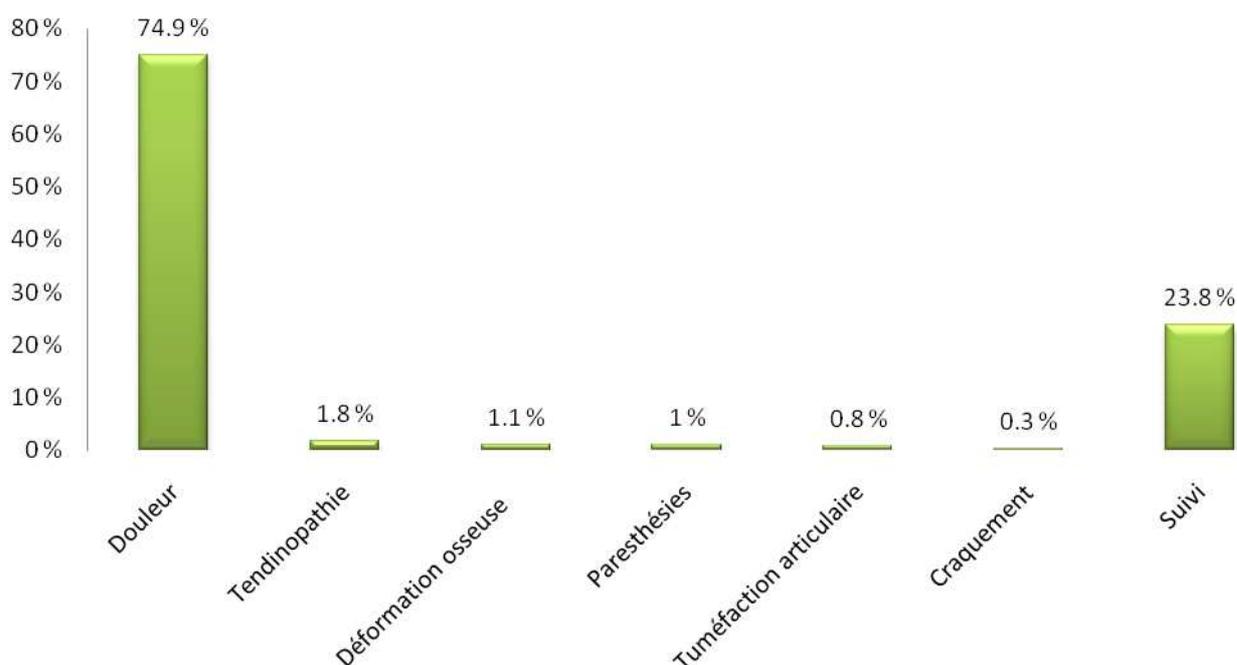
Pour des raisons purement épidémiologiques, nous avons choisi, pour la participation à notre enquête, le même nombre de patients consultants dans les deux secteurs public et privé  
(Figure 7).



**Figure 7 : Répartition de l'échantillon en fonction du secteur de consultation**

## II. MOTIFS DE CONSULTATION :

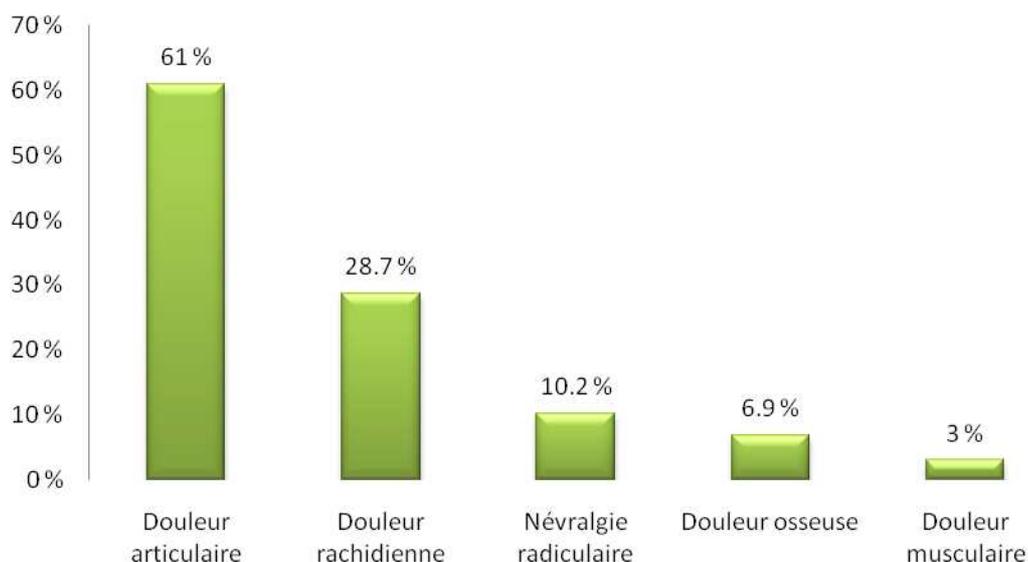
Sept cent quarante neuf (74.9 %) patients venaient consulter pour la douleur comme principal motif de consultation, tandis que 238 (23.8 %) patients étaient déjà suivis pour des pathologies précises. Il existe un chevauchement entre les différents groupes de patients, c'est-à-dire qu'il y a des patients qui peuvent présenter à la fois deux motifs de consultation (Figure 8).



**Figure 8 :** Répartition de l'échantillon en fonction des motifs de consultation

### 1. Douleur :

Presque la moitié des patients (457) a consulté pour une douleur articulaire, tandis que 215 patients ont consulté pour une douleur rachidienne. Il existe un chevauchement entre les différents groupes de patients, c'est-à-dire qu'il y a des patients qui peuvent présenter à la fois deux différents types de douleur (Figure 9).



**Figure 9** : Répartition des patients douloureux en fonction du type de la douleur

#### **1.1. Douleur articulaire :**

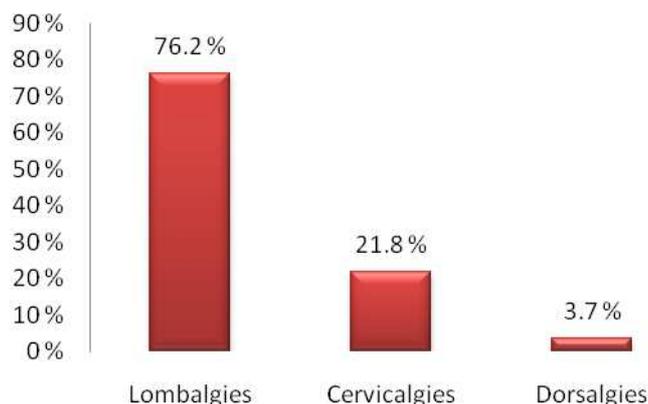
Parmi les 457 patients qui ont consulté pour une douleur articulaire, 209 patients présentaient des polyarthralgies et 163 patients présentaient des gonalgies (Tableau I).

**Tableau I** : Répartition de l'échantillon en fonction du siège de la douleur articulaire

Siège de la douleur articulaire	Nombre de cas	% / à l'échantillon
Polyarthralgies	209	20.9 %
Genou	163	16.3 %
Epaule	55	5.5 %
Hanche	14	1.4 %
IPP/IPD	9	0.9 %
Poignet	4	0.4 %
Cheville	4	0.4 %
Coude	3	0.3 %
SI	1	0.1 %

### **1.2. Douleur rachidienne :**

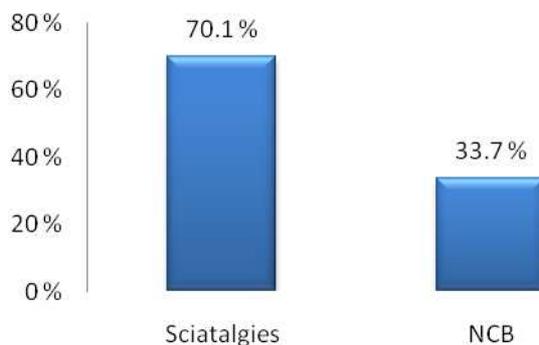
Parmi les 215 patients qui ont consulté pour une douleur rachidienne, 164 patients présentaient des lombalgies et 47 patients présentaient des cervicalgies. Il existe un chevauchement entre les différents groupes de patients, c'est-à-dire qu'il y a des patients qui peuvent présenter à la fois deux types de douleur rachidienne (Figure 10).



**Figure 10 :** Répartition des patients ayant une douleur rachidienne en fonction de son siège

### **1.3. Névralgie radiculaire :**

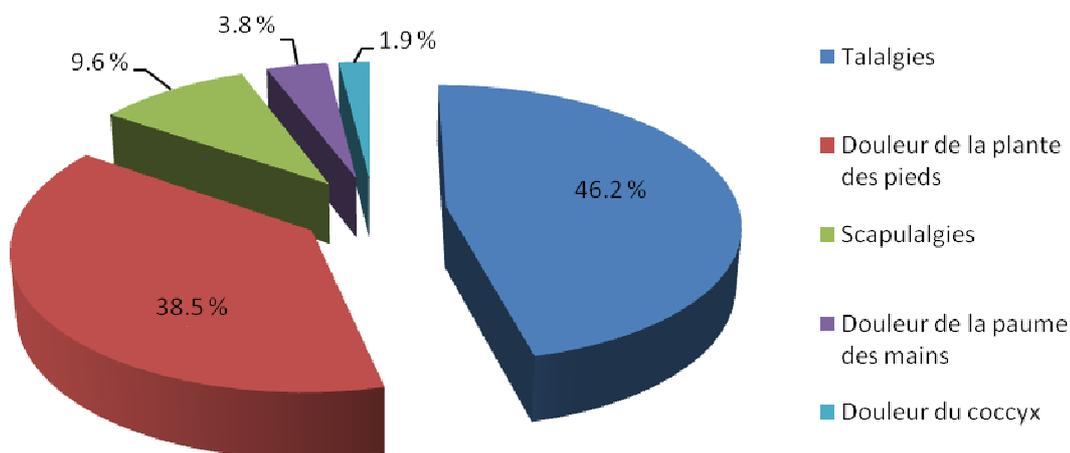
Parmi les 77 patients qui ont consulté pour une névralgie radiculaire, 54 patients présentaient des sciatalgies et 26 patients présentaient une névralgie cervicobrachiale. Il existe un chevauchement entre les deux groupes de patients, c'est-à-dire qu'il y a des patients qui peuvent présenter à la fois des sciatalgies et une NCB (Figure 11).



**Figure 11 :** Répartition des patients ayant une névralgie radiculaire en fonction de son type

#### **1.4. Douleur osseuse :**

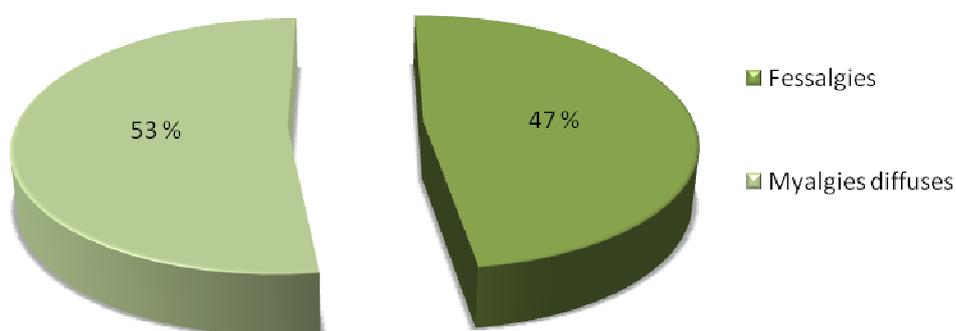
Parmi les 52 patients qui ont consulté pour une douleur osseuse, 24 patients présentaient des talalgies et 20 patients présentaient des douleurs de la plante des pieds (Figure 12).



**Figure 12 : Répartition des patients ayant une douleur osseuse en fonction de son siège**

#### **1.5. Douleur musculaire :**

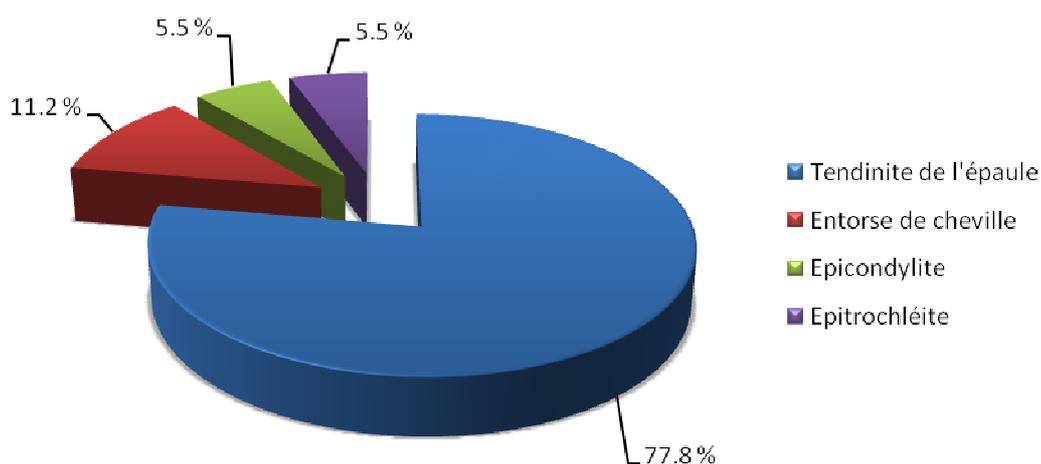
Parmi les 23 patients qui ont consulté pour une douleur musculaire, 12 patients présentaient des myalgies diffuses, tandis que 11 patients présentaient des fessalgies (Figure 13).



**Figure 13 : Répartition des patients ayant une douleur musculaire en fonction de son siège**

## 2. Tendinopathie :

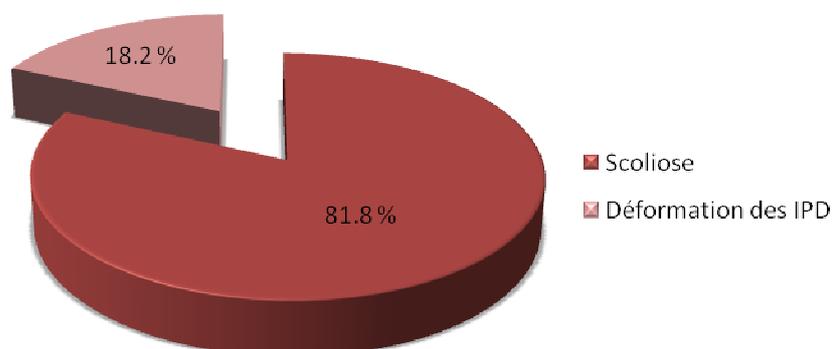
La tendinite de l'épaule, essentiellement de la coiffe des rotateurs a été retrouvée chez 14 patients parmi 18 qui ont consulté pour une tendinopathie (Figure 14).



**Figure 14 :** Répartition des patients ayant une tendinopathie en fonction de son siège

## 3. Déformation osseuse :

Dans notre échantillon, 11 patients ont consulté pour des déformations osseuses : 9 avaient une scoliose et 2 avaient une déformation des IPD (Figure 15).



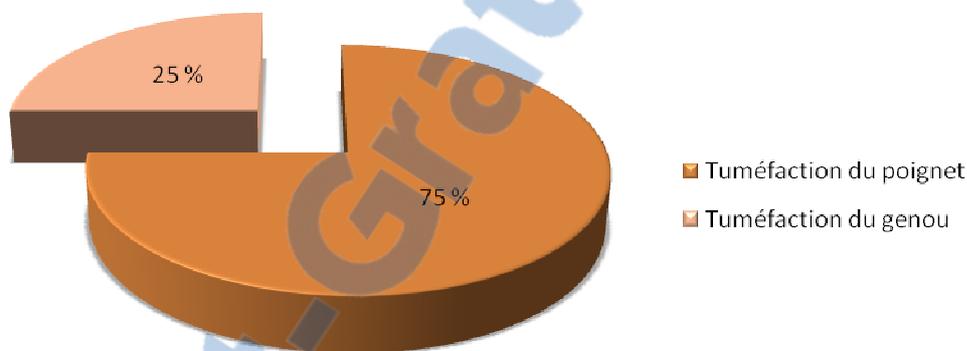
**Figure 15 :** Répartition des patients ayant une déformation osseuse en fonction de son type

#### **4. Paresthésies :**

Dans cette étude, seulement 1 % de l'échantillon présentait des paresthésies comme motif de consultation.

#### **5. Tuméfaction articulaire :**

Parmi les 8 patients qui ont consulté pour une tuméfaction articulaire, 6 avaient une tuméfaction du poignet et 2 une tuméfaction du genou (Figure 16).



**Figure 16 :** Répartition des patients ayant une tuméfaction articulaire en fonction de son siège

#### **6. Craquement articulaire :**

Seuls 3 patients de notre échantillon consultaient pour un craquement des genoux.

#### **7. Pathologies des malades ayant consulté pour un suivi :**

Parmi les 1000 patients de notre échantillon, 238 étaient déjà suivis pour des pathologies rhumatismales diverses dont le chef de file est l'arthrose (Tableau II).

**Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction des pathologies des malades ayant consulté pour un suivi**

Pathologies	Nombre des cas	% / à l'échantillon
Arthrose	115	11.5 %
PR	49	4.9 %
Ostéoporose	32	3.2 %
SPA	19	1.9 %
Goutte	16	1.6 %
Ostéomalacie	15	1.5 %
GS	4	0.4 %
DPM	3	0.3 %
LEAD	2	0.2 %

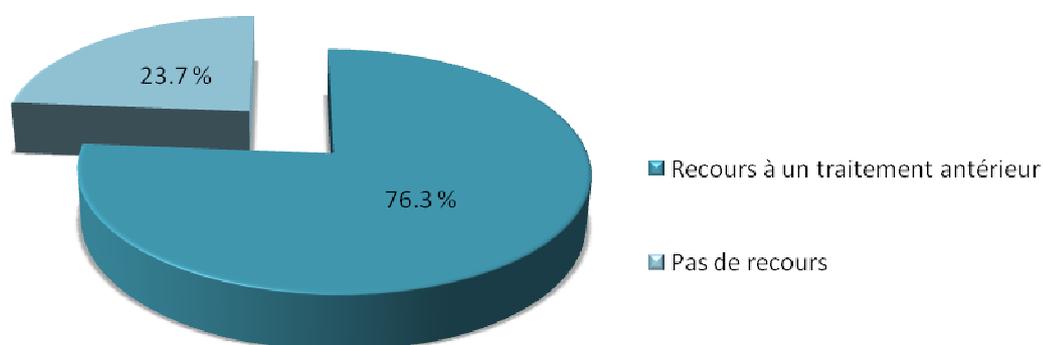
La gonarthrose a été retrouvée chez 96 patients parmi les 115 patients qui suivaient pour l'arthrose (Tableau III).

**Tableau III : Répartition de l'échantillon en fonction du siège de l'arthrose**

Siège de l'arthrose	Nombre de cas	% / à l'échantillon
Gonarthrose	96	9.6 %
Cervicarthrose	11	1.1 %
Lombarthrose	7	0.7 %
Polyarthrose	1	0.1 %
Arthrose de l'épaule	1	0.1 %
Arthrose du 1er orteil	1	0.1 %

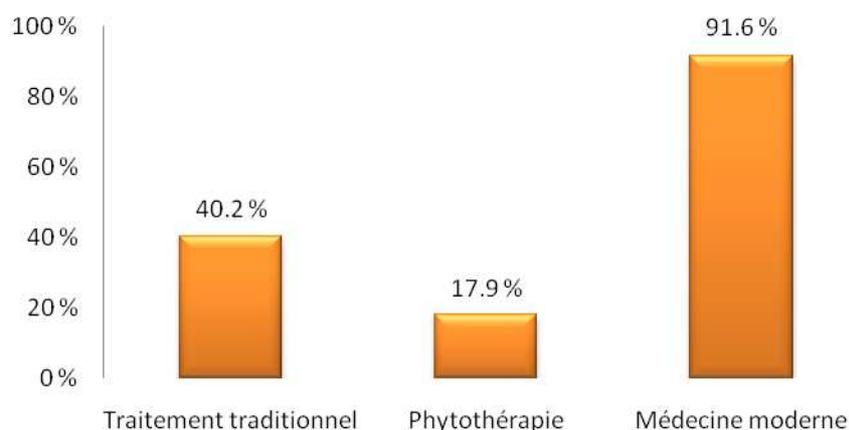
### III. TRAITEMENT ANTERIEUR A LA CONSULTATION EN RHUMATOLOGIE :

Deux cent trente sept (23.7 %) patients de notre échantillon étaient les seuls à s'adresser directement au rhumatologue après les premiers symptômes, tandis que 763 (76.3 %) patients ont choisi d'autres thérapeutiques pour soulager leur symptomatologie clinique (Figure 17).



**Figure 17 :** Répartition de l'échantillon en fonction du recours à un traitement antérieur à la consultation en rhumatologie

En effet, la majorité des patients rhumatisants (76.3 %) ont déjà opté pour d'autres modes de traitements avant de s'adresser au rhumatologue : un traitement traditionnel, la phytothérapie, ou bien le recours à la médecine moderne que ce soit chez un généraliste ou un spécialiste dans un autre domaine en dehors de la rhumatologie. Il existe un chevauchement entre les différents groupes de patients, c'est-à-dire qu'il y a des patients qui peuvent opter à la fois pour deux différents types de traitement (Figure 18).



**Figure 18 :** Répartition des patients ayant eu recours à un traitement antérieur en fonction des traitements adoptés avant la consultation en rhumatologie

### 1. Traitement traditionnel :

La saignée se place en tête puisque 162 patients y ont recours parmi les 307 qui ont choisi un traitement traditionnel en premier lieu (Tableau IV).

**Tableau IV :** Répartition de l'échantillon en fonction des différents types du traitement traditionnel

Traitement traditionnel	Nombre de cas	% / à l'échantillon
Saignée	162	16.2 %
Points de feu	129	12.9 %
Jebbar	95	9.5 %
Moulfouta	67	6.7 %
Cure thermique : Moulay Yarcoub	42	4.2 %
Marzouga	9	0.9 %
Accupuncture	2	0.2 %
Piqûres d'abeilles	1	0.1 %
Ventouses	1	0.1 %

## **2. Phytothérapie :**

Ils sont 136 patients, qui avaient choisi la phytothérapie. Les patients utilisaient souvent des mélanges vendus auprès des herboristes (Tableau V).

Les plantes diverses englobent : la graisse de chameau, le sel, le café, le vinaigre, l'avoine, sarghina.

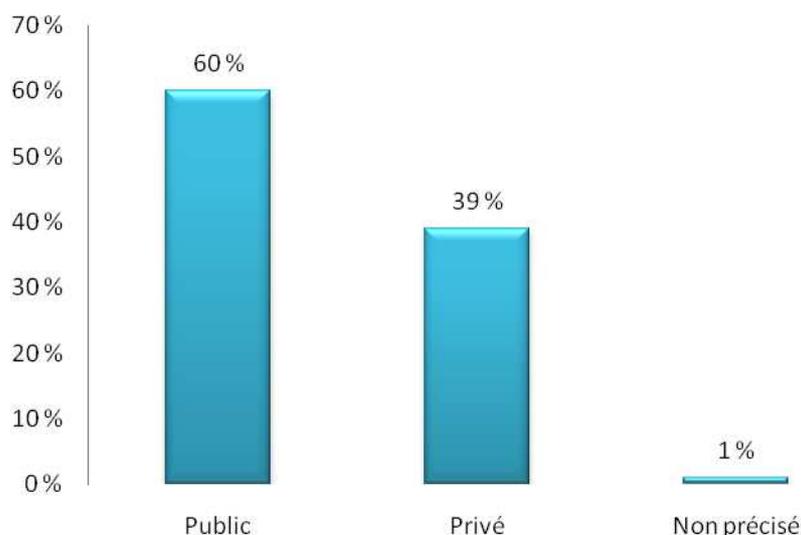
**Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction des différentes plantes utilisées**

<b>Plantes</b>	<b>Nombre de cas</b>
Mélanges	60
Miel	26
Graines de nigelle	18
Harmel	9
Raslhanout	9
Fenugrec	7
Beurre salé	7
Huiles	6
Lavande	6
Thym	5
Msakhn	5
Eucalyptus	5
Kafour	4
Ail	4
Chih	3
Anis	3
Azir	2
Hb rchad	2
Clou de girofle	2
Fluo	2
Gingembre	2
Divers	6

### **3. Médecine moderne :**

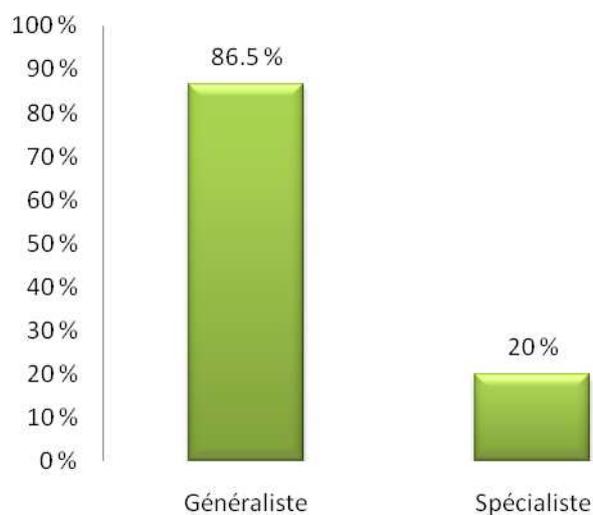
Six cent quatre-vingt-dix neuf (69.9 %) patients ont déjà consulté un médecin pour leur symptomatologie avant le rhumatologue, quelque soit le secteur, public ou privé (Figure 19), et quelque soit le médecin (Figure 20), généraliste ou spécialiste dans un autre domaine en dehors de la rhumatologie (Tableau VI). Le même patient peut consulter à la fois un généraliste et un spécialiste avant sa consultation spécialisée.

Presque la moitié de l'échantillon a consulté dans le secteur public, essentiellement auprès du médecin généraliste. En outre, le traumatologue était le premier spécialiste à être consulté en terme de fréquence.



**Figure 19** : Répartition des patients ayant opté pour la médecine moderne en fonction du secteur de la consultation médicale avant le rhumatologue

Le retard au diagnostic et au traitement du patient rhumatisant : quels déterminants ?  
Enquête transversale aux secteurs public et privé à Marrakech



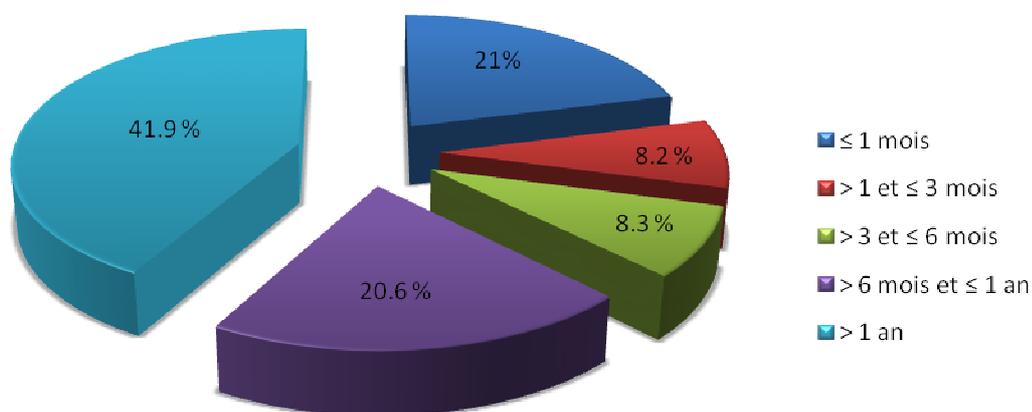
**Figure 20** : Répartition des patients ayant opté pour la médecine moderne en fonction du type du médecin consulté avant le rhumatologue

**Tableau VI** : Répartition de l'échantillon en fonction de la spécialité du médecin consulté avant le rhumatologue

Spécialité	Nombre de cas	% / à l'échantillon	% / aux spécialistes
Traumatologue	86	8.6 %	56.58 %
Neurochirurgien	25	2.5 %	16.45 %
Neurologue	23	2.3 %	15.13 %
Interniste	6	0.6 %	3.95 %
Dermatologue	5	0.5 %	3.27 %
Endocrinologue	2	0.2 %	1.32 %
Cardiologue	2	0.2 %	1.32 %
Gynécologue	1	0.1 %	0.66 %
Urologue	1	0.1 %	0.66 %

#### **IV. DELAI ENTRE LES PREMIERS SYMPTOMES ET LA PREMIERE CONSULTATION EN RHUMATOLOGIE :**

Ce délai a été calculé pour tous les patients à partir de la date des premiers symptômes jusqu'à la date de la première consultation chez le rhumatologue. Il a été réparti en cinq catégories. 21 % des patients avaient consulté un rhumatologue durant le premier mois et plus que le tiers de l'échantillon avait consulté après 1 an (Figure 21).

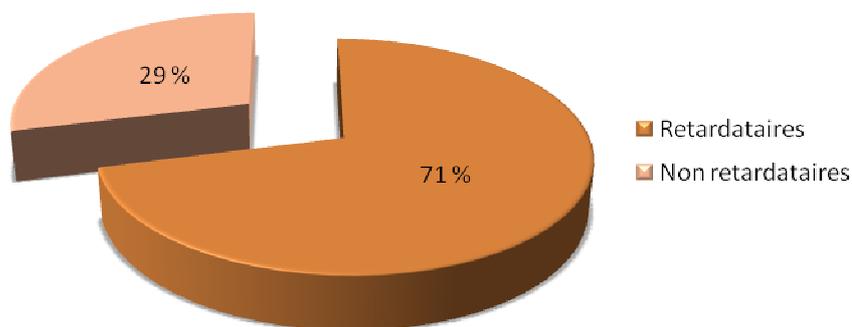


**Figure 21 :** Répartition de l'échantillon en fonction du délai entre les premiers symptômes et la première consultation en rhumatologie

#### **V. RETARD A LA CONSULTATION :**

Toute consultation du rhumatologue après un délai dépassant les 3 mois à partir des premiers symptômes définit le retard à la consultation (Figure 22).

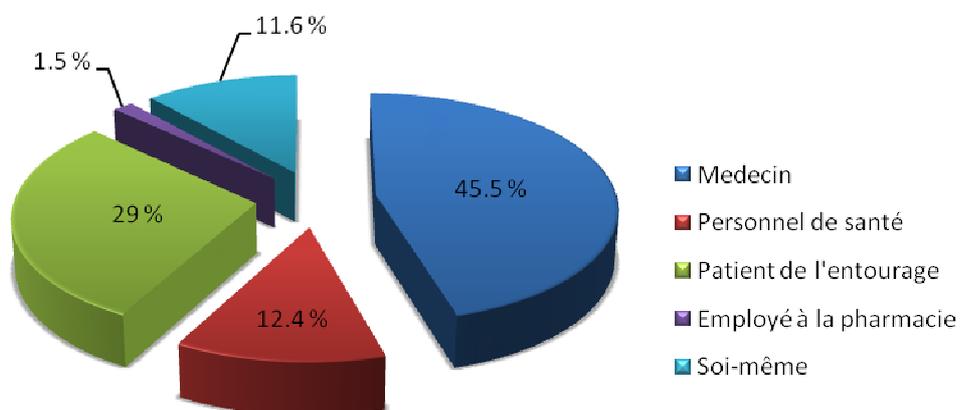
Sept cent dix (71 %) patients de notre échantillon étaient des retardataires à la consultation en rhumatologie.



**Figure 22** : Répartition de l'échantillon en fonction du retard à la consultation

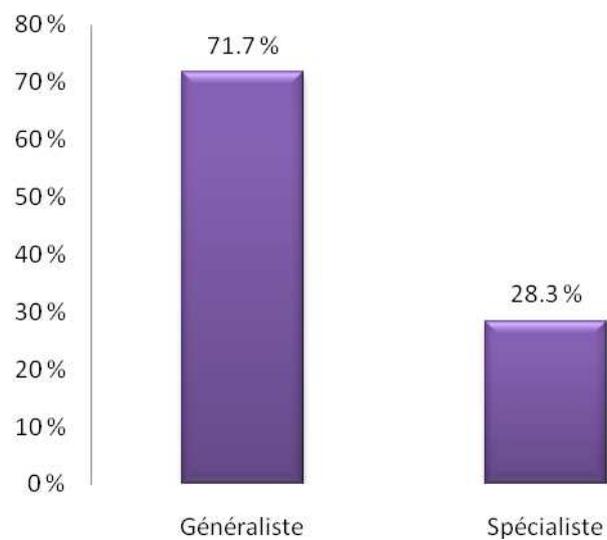
## **VI. PERSONNES ORIENTATRICES VERS LE RHUMATOLOGUE :**

Le médecin reste le premier orientateur du patient vers le rhumatologue (45.5 %) (Figure 23).



**Figure 23** : Répartition de l'échantillon en fonction des personnes orientatrices vers le rhumatologue

Le médecin généraliste a orienté plus que le tiers de l'échantillon vers le rhumatologue tandis que le spécialiste a orienté 12.9 % de l'échantillon (Figure 24).



**Figure 24** : Répartition des patients orientés par le médecin en fonction du type de médecin

Tout médecin spécialiste peut orienter vers le rhumatologue et c'est le traumatologue qui vient en tête des spécialistes orientateurs (Tableau VII).

**Tableau VII : Répartition de l'échantillon en fonction de la spécialité  
 du médecin orientateur**

Spécialité	Nombre de cas	% / à l'échantillon	% / aux spécialistes
Traumatologue	29	2.9 %	22.48 %
Endocrinologue	16	1.6 %	12.40 %
Dermatologue	15	1.5 %	11.63 %
Cardiologue	15	1.5 %	11.63 %
Neurologue	12	1.2 %	9.30 %
Neurochirurgien	7	0.7 %	5.43 %
Gastrologue	7	0.7 %	5.43 %
Gynécologue	6	0.6 %	4.65 %
Urologue	5	0.5 %	3.88 %
Hématologue	4	0.4 %	3.10 %
Interniste	3	0.3 %	2.30 %
Viscéraliste	2	0.2 %	1.55 %
Oncologue	2	0.2 %	1.55 %
Radiologue	2	0.2 %	1.55 %
Néphrologue	1	0.1 %	0.78 %
Pneumologue	1	0.1 %	0.78 %
Ophtalmologiste	1	0.1 %	0.78 %
ORL	1	0.1 %	0.78 %
Total	129	12.9 %	100 %

## **VII. CAUSES DU RETARD :**

Les retardataires ont tous répondu à cette rubrique, et ont majoritairement expliqué leur retard par la négligence des médecins consultés en premier lieu, ainsi que la pauvreté.

Les différentes causes qui étaient proposées aux patients sont décrites comme suit (Tableau VIII).

**Tableau VIII : Répartition des patients retardataires en fonction des  
différentes causes du retard**

<b>Causes du retard</b>	<b>Nombre de cas</b>	<b>% / à l'échantillon</b>
Le médecin traitant ne me l'a pas conseillé	238	23.8 %
Faute de moyens	191	19.1 %
Je ne connaissais pas la rhumatologie	155	15.5 %
Le rendez-vous de consultation s'étend sur des mois	113	11.3 %
Le symptôme que j'ai est incurable par la médecine	71	7.1 %
Tolérance	38	3.8 %
Laisser-aller : la non conscience de la maladie	37	3.7 %
Fluctuance de la symptomatologie	27	2.7 %
Non disponibilité : Temps	22	2.2 %
Autres	12	1.2 %
Automédication	10	1 %
Difficulté d'accès géographique	9	0.9 %
Peur des effets secondaires des médicaments	7	0.7 %

## B. ANALYSE BIVARIEE

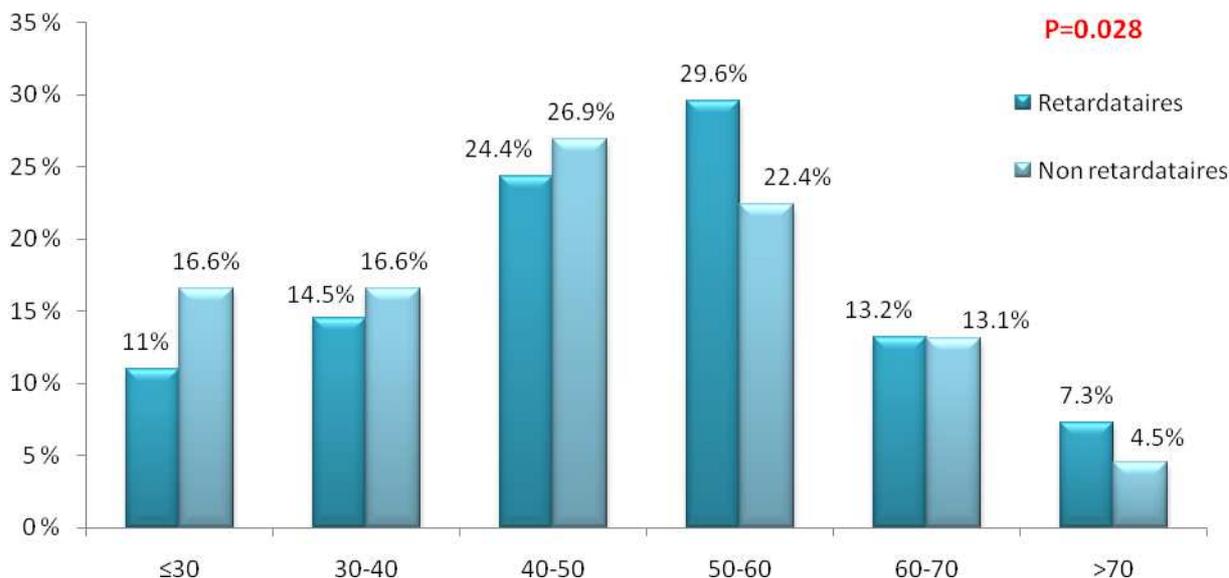
Sept cent dix (71 %) patients de notre échantillon sont retardataires à la consultation en rhumatologie, et seront ainsi exposés aux retards diagnostique et thérapeutique, restent 290 qui sont non retardataires.

Il est donc important de voir comment les différents paramètres socio-économiques : (âge, sexe, lieu de résidence, niveau de scolarisation, activité professionnelle, couverture sociale), le secteur de consultation ainsi que le recours à un traitement antérieur à la consultation en rhumatologie influencent ce retard.

## I. INFLUENCE DE L'ÂGE :

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes retardataires et non retardataires en fonction de l'âge ( $P = 0.028$ ).

Les retardataires appartiennent essentiellement à la tranche d'âge ]50,60] ans (Figure 25).

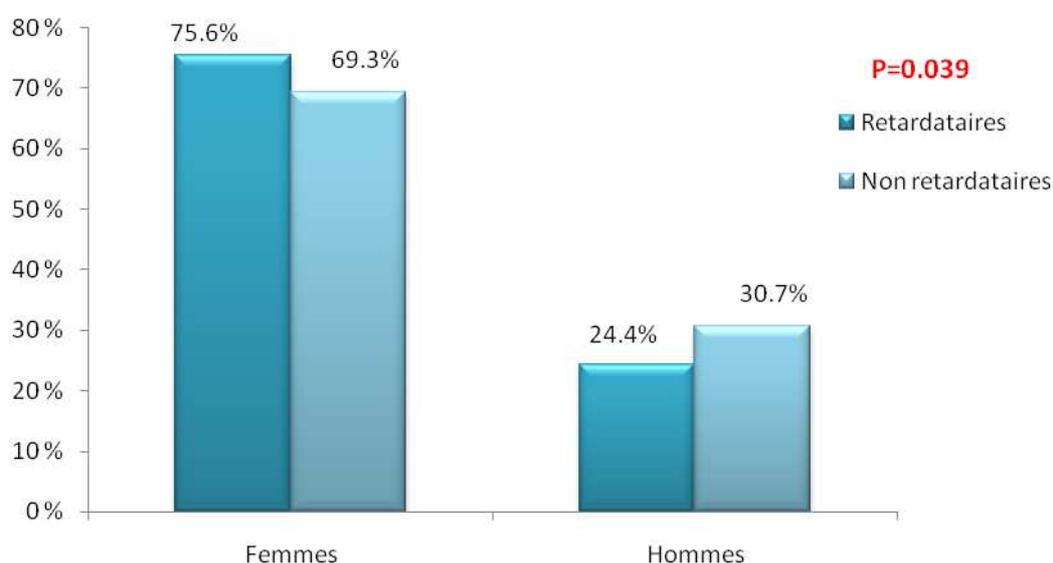


**Figure 25** : Le retard à la consultation en fonction de l'âge

## II. INFLUENCE DU SEXE :

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes en fonction du sexe ( $P = 0.039$ ).

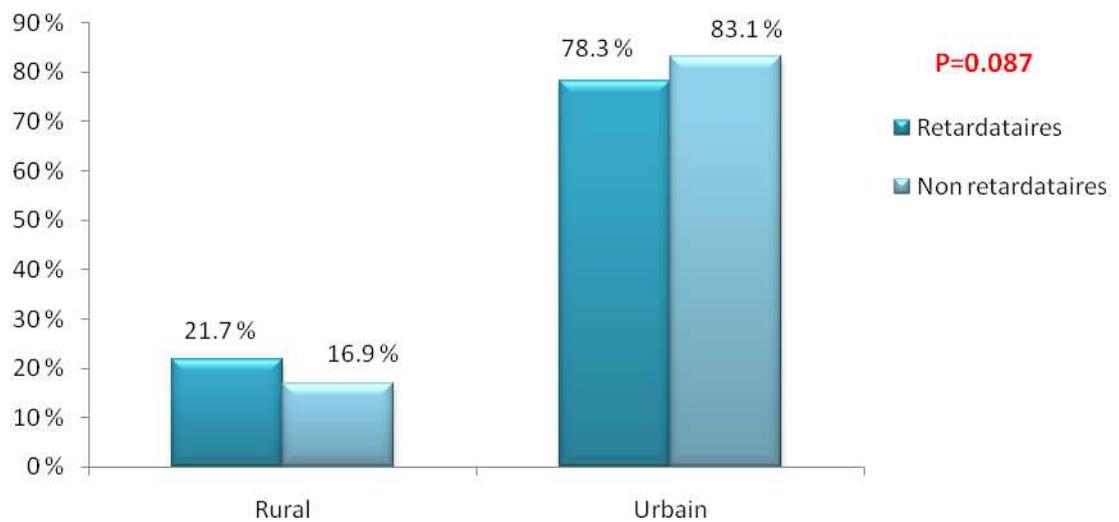
Les femmes sont essentiellement des retardataires, alors que les hommes ne le sont pas (Figure 26).



**Figure 26 : Le retard à la consultation en fonction du sexe**

## III. INFLUENCE DE LA RESIDENCE :

Même s'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes retardataires et non retardataires en fonction de la résidence ( $P = 0.087$ ), on constate que la population rurale est essentiellement retardataire contrairement à la population urbaine (Figure 27).



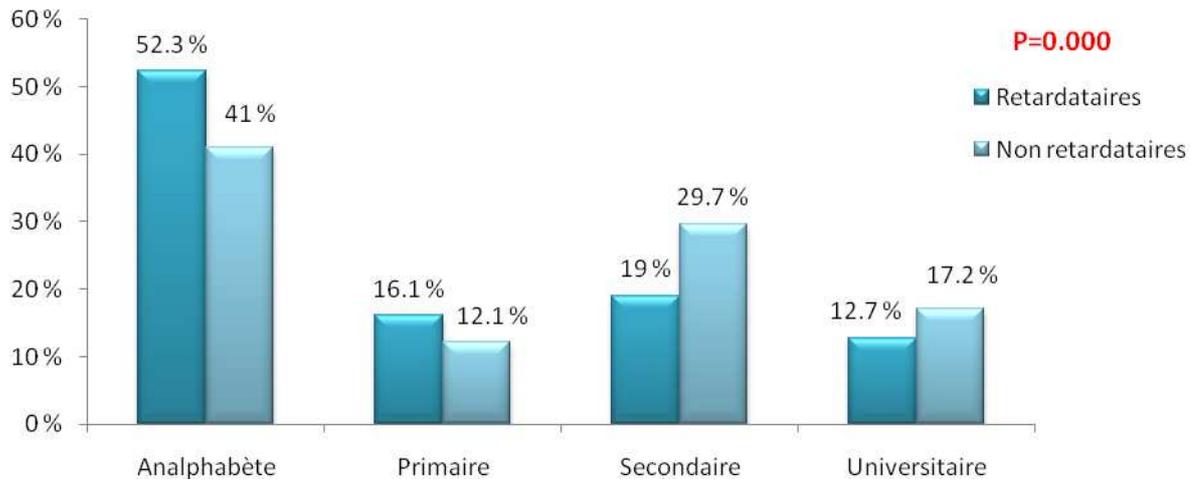
**Figure 27** : Le retard à la consultation en fonction de la résidence

## VI. INFLUENCE DU NIVEAU DE SCOLARISATION :

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes retardataires et non retardataires en fonction du niveau de scolarisation ( $P = 0.000$ ).

Les analphabètes ou les patients ayant un niveau de scolarisation primaire sont essentiellement des retardataires, alors que les patients ayant un niveau de scolarisation secondaire ou universitaire ne le sont pas (Figure 28).

Le retard au diagnostic et au traitement du patient rhumatisant : quels déterminants ?  
Enquête transversale aux secteurs public et privé à Marrakech

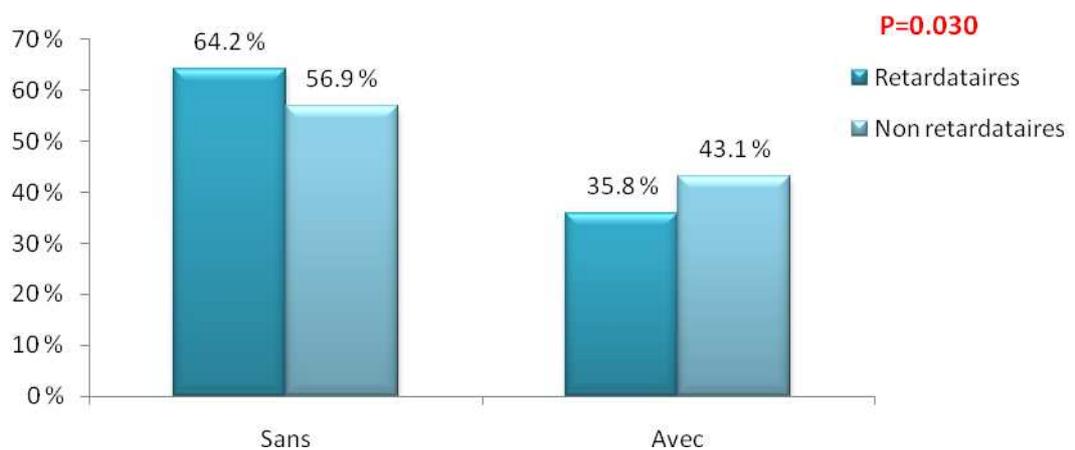


**Figure 28** : Le retard à la consultation en fonction du niveau de scolarisation

## V. INFLUENCE DE LA PROFESSION :

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes retardataires et non retardataires en fonction de la profession ( $P = 0.030$ ).

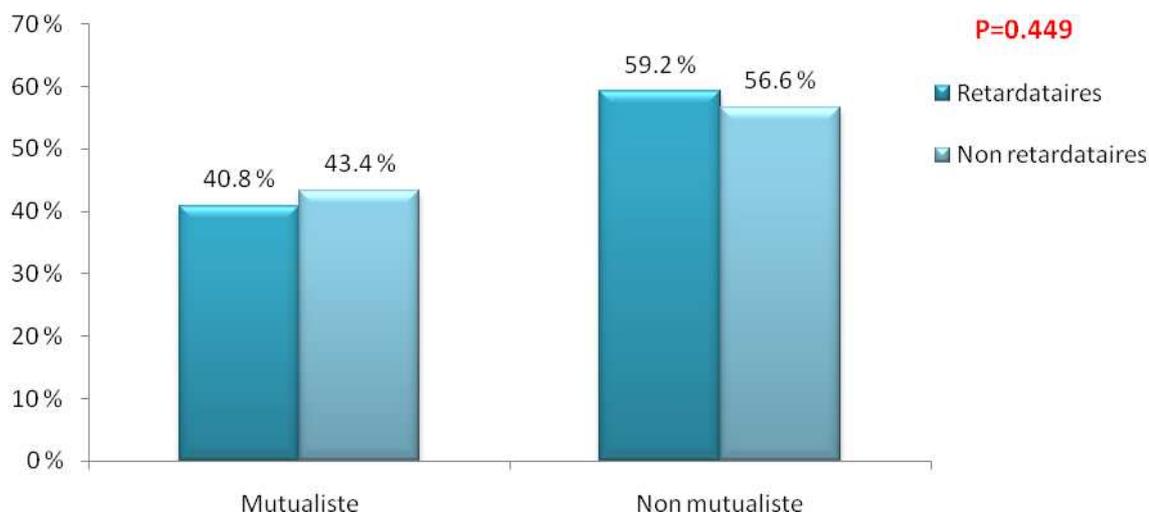
Les retardataires sont essentiellement des patients sans profession (Figure 29).



**Figure 29** : Le retard à la consultation en fonction de la profession

## VI. INFLUENCE DE LA COUVERTURE SOCIALE :

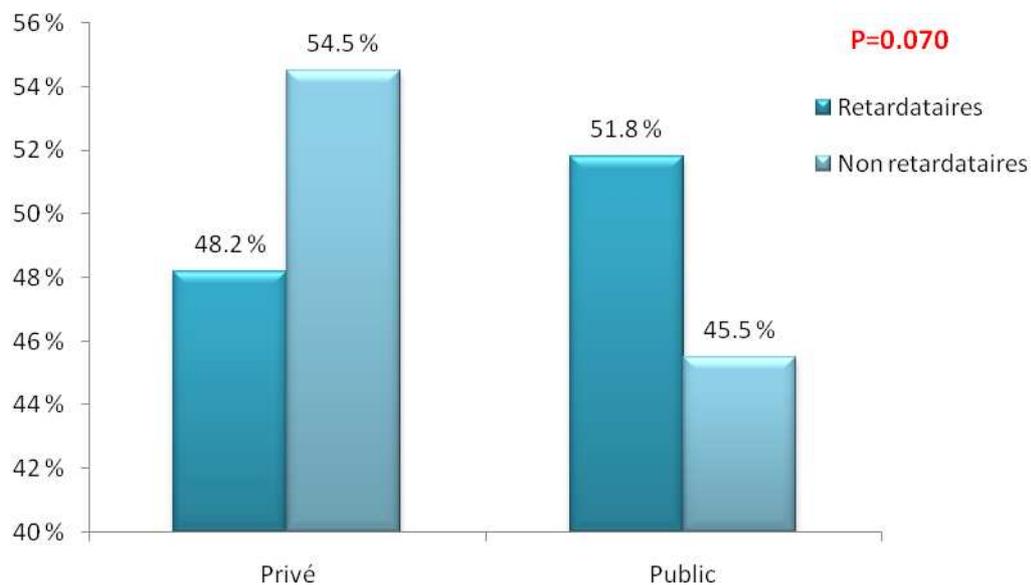
Même s'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes retardataires et non retardataires en fonction de la couverture sociale ( $P = 0.449$ ), on constate que les retardataires sont essentiellement non mutualistes (Figure 30).



**Figure 30** : Le retard à la consultation en fonction de la couverture sociale

## VII. INFLUENCE DU SECTEUR DE CONSULTATION :

Même s'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes retardataires et non retardataires en fonction du secteur de consultation ( $P = 0.070$ ), on constate que les retardataires consultent essentiellement au secteur public (Figure 31).



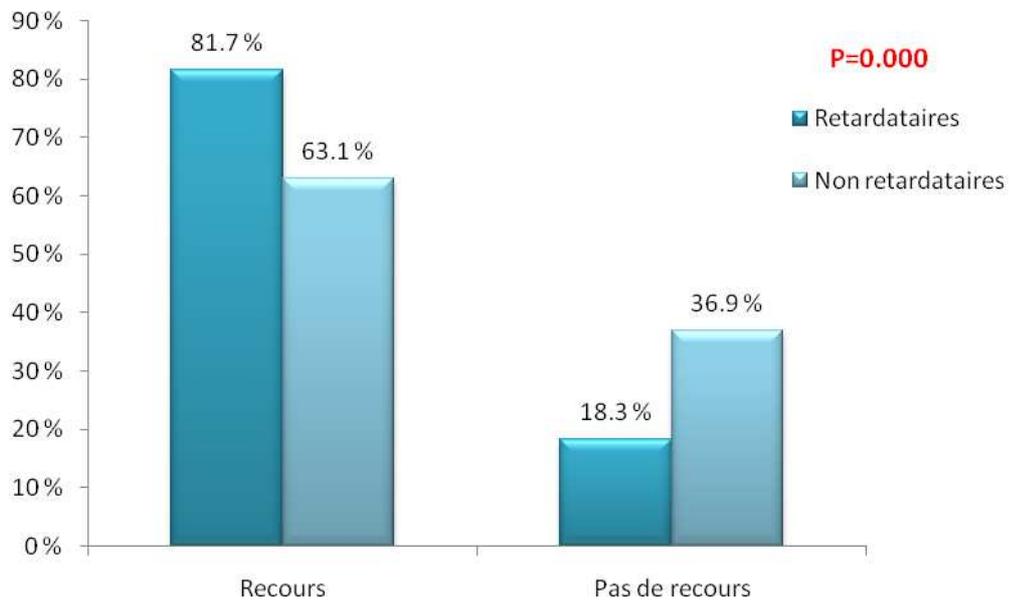
**Figure 31** : Le retard à la consultation en fonction du secteur de consultation

## VIII. INFLUENCE DU RECOURS A UN TRAITEMENT ANTERIEUR A LA CONSULTATION EN RHUMATOLOGIE :

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes en fonction du recours à un traitement antérieur à la consultation en rhumatologie (P = 0.000).

Les retardataires sont essentiellement des patients qui ont eu recours à un traitement antérieur (Figure 32).

Il reste toujours intéressant d'étudier l'influence des différents types du traitement antérieur sur le retard à la consultation, notamment l'influence du recours au traitement traditionnel, à la phytothérapie et à la médecine moderne.

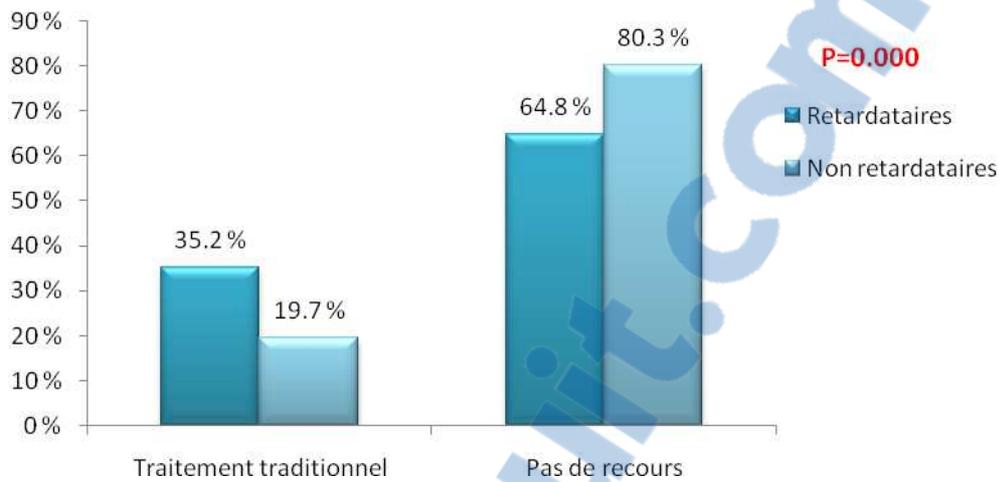


**Figure 32** : Le retard à la consultation en fonction du recours à un traitement antérieur à la consultation en rhumatologie

### **1. Influence du recours au traitement traditionnel :**

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes retardataires et non retardataires en fonction du recours au traitement traditionnel ( $P = 0.000$ ).

Les patients ayant eu recours au traitement traditionnel sont essentiellement retardataires, mais moins nombreux par rapport à ceux qui n'y ont pas recours (Figure 33).

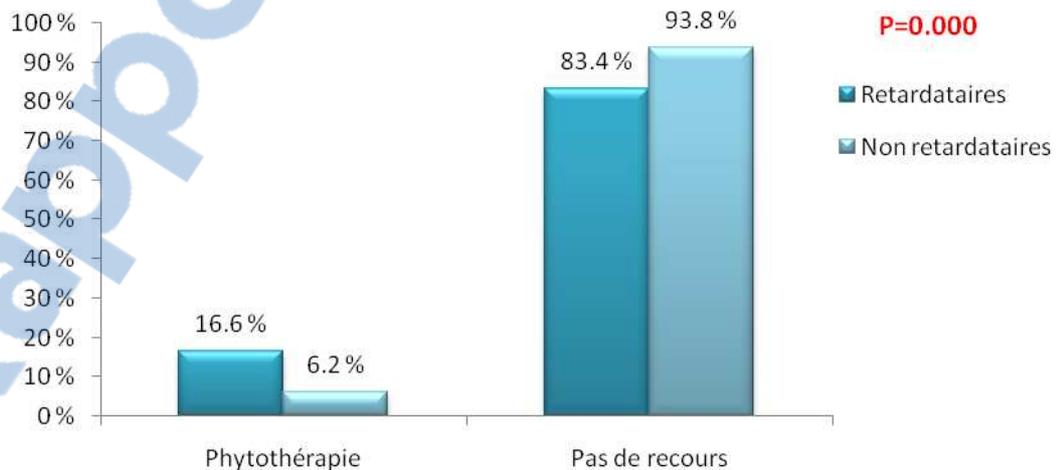


**Figure 33** : Le retard à la consultation en fonction du recours au traitement traditionnel

## 2. Influence du recours à la phytothérapie :

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes en fonction du recours à la phytothérapie ( $P = 0.000$ ).

Les patients ayant eu recours à la phytothérapie sont essentiellement retardataires, mais moins nombreux par rapport à ceux qui n'y ont pas recours (Figure 34).

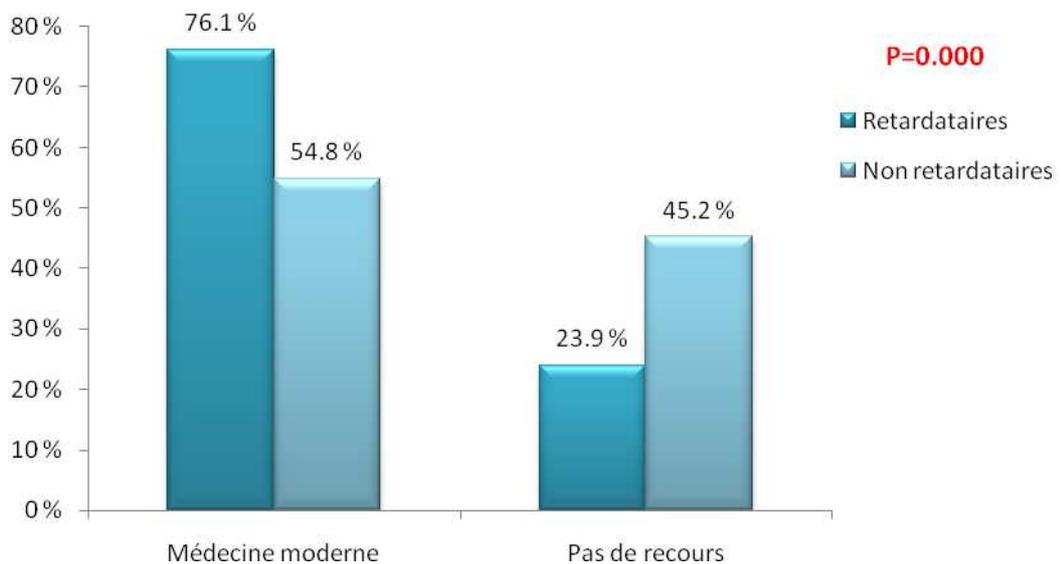


**Figure 34** : Le retard à la consultation en fonction du recours à la phytothérapie

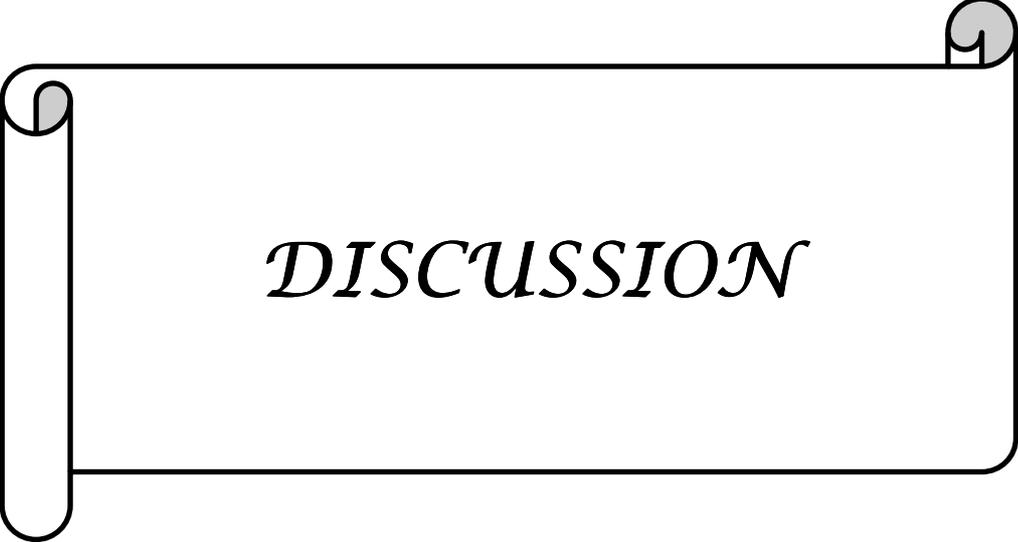
### 3. Influence du recours à la médecine moderne :

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes retardataires et non retardataires en fonction du recours à la médecine moderne ( $P = 0.000$ ).

Les patients ayant eu recours à la médecine moderne sont essentiellement retardataires, mais plus nombreux par rapport à ceux qui n'y ont pas recours (Figure 35).



**Figure 35** : Le retard à la consultation en fonction du recours à la médecine moderne



*DISCUSSION*

## **I. GENERALITES :**

### **1. Qu'est ce que la rhumatologie ?**

Ethymologiquement, le mot vient du grec "rheumatismos" qui signifie "écoulement d'humeur". Les rhumatismes ont longtemps désigné toutes les maladies qui s'accompagnaient de "fluxion". Aujourd'hui le sens de rhumatisme ne concerne que l'atteinte des articulations et la rhumatologie en est la science [1].

« La rhumatologie est la spécialité médicale prenant en charge les maladies, douleurs et dysfonctionnements de l'appareil locomoteur et des tissus conjonctifs qui lui sont associés, ainsi que des affections touchant les régions périarticulaires. Ceci comprend les maladies inflammatoires, les maladies du système locomoteur, les maladies du tissu conjonctif et des vaisseaux, les maladies dégénératives des articulations et du rachis, les maladies métaboliques qui touchent l'appareil locomoteur, les maladies touchant les tissus périarticulaires et les maladies des autres organes et appareils, dont le système nerveux, en tant qu'elles sont reliées aux maladies mentionnées ci-dessus » [2].

Telles sont la définition et la description officielle de la discipline selon l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes).

### **2. Les principales pathologies rhumatismales :**

Les pathologies de l'appareil locomoteur sont fréquentes et constituent l'un des principaux motifs de consultation en médecine générale.

Elles sont caractérisées d'une part par leur caractère chronique et d'autre part par leur nombre grandissant, notamment en raison de l'allongement de l'espérance de vie, et de l'existence de moyens diagnostiques et thérapeutiques nouveaux.

Au Maroc, les données épidémiologiques en matière de pathologies rhumatismales manquent de façon notable.

En consultation quotidienne, le rhumatologue est amené à prendre en charge de très nombreuses maladies :

- ❖ maladies dégénératives des articulations : l'arthrose,
- ❖ maladies inflammatoires : la polyarthrite rhumatoïde (PR), la spondylarthrite ankylosante (SPA),
- ❖ maladies osseuses : l'ostéoporose, l'ostéomalacie,
- ❖ maladies métaboliques : la goutte,
- ❖ connectivites : le lupus érythémateux aigu disséminé (LEAD), le Gougerot-Sjögren (GS), les dermatopolymyosites (DPM).

### **3. Pourquoi un diagnostic précoce de la pathologie rhumatismale ?**

Des arguments peuvent être avancés pour répondre à cette question : le retard diagnostique qui existe, génère souvent une mauvaise gestion des symptômes des patients, une prise en charge inadaptée, qui s'accompagne d'une altération de la qualité de vie de ces patients, et très souvent de leur entourage. Il existe le plus souvent un surcoût non négligeable pour la société avec une multiplication de consultations diverses et variées, d'examens complémentaires, d'actions thérapeutiques « inadaptées » et d'arrêts de travail.

Ainsi, un diagnostic précoce est la clé d'une prise en charge thérapeutique adéquate et d'un bon pronostic, mais cela nécessite également que le patient soit adressé au plus vite à un rhumatologue spécialiste.

La PR n'en fait que l'exemple type. Il est maintenant prouvé que la mise en place précoce d'un traitement efficace est une des meilleures garanties de prévenir ou de limiter une évolution défavorable dans la PR. La mise en place rapide d'un traitement efficace nécessite donc un

diagnostic précoce, avant la survenue de lésions articulaires irréversibles. Il a bien été montré dans plusieurs études scientifiques que tout retard à l'institution d'un traitement de fond efficace favorisait le développement de lésions articulaires au bout d'un, deux ou cinq ans et que tout retard pris à l'initiation de ce traitement ne pourrait pas se rattraper. Les recommandations internationales (EULAR) et françaises (HAS) insistent sur la nécessité du diagnostic et du traitement précoce dans cette maladie [3].

L'étude COBRA a été la première à montrer qu'un traitement intensif précoce (association d'emblée de plusieurs traitements immunomodulateurs) permettait non seulement d'obtenir plus fréquemment la rémission clinique qu'un traitement conventionnel, mais surtout que ce traitement intensif précoce modifiait définitivement la vitesse de progression des lésions radiologiques, y compris plusieurs années après l'arrêt de ce traitement. Cette étude majeure est à l'origine du concept de fenêtres d'opportunité thérapeutique : un traitement efficace doit être introduit dans les six premiers mois de l'évolution de la maladie [4], ce traitement infléchira alors de façon définitive la sévérité de la maladie et son aptitude à détruire les articulations, assurera une réduction de l'handicap fonctionnel à long terme, et aussi augmentera la probabilité d'obtenir et de maintenir une rémission de la maladie. L'enjeu diagnostique est donc majeur face aux premiers symptômes [5].

#### **4. Le retard à la consultation en rhumatologie :**

Avec le nombre insuffisant de rhumatologues disponibles, à peu près 300 au Maroc [6], et le vieillissement de la population qui entraîne une augmentation des besoins dans cette spécialité, comment assurer à nos patients un accès à des soins appropriés dans un délai raisonnable ?

Il existe des études descriptives qui ont démontré certaines spécificités propres à notre contexte et qui peuvent entraver la prise en charge précoce des patients. Il s'agit de l'analphabétisme, l'automédication et le nomadisme médical qui font que les patients tardent à

consulter un rhumatologue, sachant que tout retard est lourdement préjudiciable. Autre point majeur, le statut des patients en terme de couverture sociale mais aussi la relative frilosité des organismes de remboursement, ce qui fait que juste une minorité de nos patients bénéficient d'un statut approprié pour des maladies chroniques aussi lourdes, et juste quelques centaines ont accès aux nouvelles thérapeutiques [7].

Hélas, encore trop de patients passent au travers des mailles du filet : leurs maladies sont dépistées avec retard, les traitements préconisés, simples palliatifs (antalgiques, corticoïdes) sont inadaptés, les maladies poursuivent leur évolution... Pourquoi ? Parce qu'il existe aussi un déficit d'information important des patients en matière de pathologies rhumatismales [8].

Les généralistes prennent leur part de responsabilité. Devant tout cas suspect, le généraliste doit adresser son patient au rhumatologue dans les plus brefs délais, ainsi se créera une étroite collaboration, entre généralistes et rhumatologues, et se mettra en place un réseau qui permettra un double suivi des cas.

N'oubliant pas le principal problème des rhumatismes inflammatoires chroniques, c'est de les reconnaître précocement car nous disposons aujourd'hui de traitements efficaces [9]. Dans les premiers mois d'évolution de la PR, la symptomatologie clinique reste fruste et l'imagerie médicale souvent muette [10].

Pour la SPA, le challenge actuel vient de la possibilité de poser un diagnostic précoce, vu le début souvent intermittent des symptômes, la présentation clinique parfois « atypique », l'absence de syndrome inflammatoire biologique dans plus de la moitié des cas, ou encore l'absence de l'antigène HLA B27 chez 10 à 30 % des patients. Mais la raison principale est le fait que l'atteinte des sacro-iliaques (SI) est considérée comme un élément essentiel du diagnostic. Or, la traduction radiologique de l'inflammation des SI nécessite en moyenne neuf ans. Ainsi, une des principales façons d'aller vers un diagnostic précoce est de parvenir à mettre en évidence l'inflammation des SI avant sa visualisation radiologique, par l'IRM [11].

## **5. Les conséquences du retard en rhumatologie :**

Longtemps mal considérées, car rarement mortelles, les maladies rhumatismales sont maintenant reconnues comme des problèmes de santé publique en raison de leur retentissement fonctionnel majeur et du handicap qu'elles peuvent engendrer. Grâce au développement de méthodes économétriques capables de mieux intégrer la douleur, l'handicap et la qualité de vie, on sait que ces maladies sont au deuxième rang dans la liste des pathologies les plus coûteuses, après les maladies cardiovasculaires.

Les coûts directs regroupent tous les éléments de la prise en charge médicale et paramédicale des patients : consultations, hospitalisations, traitements avec leur surveillance, gestion d'éventuels effets indésirables, soins paramédicaux.

Les coûts indirects sont liés à la perte de « productivité » engendrée par une maladie chronique. Le terme « productivité » ne se limite pas à la capacité d'un individu à exercer une activité professionnelle, mais englobe toutes les activités ou fonctions qu'une personne peut remplir dans sa vie courante, lui permettant de tenir son rôle dans la société : travail rémunéré, bénévolat, tâches ménagères, éducation des enfants, aide à une tierce personne. L'exemple type est celui de l'ostéoporose, les coûts les plus importants sont liés aux fractures du col fémoral au décours desquelles on note une perte d'autonomie et une mise en institution chez environ la moitié des patients.

Les coûts intangibles correspondent aux conséquences humaines d'une maladie, telles que le handicap, la douleur physique ou le retentissement sur l'humeur d'une maladie chronique. Ils sont bien évidemment difficiles voire impossibles à exprimer en unité monétaire. Pour les évaluer, on utilise la notion d'« utilité », proche de la notion de qualité de vie.

On peut dire déjà qu'on possède peu de données marocaines sur le coût des maladies ostéoarticulaires. Dans les pays où des données sont disponibles, le coût global des maladies

rhumatismales est évalué entre 1 et 2,5 % du PIB. Une étude canadienne a bien montré qu'alors que les maladies ostéoarticulaires n'étaient qu'au 11<sup>ème</sup> rang des maladies en termes d'impact économique lorsque seuls les coûts directs étaient pris en compte, elles passaient au second rang, juste derrière les maladies cardiovasculaires, lorsque les coûts indirects, c'est-à-dire les conséquences sociales du handicap, étaient proprement intégrés aux estimations [12].

L'arthrose occupe une place prépondérante au sein des pathologies articulaires qui elles-mêmes représentent environ la moitié des maladies chroniques affectant la population âgée de plus de 60 ans ; les douleurs et le handicap qui s'y attachent intéressent environ un quart de ces sujets [13].

La PR a un retentissement fonctionnel, social et professionnel important : plus de la moitié des patients sont obligés d'arrêter leur activité professionnelle moins de 5 ans après l'installation de la PR. Dans environ 10 % des cas, une invalidité grave apparaît dès les deux premières années d'évolution. Elle peut alors mettre en jeu le pronostic vital. Dans ces formes sévères, la durée de vie peut être réduite de 5 à 10 ans. Le coût de cette maladie chronique qui dure 20, voire 40 ans, est très élevé [14].

Une étude, première en France [15], a été menée pour évaluer les coûts engendrés pour des patients atteints de PR : 1487 malades ont participé à l'enquête. L'âge moyen était de 63 ans, la durée moyenne de la maladie de 18 ans et 84 % des patients étaient des femmes. Les coûts moyens annuels par patient étaient de 23 400 € d'un point de vue de la société et étaient dominés par les pertes de productivité (29 %), l'hospitalisation et la chirurgie (19 %), les médicaments (19 %) et les soins paramédicaux (14 %).

Rkain et al (2006) ont menée une étude dont l'objectif était de déterminer l'impact socio-économique de la PR chez des patients marocains [16]. Cent patients avaient participé à cette étude (88 femmes, 12 hommes). Les conséquences socio-économiques étaient étudiées par la mesure des coûts directs, indirects et intangibles. Les difficultés financières ont été rapportées

dans 90 % des cas. Une mauvaise observance thérapeutique a été notée dans 61 % des cas. Parmi les 34 patients ayant un travail payant au début des symptômes, 65 % avaient eu un arrêt de travail, 7 ans après confirmation du diagnostic. Avaient divorcé 10 % des femmes mariées. Des patients avaient déclaré des difficultés à faire les travaux ménagères (84 %), les activités de loisir (46 %) et des problèmes de sexualité (67 %).

Une autre étude a été menée pour évaluer la qualité de vie de 80 patients atteints de PR de la région de Marrakech [17]. Chez 88.2 % de ces patients, le travail a été affecté par la maladie. Les problèmes de travail étaient dominés par les absentéismes (76.5 %) alors que l'arrêt de travail ne concernait que 17.6 % de cette population. Ceci pourrait être expliqué par le contexte socio-économique au Maroc où la couverture sanitaire n'est pas encore complètement généralisée. Ils avaient également trouvé une détérioration de l'ensemble des activités quotidiennes des malades. La majorité des patients souffraient de dépression, 82.5 % des malades souffraient d'insomnie.

Rkain et al (2007) ont menée une deuxième étude dont l'objectif était de déterminer l'impact socio-économique de la SPA chez des patients marocains [18]. Cent patients avaient participé à cette étude (71 hommes, 29 femmes). Les conséquences socio-économiques étaient étudiées par la mesure des coûts directs, indirects et intangibles. Les difficultés financières ont été rapportées dans 82 % des cas, le coût du traitement était aux alentours de 625.5 dirhams par mois et par patient. Dans 28 % des cas, ces conditions avaient abouti à une mauvaise observance thérapeutique. Une invalidité au travail était retrouvée chez 22.9 % des cas. Il y avait même des patients handicapés (14 %) qui avaient forcé leurs enfants à quitter l'école pour leur prise en charge. Des patients avaient déclaré des difficultés à faire les travaux ménagères (65.8 %), les activités de loisir (72.2 %) et des problèmes de sexualité (64.2 %). Des patients avaient reçu un soutien familial financier (66 %) et psychologique (87 %).

Les patients marocains ayant une SPA souffrent énormément d'importantes conséquences socio-économiques à cause de la maladie, de l'insuffisance de l'aide du pays

et des problèmes de sécurité sociale.

Leur qualité de vie est foncièrement affectée, sur les deux plans physique et moral. Tels étaient les résultats de l'étude transversale qu'a été menée par Ibn Yacoub et al (2010) pour évaluer la qualité de vie de ces patients [19].

Le coût social des douleurs chroniques est certainement supérieur à celui des cancers et des pathologies cardiovasculaires réunis. Elles sont le troisième facteur d'arrêt de travail, mais le premier facteur d'incapacité de travail [20].

Ainsi, les pathologies articulaires, intimement liées au vieillissement du corps humain, sont à l'origine d'une souffrance et d'un handicap fonctionnel important [21].

## **II. DISCUSSION DE NOS RESULTATS :**

Notre étude est le premier travail épidémiologique et descriptif au Maroc concernant le retard diagnostique et thérapeutique des patients rhumatisants. Notre travail a consisté en une enquête transversale menée aux secteurs public et privé de Marrakech à propos d'un échantillon de 1000 patients, afin de déterminer les différentes causes responsables de ce retard.

### **1. Données sociodémographiques :**

#### **1.1. Age :**

L'âge des patients variait entre 9 et 96 ans, avec une moyenne d'âge de 49 ans ( $\pm 14.6$ ).

On remarque que :

- Les 2/3 des patients avaient un âge compris entre 30 et 60 ans, donc appartenant à la population active.
- Un peu moins du tiers des patients avait moins de 30 ans, donc potentiellement actifs.

Il en résulte :

- que 80 % des patients de notre échantillon étaient actifs ou potentiellement actifs,
- et que la pathologie rhumatismale est essentiellement l'apanage de la population active.

Ainsi, en cas de complications rhumatismales causées par le retard à la consultation, les handicaps intrinsèque (de la santé) et extrinsèque socio-économique seraient plus importants.

Une étude prospective a été menée en Arabie Saoudite par Eleishi et al (2009), à propos d'un échantillon de 78 patients rhumatisants [22], dont le but était d'étudier les différentes causes responsables du retard à la consultation rhumatologique. L'âge dans cette étude, variait entre 11 et 72 ans avec une moyenne d'âge de 38.9 ans ( $\pm 13$ ). Le jeune âge de cette population par rapport à la nôtre peut être dû en effet, au type de la pathologie présentée.

Une autre étude a été réalisée en France par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB) suite à la demande du comité de pilotage du Livre Blanc de la rhumatologie [23], il s'agissait d'une étude transversale dont le but était d'étudier la trajectoire du patient rhumatisant dans le système de soins. La taille de l'échantillon était de 1731 patients participant à cette enquête. L'âge moyen des patients était de 57 ans. Sept patients sur dix avaient 50 ans ou plus. Cette population est encore plus vieille que la nôtre, cela est expliqué par la nature de la population occidentale.

L'Enquête Santé Protection Sociale est une enquête par sondage en population générale réalisée depuis 1988 par l'IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Elle avait eu comme résultats pour l'année 2006 [24], que le taux de prévalence des maladies du système ostéoarticulaire selon l'âge était :

2.2 %, 16.6 %, 56 % et 95.8 % pour les tranches d'âge : < 16 ans, 16-39, 40-64 et > 64 ans.

Elle avait encore eu comme résultats pour l'année 2008 [25], que le taux de prévalence des maladies du système ostéoarticulaire selon l'âge était :

2.8 %, 22.1 %, 66.6 % et 115 % pour les tranches d'âge : < 16 ans, 16-39, 40-64 et > 64 ans. On en conclut que la pathologie rhumatismale est l'apanage du sujet âgé, et que sa prévalence ne fait qu'augmenter au fil des années.

### **1.2. Sexe :**

La prédominance féminine retrouvée (73.8 %) n'a pu être expliquée que par la fréquence de la pathologie rhumatismale chez la femme en général. Ceci rejoint parfaitement bien les données de la littérature.

Eleishi et al [22], avaient également trouvé une prédominance féminine dans leur échantillon (73 %), le même cas était celui de l'étude de l'ORSB [23], les femmes comptaient pour 64 % des patients.

L'enquête de l'IRDES 2006 [24], avaient trouvé que le taux de prévalence des maladies du système ostéoarticulaire selon le sexe était : 31.1 % pour les hommes et 48.4 % pour les femmes. Elle avait eu comme résultats pour l'année 2008 [25], que ce taux de prévalence était : 37.1 % pour les hommes et 61.1 % pour les femmes.

### **1.3. Résidence :**

Presque 80 % des patients étaient des citadins, tandis que seulement 20 % nous venaient du rural, cela pourrait être expliqué :

- soit par les difficultés d'accès géographique,
- soit que ces patients consultaient les unités rurales de soins primaires les plus proches,
- soit qu'ils adoptaient des traitements traditionnels, ou carrément ne consultaient pas.

Donc, l'action directe sur la qualité des soins est nécessaire, mais pas suffisante, plutôt, faut-il développer les soins spécialisés de proximité ou au moins améliorer le réseau de transport.

Eleishi et al [22] avaient trouvé presque les mêmes résultats que les nôtres, puisque 73 % des patients étaient des citoyens.

L'étude de l'ORSB [23] avait trouvé que plus de la moitié des patients consultant un rhumatologue libéral résidait à moins de 10 km du cabinet du médecin. Cela témoigne du rôle de « spécialiste de proximité » du rhumatologue libéral en France. Cependant, une part non négligeable de patients est à plus de trente kilomètres de son médecin libéral ou hospitalier.

#### **1.4. Niveau de scolarisation :**

Presque la moitié des patients était analphabète. Ceci rejoint le taux d'analphabétisme du pays retrouvé lors du recensement de 2007 puisqu'il a été noté que le taux d'alphabétisation des adultes était de 55.6 % de la population générale [26]. Seulement 14 % avaient poursuivi leurs études universitaires.

Eleishi et al [22] avaient trouvé carrément des résultats différents des nôtres. Leur échantillon ne comportait guère d'analphabètes, 63 % des patients avaient un niveau d'instruction universitaire, tandis que 37 % avaient un niveau primaire ou secondaire.

#### **1.5. Activité professionnelle :**

Plus que les deux tiers des patients (62.1 %) étaient sans profession. Ceci pourrait être dû à la fréquence plus élevée des femmes au foyer dans notre population à l'étude, et pourrait expliquer la plus grande part de dépendance sur le plan financier de nos patients. Cela pourrait être considéré comme un facteur principal du retard à la consultation si l'on tient compte des difficultés économiques de cette catégorie de la population.

L'étude de l'ORSB [23] avait trouvé qu'un peu moins de la moitié des patients (45 %) consultant dans le cadre d'une affection rhumatologique était à la retraite, ce qui est tout à fait conforme à la structure d'âge des patients. Plus du quart des hommes non retraités et près d'une

femme sur cinq non retraitée étaient en arrêt de travail au moment de la consultation rhumatologique.

#### **1.6. Couverture sociale :**

Les mutualistes constituaient 41.6 % de l'échantillon et 40.8 % des retardataires. Il en résulte que l'absence de la couverture sociale n'est pas un facteur déterminant le retard à la consultation.

#### **1.7. Secteur de consultation :**

Au cours de ces années dernières, nous avons remarqué que les taux des patients consultants en rhumatologie s'égalisaient entre les deux secteurs public et privé de Marrakech. C'est donc pour ces raisons purement épidémiologiques que nous avons choisi, pour la participation à notre enquête, le même nombre de patients dans les deux secteurs.

L'étude de l'ORSB [23] avait trouvé que la répartition d'activité de consultation (78,4 % pour l'activité libérale et 21,6 % pour l'activité hospitalière) était cohérente avec ce qui était attendu, compte tenu de l'activité déclarée par les libéraux et les hospitaliers dans une précédente enquête auprès des rhumatologues.

## **2. Motifs de consultation :**

En rhumatologie, la douleur est le maître symptôme. Elle est une préoccupation primordiale du rhumatologue puisque plus de 80 % des consultations sont motivées par les plaintes douloureuses.

Elle était, dans notre étude, le principal motif de consultation puisqu'elle concernait 74.9 % des patients de notre échantillon, 23.8 % de nos patients étaient des anciens malades et suivaient éventuellement pour des pathologies précises.

Les tendinopathies, déformations osseuses, paresthésies, tuméfactions articulaires et craquements ne constituaient que des motifs secondaires dans cette enquête.

L'étude de l'ORSB [23] avait trouvé qu'une forte majorité (59 %) des patients consultait le rhumatologue dans le cadre du suivi d'une pathologie déjà connue. Par opposition, les nouveaux patients, étant des patients vus pour la première fois par le rhumatologue et constituant 47 % de l'échantillon, avaient un diagnostic symptomatique.

### **2.1. Douleur :**

Presque la moitié des patients (45.7 %) avait consulté pour une douleur articulaire, tandis que 21.5 % des patients avaient consulté pour une douleur rachidienne. Venaient en troisième position la névralgie radiculaire, les douleurs osseuse et musculaire retrouvées chez 15.2 % des patients de cet échantillon maximum.

Les douleurs articulaires constituent un motif fréquent de consultation médicale. Ces manifestations peuvent être banales et sans conséquences fonctionnelles majeures, mais certains éléments de l'examen clinique doivent orienter la prise en charge du patient vers une consultation spécialisée. Elles étaient essentiellement sous forme de polyarthralgies et de gonalgies. Les douleurs monoarticulaires, notamment les douleurs de l'épaule, de la hanche, des IPP et IPD, du poignet, de la cheville, du coude ainsi que la douleur des SI n'étaient que secondaires.

Les douleurs rachidiennes étaient essentiellement sous forme de lombalgies et de cervicalgies. Les dorsalgies n'étaient que secondaires.

Les névralgies radiculaires étaient sous forme de sciatalgies et de névralgies cervicobrachiales.

Les douleurs osseuses étaient sous forme de talalgies et de douleurs de la plante des pieds. Les scapulalgies, les douleurs de la paume des mains et du coccyx n'étaient que secondaires.

Les douleurs musculaires étaient sous forme de myalgies diffuses ou de fessalgies.

L'étude de l'ORSB [23] avait trouvé que les trois premiers diagnostics symptomatiques rencontrés étaient par ordre décroissant : les douleurs monoarticulaires, les lombalgies chroniques et les douleurs polyarticulaires. Ces trois catégories représentaient près des deux tiers des diagnostics symptomatiques à l'issue de la consultation rhumatologique. Les sciatalgies et les névralgies cervicobrachiales n'étaient que secondaires.

### **2.2. Pathologies des malades ayant consulté pour un suivi :**

Les anciens malades suivaient pour des pathologies rhumatismales diverses :

- ❖ l'arthrose, chef de fil de cette enquête, était retrouvée chez 11.5 % de l'échantillon, essentiellement sous forme de gonarthrose, de cervicarthrose et de lombarthrose. Un seul cas de polyarthrose, un autre cas d'arthrose de l'épaule et un troisième cas d'arthrose du gros orteil étaient également retrouvés au cours de cette enquête,
- ❖ la PR, en seconde position, retrouvée chez 4.9 % de l'échantillon,
- ❖ l'ostéoporose retrouvée chez 3.2 % de l'échantillon,
- ❖ la SPA, la goutte et l'ostéomalacie étaient retrouvées successivement chez 1.9 %, 1.6 % et 1.5 % de l'échantillon,
- ❖ le GS, les DPM et le LEAD n'étaient que rarement retrouvés.

Eleishi et al [22] avaient trouvé un profil de patients différent du nôtre, puisque 78 % des patients présentaient une PR.

L'étude de l'ORSB [23] avait trouvé que 80 % des patients avaient un diagnostic lésionnel au terme de la consultation. En tête de liste des diagnostics lésionnels, se trouvaient deux

maladies chroniques que sont l'arthrose du genou et la PR suivies par deux maladies aiguës que sont la tendinobursite du membre supérieur et la sciatique commune. Viennent ensuite l'ostéoporose et la spondylarthropathie.

### **2.3. Autres motifs :**

Les tendinopathies touchaient essentiellement l'épaule : la tendinite de la coiffe des rotateurs, ce qui concorde parfaitement bien avec les données de la littérature, puisque plus de 40 % des affections abarticulaires concernent l'épaule [27]. Elles touchaient également la cheville : l'entorse de cheville, et le coude : l'épicondylite et l'épitrochléite.

Les déformations osseuses étaient majoritairement sous forme d'une scoliose, mais touchaient également les IPD.

Les paresthésies, la tuméfaction articulaire et le craquement des genoux n'étaient que secondaires.

## **3. Traitement antérieur à la consultation en rhumatologie :**

Seulement 23.7 % des patients de notre échantillon qui s'étaient adresser directement au rhumatologue après les premiers symptômes.

La majorité (76.3 %) des patients rhumatisants avait choisi d'autres thérapeutiques pour soulager sa symptomatologie clinique avant de s'adresser au rhumatologue : un traitement traditionnel, la phytothérapie, ou bien le recours à la médecine moderne que ce soit chez un généraliste, ou même un spécialiste dans un autre domaine en dehors de la rhumatologie.

### **3.1. Traitement traditionnel :**

La médecine savante, qui poursuit son évolution vers le progrès thérapeutique, recherche la sauvegarde physiologique des individus. Mais elle ne fait pas pour autant l'unanimité. L'étude

des comportements en matière de soins révèle des pratiques qui n'ont rien de commun aux connaissances scientifiques, en effet le recours aux thérapies traditionnelles est encore très fréquent de nos jours.

Une thérapie traditionnelle fournie par un guérisseur traditionnel, peut très bien être la première rencontre de la personne avec les services médicaux. En effet, l'offre de « soins » par des « guérisseurs » à Marrakech dépasse de loin l'offre par les établissements de soin de santé en particulier du secteur public, en plus, le coût élevé des prestations au niveau du secteur privé contrastent avec les honoraires des « guérisseurs » traditionnels qui sont laissés à l'estimation du patient lui-même [28].

On peut également se tourner vers ces thérapies non conventionnelles pour une variété de raisons :

- Le bas niveau d'instruction des patients.
- Désir d'éviter toxicités et traitements invasifs.
- Préférence pour médicaments naturels plutôt que synthétiques.
- Insatisfaction avec les professionnels de la médecine moderne.
- Techniques des guérisseurs traditionnels font partie de l'héritage culturel du patient.

Dans notre étude, le tiers des patients avait choisi le traitement traditionnel comme premier recours afin de soulager ses symptômes.

Différents types de traitements traditionnels ont été cités par nos patients, et c'était la saignée qui se plaçait en tête puisque 16.2 % de nos patients y avaient recours. En second lieu, les patients adoptaient les points de feu comme meilleur moyen antalgique, ou préféraient consulter les Jebbar ou Moulfouta pour traiter tout problème ostéoarticulaire. La source de Moulay Yarcoub avait accueilli 4.2 % de notre échantillon pour cures thermales. Une minorité avait visité Marzouga, ou adopté l'acupuncture, les piqûres d'abeilles ou les ventouses comme moyens thérapeutiques.

Dans l'étude de la qualité de vie des patients atteints de PR de la région de Marrakech [17], les pratiques traditionnelles étaient utilisées chez 46.3 % des patients. En effet, 73 % de ces patients utilisaient des plantes médicinales, 27 % utilisaient des points de feu, 16.2 % avaient recours au Jebbar, 5.4 % utilisaient le sable chaud, 2.7 % avaient recours aux saignées et 5.4 % pratiquaient des piqûres d'abeilles.

Ce qui est étrange, c'est que le recours aux soins informels n'est pas uniquement l'apanage des pays en voie de développement, mais également les pays développés. En effet, une principale étude était menée en France pour évaluer le recours aux pratiques de soins parallèles. Dans cette étude du CREDES : le Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, menée en 1996 auprès de 12203 personnes, 3.4 % des personnes avaient déclaré avoir eu recours, au moins une fois, au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, à des pratiques de soins parallèles. Cependant la population de tranche d'âge 16-64 ans et appartenant à la classe sociale moyenne semble la plus concernée. Toutes tranches d'âges confondues, les femmes avaient plus souvent recours aux guérisseurs que les hommes. Les principaux motifs de recours étaient les affections ostéoarticulaires pour 53 % des personnes interrogées, parmi lesquelles dans plus de deux tiers des cas, on comptait les affections rachidiennes type lombalgies, sciatalgies et arthrose lombaire. On peut également souligner l'effet de la douleur sur le recours aux soins parallèles : « le taux de recours à ces pratiques de soins parallèles était deux fois plus fréquent chez les personnes qui se plaignaient de douleur que chez les autres ». Ce sont les symptômes plutôt que la maladie elle-même qui motivent le patient à se tourner vers les pratiques traditionnelles, principalement les symptômes chroniques, la douleur et la gêne fonctionnelle [29,30].

Enfin, selon l'OMS, 80 % des populations des pays en développement s'en remettent à la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires, alors que dans certains pays riches, 65 % de la population a déjà eu recours aux médecines traditionnelles, complémentaires ou

alternatives. Mais l'OMS a déjà mis en garde : « Le préjugé selon lequel la médecine traditionnelle ou dite naturelle est sans danger n'est pas exact ».

Prenant le simple exemple de la saignée. Ses indications sont très larges et conviennent à la rhumatologie : La PR, la gonarthrose, les lombalgies, les radiculalgies, la sciatique, l'épicondylite, l'épine calcanéenne, la SPA, la goutte [31]. Mais il est impératif d'avoir connaissance des précautions de sa réalisation. Elle ne peut pas être appliquée sur un site de thrombose veineuse profonde, sur des ulcères, ou sur un site où le pouls artériel peut être perçu. Il faudra également respecter les règles d'asepsie lors de l'usage du matériel. Les lames de bistouris devraient être stériles et à usage unique [32]. Dans notre contexte, il est malheureusement très difficile de respecter ces règles par le guérisseur traditionnel.

Second exemple, la cure thermale. Au Maroc, c'est le patient qui se prescrit la cure, en France, c'est le rhumatologue ou le médecin traitant qui la prescrit et donne au patient tous les conseils nécessaires à son bon déroulement [33].

### **3.2. Phytothérapie :**

Les plantes médicinales ont gagné ces dernières années une popularité incroyable. Plusieurs facteurs sont responsables, en particulier le mythe un peu naïf basé sur l'idée que ce qui est naturel ne peut être que bénéfique, la notion que les plantes médicinales, à défaut d'être très efficaces, sont au moins complètement inoffensives à l'inverse des médicaments [34].

### **3.3. Médecine moderne :**

Le pourcentage des patients qui avaient consulté un médecin pour leur symptomatologie avant le rhumatologue était impressionnant : 69.9 % des patients de notre échantillon avaient eu recours à la médecine moderne quelque soit le secteur, public ou privé, et quelque soit le médecin, généraliste ou même spécialiste dans un autre domaine en dehors de la rhumatologie.

Presque la moitié de l'échantillon a consulté le secteur public, essentiellement auprès du médecin généraliste. En outre, le traumatologue était le premier spécialiste à être consulté en terme de fréquence.

#### **4. Personnes orientatrices vers le rhumatologue :**

Le médecin généraliste représente souvent le premier contact avec le système de soins. Il est le garant d'une utilisation judicieuse de l'ensemble des ressources du système de santé. En tant qu'acteur de soins primaires, une de ses missions est de guider le patient à travers le système de distribution des soins. Il gère en partie le recours aux professionnels des autres spécialités médicales.

Dans notre étude, le médecin généraliste avait orienté plus que le tiers de l'échantillon vers le rhumatologue tandis que le spécialiste avait orienté 12.9 % de l'échantillon.

Tout médecin spécialiste peut orienter vers le rhumatologue et c'était le traumatologue qui venait en tête des spécialistes.

Existaient également autres orientateurs : personnel de santé, patient de l'entourage, employé à la pharmacie et la personne elle-même, mais n'étaient que secondaires.

#### **5. Retard à la consultation et ses déterminants :**

Le diagnostic des pathologies rhumatismales est porté très souvent à distance des premiers symptômes à cause de plusieurs facteurs. La durée entre la symptomatologie initiale et l'établissement du diagnostic a suscité beaucoup d'intérêt ces dernières années en raison de son influence sur le pronostic de ces pathologies.

Nell et al (2004) avaient mené une étude à propos de 40 patients atteints de PR afin de confirmer le concept de fenêtre d'opportunité thérapeutique. Effectivement, les résultats avaient indiqué qu'une fenêtre d'opportunité pour un succès thérapeutique existe surtout lors de la

première année, spécifiquement pendant les 3 premiers mois des premiers symptômes, et qu'un diagnostic et un traitement précoces ne constituent qu'un pas crucial dans le contrôle de la progression de la maladie et le pronostic de la PR en général [35].

Toute consultation du rhumatologue après un délai dépassant les 3 mois à partir des premiers symptômes définit le retard à la consultation.

Dans notre étude, 71 % de nos patients étaient des retardataires.

Le retard à la consultation variait significativement avec l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la profession et le recours à un traitement antérieur, par contre, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre ce retard et la résidence, la couverture sociale et le secteur de consultation.

Les retardataires avaient majoritairement expliqué leur retard par la négligence des médecins consultés en premier lieu, ainsi que la pauvreté. L'ignorance de la spécialité et les problèmes de rendez-vous étaient placés en second lieu. Existaient en troisième lieu des patients qui croyaient à la médecine traditionnelle beaucoup plus qu'à la médecine scientifique. Les autres n'étaient pas conscients de la maladie, ou non disponibles pour la consultation. Les difficultés d'accès géographique, l'automédication et la peur des effets secondaires des médicaments n'étaient que des causes secondaires dans notre étude. La position debout, le travail prolongé, l'inconfort pendant le sommeil, le froid, les menstruations, la grossesse ou l'attribution de la maladie à une cause surnaturelle n'étaient que des explications individuelles mais qui avaient, quand même tardé le recours au spécialiste.

Tout ceci nous mène à faire une revue des données de la littérature à propos des facteurs incriminés dans le retard diagnostique afin de mieux les comprendre et donc de tracer une stratégie ayant pour but de raccourcir ce délai.

Irvine et al avaient mené une étude rétrospective sur 198 patients présentant une PR. Il s'agissait d'une étude comparative des délais de consultation du rhumatologue au fil des années :

- < 1986 : 21 mois,
- entre 1987-89 : 23 mois,
- entre 1990-93 : 7 mois,
- entre 1994-97 : 4 mois.

Cela ne pourrait témoigner que sur le changement de la pratique médicale après de grands efforts [36].

Une étude rétrospective a été menée par l'équipe de médecine interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca portant sur 664 cas de PR, le délai diagnostique était en moyenne de 5.31 ans [37].

Elieishi et al [22] avaient trouvé, lors de leur étude, que 65 % des patients étaient des retardataires. La moitié des retardataires avait avoué son ignorance vis-à-vis de sa symptomatologie clinique, soit en restant à ne rien faire (48 %), soit une automédication ou une consultation d'un cheikh pour éliminer l'effet du mauvais œil, soit en cherchant des explications telles le temps froid, l'effet de la climatisation ou le manque de sport. L'autre moitié avait impliqué la responsabilité des médecins premièrement consultés de ne l'avoir pas référée précocement vers le rhumatologue.

L'étude de l'ORSB [23] avait trouvé que la moitié des patients avait déclaré ses premiers symptômes entre 3 et 6 mois, et que le quart des patients les avait déclarés 6 mois ou plus avant la première consultation chez le rhumatologue. Les nouveaux patients attendaient 20 jours entre la prise de rendez-vous chez le rhumatologue et la consultation. Ce délai était significativement différent selon le lieu de la consultation : en moyenne, ils patientaient plus longtemps pour

obtenir une consultation en milieu hospitalier qu'en cabinet libéral (respectivement 41 et 15 jours).

Ibn Yacoub et al (2010) avaient mené une étude transversale à propos de 100 patients atteints de SPA, afin d'évaluer le délai diagnostique. Ce délai était en moyenne de 4.12 ans, sans différence statistiquement significative avec le niveau d'éducation et la profession. Selon notre contexte, ce délai pourrait être expliqué par les difficultés d'accès géographique et les conditions socio-économiques des patients [38].

Junyi Qian et al (2010) avaient mené une étude rétrospective sur un échantillon de 161 patients, nouveaux consultants pour des arthropathies inflammatoires, dont le but était d'évaluer le délai entre la consultation du médecin généraliste référant et la consultation rhumatologique. Ce délai était en moyenne de 34.6 jours pour les pathologies à caractère urgent, et de 41 jours pour les autres pathologies. Tout en éliminant les contraintes de rendez-vous, cela est essentiellement expliqué par le comportement insouciant des patients [39].

Elaudi et al (2010) avaient mené une étude transversale sur une durée d'une année à propos de 272 patients atteints de PR, dont l'objectif était d'évaluer le retard diagnostique de cette maladie. Le délai diagnostique en matière de PR était de 40.5 mois, le retard diagnostique variait significativement avec une première consultation chez le généraliste ou le traumatologue, et avec une première consultation au secteur public [40].

N. Tzaribachev et ses collègues (2009) avaient mené une étude rétrospective sur 15 ans, à propos d'un échantillon de 132 patients présentant une arthrite juvénile idiopathique. La moyenne du délai de consultation était de 90 jours, et il y avait une relation statistiquement significative entre ce délai et deux autres facteurs : d'abord l'accès géographique, les citadins consultaient plus précocement par rapport aux ruraux, en suite, la spécialité du médecin du premier recours, puisque les retardataires étaient essentiellement des patients qui avaient

consulté le médecin généraliste ou le traumatologue, contrairement aux non retardataires qui avaient consulté auprès du rhumatologue pédiatre [41].

Aggarwal et son al (2009) avaient mené une étude à propos de 70 patients atteints de SPA pour évaluer le retard diagnostique de cette maladie. Le délai diagnostique était de 6.9 ans, et les déterminants de ce retard étaient l'âge jeune, l'erreur diagnostique surtout devant les premiers symptômes non spécifiques et l'absence de manifestations extra-articulaires [42].

Sheppard et ses collègues (2008) avaient mené une étude transversale sur un échantillon de 24 patients présentant une PR. La principale raison pour laquelle il y avait un retard de consultation auprès du médecin généraliste était l'ignorance. En fait, quatre grands facteurs influençaient ce retard :

- ✓ l'expérience des symptômes : les patients qui consultaient précocement, avaient présenté une symptomatologie sévère, à début aigu avec un impact important sur la capacité fonctionnelle et les activités quotidiennes, par contre, les retardataires avaient présenté des prétextes comme le manque de temps, ou avaient recours à un traitement traditionnel ou à l'automédication.
- ✓ l'explication des symptômes : le patient consulte une fois il ne trouve pas d'explications pour la persistance de sa symptomatologie. La plupart n'admet pas qu'il s'agit d'un problème de santé, soit qu'elle dénie la maladie, soit qu'elle se contente d'un autre problème de santé.
- ✓ les préconnaissances sur la PR : la majorité, de jeune âge, pensait ne pas avoir la PR vu l'absence d'antécédents familiaux, elle pensait également qu'il s'agissait d'une maladie du sujet âgé.
- ✓ les expériences du patient avec le système de santé : quelques patients préféraient ne pas consulter dans la crainte de faire perdre du temps au médecin généraliste, ne pas prendre un rendez-vous qui sera peut être plus utile à un autre patient. D'autres ne

voulaient pas apparaître comme hypochondriaques ou avaient peur d'effets secondaires de certains médicaments [43].

Sandhu et al (2008) avaient mené une étude rétrospective pendant deux ans à propos de 236 patients rhumatisants. Ils avaient trouvé que 61.7 % des patients avaient consulté le généraliste après 6 semaines des premiers symptômes, tandis que 37.9 % l'avaient consulté après 3 mois. Aussi, 84.5 % des patients avaient consulté le rhumatologue 3 mois après la consultation du généraliste. Ce qui confirme les résultats des autres études [44].

Dincer et al (2008) avaient mené une étude transversale à propos de 111 patients ayant une SPA, dont le but était de déterminer le délai diagnostique : le délai entre les premiers symptômes et la confirmation diagnostique, ainsi que d'évaluer le retard diagnostique et les éventuelles causes responsables. Le délai diagnostique était en moyenne de 6.05 ans, et il y avait une différence statistiquement significative entre le retard diagnostique et la spécialité du médecin du premier recours : le délai était important lorsqu'il s'agissait de médecine générale, de traumatologie-orthopédie, de médecine interne ou de neurochirurgie, alors qu'il était assez précoce lorsqu'il s'agissait d'une consultation auprès d'un rhumatologue [45].

Kumar et al (2007) avaient mené une étude rétrospective pendant deux ans à propos de 169 patients atteints de PR, dont le but était d'évaluer le retard à la consultation rhumatologique. Ils avaient trouvé que 70 % de l'échantillon étaient des retardataires (n'ayant pas vu le rhumatologue qu'après 3 mois depuis les premiers symptômes) et que 30 % étaient non retardataires. Le délai moyen de consultation était de 23 semaines, 57 % des patients avaient tardé aux dépens de la durée entre les deux consultations du généraliste et du rhumatologue. Ce délai ne variait pas significativement avec l'âge et le sexe [46].

Feldman et al (2007) avaient mené une étude à propos de 10001 patients atteints de PR, étant diagnostiqués par les généralistes. Seulement 27.3 % des patients avaient consulté le rhumatologue entre les 2.5 et 3.5 ans après leur consultation du généraliste. Les raisons pour

cette consultation étaient : le sexe féminin, l'âge jeune, le niveau socio-économique élevé et la comorbidité [47].

Palm et al (2005) avaient mené une étude prospective sur une durée d'une année à propos de patients présentant une PR, le délai de consultation auprès du rhumatologue était de 16 semaines. Une différence statistiquement significative entre le délai de consultation et le sexe a été retrouvée, les femmes étaient référées plus tardivement que les hommes, et cela est aux dépens du délai entre la consultation du médecin généraliste et celle du rhumatologue. Ceci peut être expliqué par la différence de comportement entre les deux sexes, vu que les femmes généralement, consultent le médecin généraliste pour des problèmes banaux et se contentent d'un traitement symptomatique [48].

Le retard diagnostique de la SPA est estimé actuellement aux alentours de 5-7 ans. Sieper et al (2005) avaient expliqué le retard diagnostique en matière de la SPA par deux raisons: premièrement, les symptômes cliniques d'une SPA débutante ne sont pas spécifiques, deuxièmement, la sacro-iliite radiologique, considérée parmi les critères diagnostiques majeurs, n'est mise en évidence qu'après plusieurs années d'évolution. Ils avaient également défendu les médecins généralistes et leur avaient proposé des recommandations pour une référence précoce des patients suspects de SPA : tout patient, dont l'âge est inférieur à 45 ans et présentant des rachialgies inflammatoires chroniques dépassant les trois mois, est suspecté d'une SPA et doit être orienté vers le rhumatologue le plus tôt possible pour une prise en charge spécialisée précoce [49].

La cohorte ESPOIR avait inclus, entre 2003 et 2005, 813 personnes consultant pour une polyarthrite récente. L'objectif était d'étudier le délai de prise en charge en rhumatologie des polyarthrites débutantes en France, ainsi que ses déterminants. Soit le délai de prise en charge rhumatologique, le nombre de jours entre la date d'apparition du 1<sup>er</sup> symptôme fixe attribuable au rhumatisme et la date de la première consultation en rhumatologie. Le délai moyen pour consulter un généraliste était de  $26 \pm 41$  jours et pour un rhumatologue de  $76 \pm 77$  jours. Les

facteurs associés à un délai court étaient: la région d'habitation, un handicap important, le mode de début explosif ou subaigu, le caractère fixe des atteintes, un accès direct au rhumatologue [50].

Lard et al (2001) avaient mené une étude à propos de 224 patients présentant une PR. Ils avaient trouvé une différence statistiquement significative entre le délai de consultation du rhumatologue et le sexe. Le retard porte essentiellement sur le délai entre la consultation du médecin généraliste et celle du rhumatologue, surtout chez les femmes [51].

Hernández-García et al (2000) avaient mené une étude à propos de 527 patients atteints de PR afin de déterminer les causes responsables du retard diagnostique de la PR. Le délai de consultation auprès du rhumatologue était en moyenne de 17 mois, et variait significativement avec le statut matrimonial, le soutien familial, le niveau d'instruction, l'âge de début des symptômes, la tuméfaction articulaire et la capacité fonctionnelle des patients [52].

En conclusion, le retard diagnostique en rhumatologie est un problème qui concerne tout le monde. Il influence la prise en charge thérapeutique ainsi que le pronostic de la maladie. On aura encore bien des défis à relever dans les années à venir, et on devrait agir tous pour réduire ce retard.

### **III. RECOMMANDATIONS :**

On disait que le rhumatisme commence quand le malade souffre. De nos jours, ce langage n'est plus de mise. Le praticien n'attend plus que le patient se plaigne pour commencer à prévenir et traiter. Ainsi dépiste-t-on l'ostéoporose avant qu'elle ne se manifeste, prévient-on l'arthrose autant que faire ce peut ; enfin le rhumatologue s'attache-t-il à lutter de façon préventive contre la douleur. La rhumatologie est donc une spécialité en pleine évolution. Désormais, le rhumatologue dépiste, prévient. Ceci nécessite de sa part une formation médicale

continue de qualité certes, mais aussi un souci de communiquer ce progrès auprès de ses patients comme de ses confrères. Formation et information font désormais partie intégrante de la spécialité [53]. Aussi, l'éducation est maintenant reconnue comme un des éléments les plus importants à prendre en compte dans la prise en charge des patients souffrant d'affections chroniques [54].

Sur le plan national, plusieurs recommandations seraient assez bénéfiques si on tient à les réaliser :

- ❖ Augmenter les postes alloués à la spécialité de la rhumatologie.
- ❖ Créer des services de rhumatologie dans les différentes régions du royaume, afin de rendre les soins plus accessibles à la population.
- ❖ Programmer des campagnes de sensibilisation et d'information de la population, par exemple, afin d'aider le patient dans l'apprentissage de sa maladie, des brochures d'information doivent être réalisées par les différents professionnels de santé. La publication dans les journaux nationaux (au niveau de la rubrique santé) de thèmes rhumatologiques serait d'une grande aide.
- ❖ Assurer une formation continue pour les médecins généralistes afin d'actualiser leurs connaissances sur la prise en charge des pathologies rhumatismales.
- ❖ Organiser des campagnes médicales de dépistage des pathologies rhumatismales chez les populations ayant des contraintes matérielles ou géographiques pour accéder aux soins dans les grands hôpitaux.

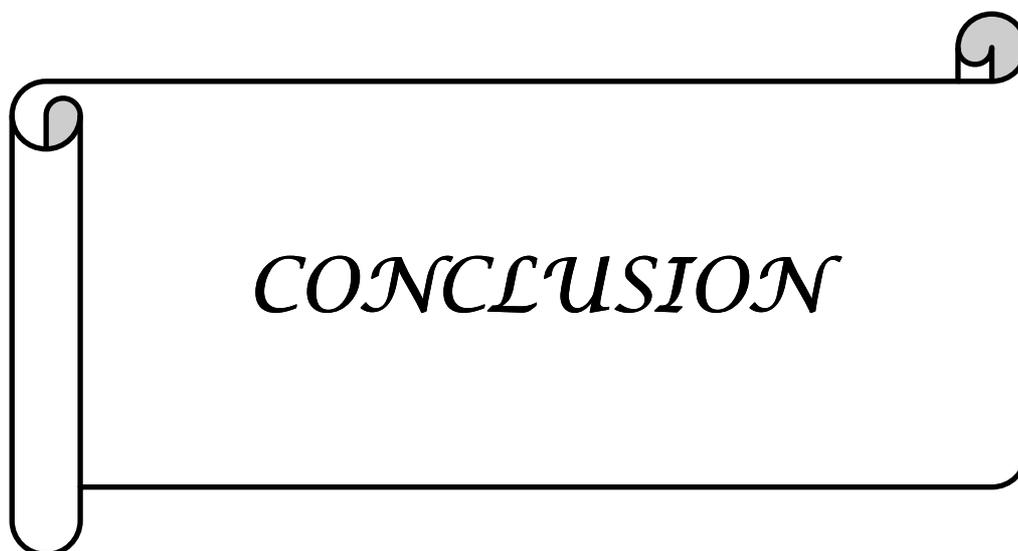
Des efforts sont encore nécessaires afin d'organiser le système de santé, former et sensibiliser les professionnels de santé, faire participer activement les malades et les associations de malades et disposer de moyens financiers pour mettre en œuvre ces programmes de prise en charge.

#### **IV. FORCES ET LIMITES DU TRAVAIL :**

Les forces de notre travail sont représentées par :

- Son originalité, vu qu'il n'existe pas d'études similaires réalisées au Maroc.
- Il s'agit d'une étude populationnelle, effectuée auprès d'une population générale de tout âge et toute origine sociale, sur l'ensemble des deux départements aussi bien urbain que rural.
- La taille importante de l'échantillon, assez représentatif de la population de Marrakech.

Ce travail présente un certain nombre de limites dont nous sommes conscients, et qui méritent d'être soulignées. D'abord, l'échantillon sur lequel il porte n'est pas randomisé. Il s'agit d'un échantillon accidentel. La seconde limite est la durée limitée à 6 mois. Une troisième limite est en rapport avec la méthode d'interview en face à face où les participants risquent de se montrer plus méfiants et moins francs.



Notre étude est l'une des rares études transversales ayant évalué le retard à la consultation rhumatologique dans une population générale représentant toutes les tranches d'âge.

Ses résultats montrent un retard chez la majorité des patients rhumatisants de la ville de Marrakech et de sa région, avec une répercussion sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Les déterminants de ce retard sont étroitement liés à la situation socio-économique et l'ignorance des patients, sans écarter la responsabilité primordiale du médecin généraliste dans l'orientation dans la chaîne de soins.

Face à cette situation s'impose une démarche préventive basée sur :

- La sensibilisation aux conséquences potentiellement graves du retard à la consultation ainsi qu'aux avantages d'une prise en charge précoce.
- Et sur des interventions sur le système de santé y compris la formation de qualité des médecins généralistes et la gratuité des soins.



## Résumé

Les pathologies rhumatismales représentent un problème de santé publique. Tout retard à la consultation rhumatologique peut influencer négativement leur diagnostic, traitement et pronostic. Le but de cette étude est de déterminer les raisons pour lesquelles le patient rhumatisant tarde sa consultation spécialisée auprès du rhumatologue. Nous avons réalisé une étude transversale sur 1000 patients rhumatisants colligés au niveau des consultations de rhumatologie publique et privée de la région de Marrakech. L'âge moyen des patients était de 49 ans avec une prédominance féminine. La plupart des patients étaient citadins, n'avaient aucun niveau d'instruction, sans profession et sans couverture sanitaire. La symptomatologie clinique des nouveaux patients était dominée par la douleur, principal motif de consultation. L'arthrose était le chef de fil des pathologies des anciens malades. Les patients avaient opté pour d'autres modes de traitements avant de s'adresser au rhumatologue : un traitement traditionnel, la phytothérapie, ou le recours à la médecine moderne. La majorité des patients (71 %) était retardataire à la consultation en rhumatologie, et avait expliqué son retard par la négligence des médecins consultés en premier lieu, ainsi que la pauvreté. L'ignorance de la spécialité et les problèmes de rendez-vous étaient placés en second lieu. En troisième lieu, existent des patients qui croyaient à la médecine traditionnelle beaucoup plus qu'à la médecine scientifique. Les autres n'étaient pas conscients de la maladie, ou non disponibles pour la consultation. Plusieurs facteurs influencent le retard à la consultation spécialisée, reste à faire de grands efforts pour diminuer ce retard.

**Mots-clés** Retard – Consultation – Maladies rhumatismales – Déterminants.

## **Abstract**

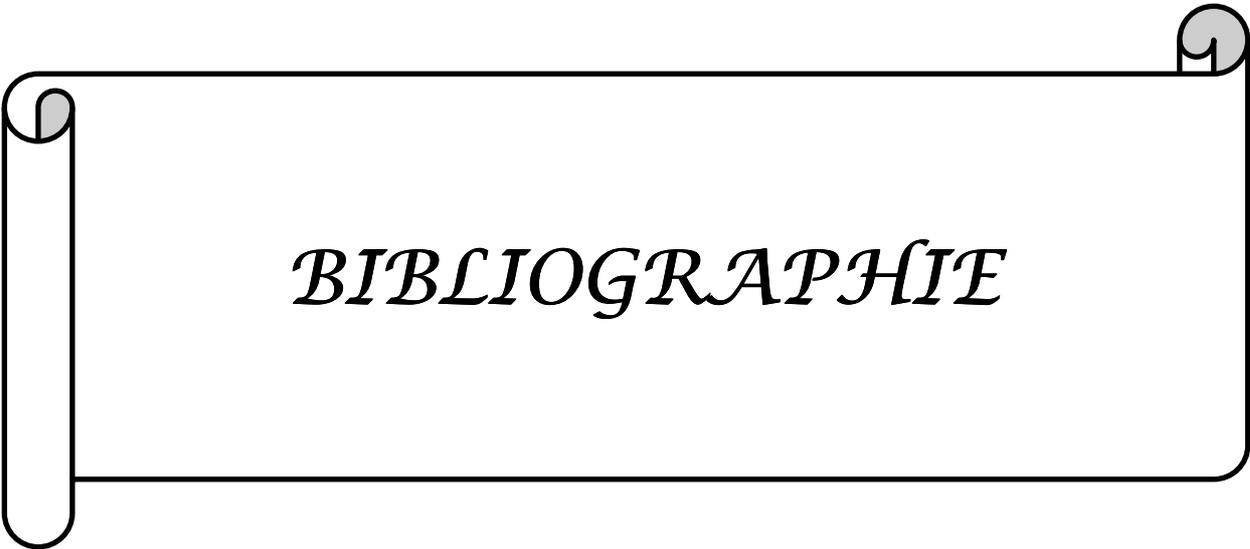
The rheumatic diseases represent a public health problem. Any delay in rheumatology consultation may negatively influence their diagnosis, treatment and prognosis. The purpose of this study is to determine the reasons for the delayed rheumatic patient's consultation with the rheumatologist. We conducted a cross-sectional study of 1000 rheumatic patients gathered at the public and private rheumatology consultations in the region of Marrakech. The average patient age was 49 years with female predominance. Most patients were city dwellers, had no education, unemployed and without health mutual. The clinical symptoms of new patients were dominated by pain, the main reason for consultation. Osteoarthritis was the chief of pathology over the former patients. Patients were chosen for other modes of treatment before turning to the rheumatologist: a traditional treatment, herbal remedies, or recourse to modern medicine. Most patients (71 %) was the laggard in rheumatology consultation, and explained the delay by the negligence of doctors consulted first, and poverty. Ignorance of the specialty and the problems of appointment were placed second. Thirdly, there are patients who believed in traditional medicine much more than scientific medicine. Others were not aware of the disease, or unavailable for viewing. Several factors influence the delay to specialist consultation, have yet to make great efforts to reduce this delay.

**Key words** Delay – Consultation – Rheumatic diseases – Determinants.

## ملخص

تمثل أمراض الرثية مشكلة صحية عامة. ويمكن لأي تأخر في زيارة الطبيب المختص أن يؤثر سلبا على تشخيص وعلاج هذه الأمراض. والهدف من هذه الدراسة هو تحديد الأسباب المسؤولة عن هذا التأخر. لقد قمنا بأجراء دراسة مستعرضة حول 1000 مريض رثية تمت محاورتهم خلال زيارتهم للطبيب المختص بالقطاعين العام والخاص بجهة مراكش. كان متوسط عمر المرضى هو 49 عاما مع غلبة الإناث. وكان معظم المرضى من سكان المدينة، أميين، عاطلين عن العمل وبدون تغطية صحية. ولقد كان الألم على رأس الأعراض السريرية للمرضى الجدد و كانت خشونة المفاصل على رأس أمراض الرثية. وقد اختار المرضى قبل زيارتهم للطبيب المختص وسائل أخرى للعلاج : العلاج التقليدي ، العلاج بالأعشاب ، أو اللجوء إلى الطب الحديث. وكان معظم المرضى (71 %) متأخرين عن الزيارة الاختصاصية، وقاموا بتفسير هذا التأخر بإهمال الأطباء الذين تمت زيارتهم أولا وبالفقر ثم بالجهل ومشكل تأخير المواعيد. كانت هناك أسباب أخرى مثل تفضيل الطب التقليدي أو عدم إدراك المرض، أو عدم التوفر على الوقت . إذن هناك عدة عوامل تؤثر على تأخر زيارة الطبيب المختص ، وعلينا ببذل جهود كبيرة للحد من هذا التأخر.

**الكلمات الأساسية** : تأخر- زيارة الطبيب - أمراض الرثية - أسباب.



# ***BIBLIOGRAPHIE***

1. **Société Française de Rhumatologie (SFR).**  
Qu'est ce que la rhumatologie ?  
Disponible sur : <http://www.rhumatologie.asso.fr/04-Rhumatismes/qu-est-ce-que-la-rhumato/0A-demandez-programme.asp?intSM=SM8&strLien=Lien98>, consulté le 23 Août 2010.
2. **Duquesnoy B, Sichère P.**  
SFR, Livre Blanc, Champs d'activité de la rhumatologie-l'originalité française.  
Disponible sur : <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-Bibliotheque/Livre-Blanc/A1-Champ-activite-2003.asp>, consulté le 06 Décembre 2010.
3. **Combe B.**  
Diagnostic et pronostic de la polyarthrite rhumatoïde.  
Disponible sur : [http://www.rhumatologie.asso.fr/04-Rhumatismes/stop-rhumatismes/pdf-upload/GP\\_polyarthrite\\_rhumatoide\\_2.pdf](http://www.rhumatologie.asso.fr/04-Rhumatismes/stop-rhumatismes/pdf-upload/GP_polyarthrite_rhumatoide_2.pdf), consulté le 29 Décembre 2010.
4. **Congrès SFR.**  
Polyarthrite rhumatoïde : une affection grave et méconnue dont la prise en charge ne cesse de s'améliorer.  
Disponible sur : [http://www.bvconseil.com/wp-content/uploads/2009/11/dp-conference-polyarthrite-rhumatoide-301109-sfr\\_wyeth.pdf](http://www.bvconseil.com/wp-content/uploads/2009/11/dp-conference-polyarthrite-rhumatoide-301109-sfr_wyeth.pdf), consulté le 29 Septembre 2010.
5. **Pham T.**  
Comment intégrer l'imagerie moderne dans le diagnostic précoce et le suivi de la polyarthrite rhumatoïde ?  
Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Journal de Radiologie 2010; 91(1-C2):120-5.
6. **Société marocaine de rhumatologie (SMR).**  
Histoire de la Rhumatologie.  
Disponible sur : <http://www.smr.ma/espace-grand-public/petite-histoire-de-la-rhumatologie.html>, consulté le 06 Janvier 2011.
7. **Bahiri R.**  
SMR, La polyarthrite rhumatoïde.  
Disponible sur : <http://www.smr.ma/espace-grand-public/les-grandes-maladies/83-la-polyarthrite-rhumatoide.html>, consulté le 19 Novembre 2010.
8. **Pulsations 2009.**  
Notre but est l'amélioration de la qualité de vie.

Disponible sur :

[http://www.hugge.ch/\\_library/pdf/Actualite\\_sante/pulsations\\_nov\\_2009.pdf](http://www.hugge.ch/_library/pdf/Actualite_sante/pulsations_nov_2009.pdf), consulté le 06 Janvier 2011.

**9. Emile C.**

Les nouveaux outils pour diagnostiquer et prendre en charge la polyarthrite rhumatoïde.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Option Bio 2006; 2006 (369): 17-8.

**10. Dubucquoi S, Fily-Nalewajk S.**

Prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde en 2008: la biologie peut-elle répondre aux attentes des cliniciens ?

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Revue francophone des laboratoires 2008; 38 (404): 51-7.

**11. Kemta Lekpa F, Lenczner G, Farrenq V, Claudepierre P.**

Comment intégrer l'imagerie moderne dans le diagnostic précoce et le suivi de la spondylarthrite ankylosante ?

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Journal de Radiologie 2010; 91(1-C2):162-72.

**12. Fautrel B.**

SFR, Livre Blanc, Environnement socio-économique et rhumatologie.

Disponible sur : <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-Bibliotheque/Livre-Blanc/C4-Cout-douleur.asp>, consulté le 06 Décembre 2010.

**13. Euller-Ziegler L, Bieganowski G.**

Arthrose, handicap, voyages et loisirs.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. La Presse Médicale 2004; 33(9-C2):19-20.

**14. Le Loët X, Goëb V, Lequerré T.**

Polyarthrite rhumatoïde.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. AKOS-Traité de Médecine, 7-0500, 2006.

**15. Kobelt G, Woronoff S, Peeters P, Richard B, Le Halpert L, Sany J.**

Coûts, qualité de vie et sévérité de la maladie chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde en France.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2008; 56 (S2):100.

**16. Rkain H, Allali F, Jroundi I, Hajjaj-Hassouni N.**

Socioeconomic impact of rheumatoid arthritis in Morocco.

Joint Bone Spine 2006; 73 (3): 278–83.

**17. Arrab R.**

Etude de la qualité de vie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.  
Thèse Doctorat Médecine, Marrakech; 2007, n° 68.

**18. Rkain H, Allali F, Bentalha A, Lazrak N, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N.**

Socioeconomic impact of ankylosing spondylitis in Morocco.  
Clin Rheumatol 2007; 26 (12): 2081–8.

**19. Ibn Yacoub Y, Amine B, Laatiris A, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N.**

Health-related quality of life in Moroccan patients with ankylosing spondylitis.  
Clin Rheumatol 2010 (In Press).

**20. Guy-Coichard C, Rostaing-Rigattieri S, Doubrère J, Boureau F.**

Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique.  
Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-008-A-05, 2007.

**21. Beylot G.**

Douleurs et rhumatismes.  
Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Actualités pharmaceutiques 2007; 2007 (462):43–6.

**22. Eleishi H, Allison B.**

Rheumatological medicine literacy among Middle Eastern populations.  
Int J Rheum Dis 2009; 12(4): 336–42.

**23. SFR, Livre Blanc.**

Résultats des enquêtes réalisées par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne-La consultation rhumatologique et le profil des malades hospitalisés.  
Disponible sur : <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-Bibliotheque/Livre-Blanc/E2-consultation.asp>, consulté le 21 Novembre 2010.

**24. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES).**

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006.  
Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1701.pdf>, consulté le 04 Décembre 2010.

**25. IRDES.**

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2008.  
Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>,

consulté le 04 Décembre 2010.

**26. World Health Organization.**

Global Health Observatory, World Health Statistics.

Disponible sur : <http://www.who.int>, consulté le 13 Novembre 2010.

**27. Crouzet J.**

Principales affections abarticulaires observées en rhumatologie.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. AKOS–Traité de Médecine, 7–0750,1998.

**28. Tarbi M.**

Traitement traditionnel en traumatologie orthopédie: aspect socio-économique.

Thèse Doctorat Médecine, Marrakech; 2006, n° 2.

**29. IRDES.**

Enquête sur la santé et la protection sociale, France 1996.

Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1204.pdf>,  
consulté le 30 Novembre 2010.

**30. Maurin S.**

Pourquoi a-t-on encore recours aux guérisseurs à l'heure actuelle ?

Thèse Doctorat Médecine, Lyon Sud; 2006.

**31. Boufarissi F.**

L'intérêt de la saignée par ventouse dans le traitement de l'aphtose réfractaire de la  
maladie de Behçet.

Thèse Doctorat Médecine, Marrakech; 2009, n° 46.

**32. Aniber M.**

Place des médecine alternatives en pratique clinique : Acupuncture et cuppingthérapie.

Thèse Doctorat Médecine, Marrakech; 2008, n° 100.

**33. Delcambre B, Palmer M, Forestier R.**

SFR, Livre Blanc, Thermalisme et rhumatologie.

Disponible sur : <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-Bibliotheque/Livre-Blanc/C5-thermalisme.asp>, consulté le 06 Décembre 2010.

**34. Larrey D.**

Plantes médicinales : intérêt thérapeutique et risque d'hépatotoxicité.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Hépatologie, 7–015–P–15, 2001.

35. **Nell VP, Machold KP, Eberl G, Stamm TA, Uffmann M, Smolen JS.**  
Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis.  
Rheumatology 2004; 43(7): 906-14.
36. **Irvine S, Munro R, Porter D.**  
Early referral, diagnosis, and treatment of rheumatoid arthritis: evidence for changing medical practice.  
Ann Rheum Dis 1999; 58(8): 510-3.
37. **Alaoui F, Moudatir M, Al Haloui H, Aidylh M, Bettal S, Benamour S.**  
Aspects évolutifs de la polyarthrite rhumatoïde au Maroc (étude de 664 cas).  
Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. Rev Med Interne 2002; 23(2): 651s.
38. **Ibn Yacoub Y, Amine B, Laatiris A, Bensabbah R, Hajjaj-Hassouni N.**  
Relationship between diagnosis delay and disease features in Moroccan patients with ankylosing spondylitis.  
Rheumatol Int 2010 (In Press).
39. **Qian J, Feldman E, Bissonauth A, Ménard H, Panopalis P, Stein M et al.**  
A retrospective review of rheumatology referral wait times within a health centre in Quebec, Canada.  
Rheumatol Int 2010; 30 (5): 705-7.
40. **Rodríguez-Polanco E, Al Snih S, Kuo Y, Millán A, Rodríguez M.**  
Lag time between onset of symptoms and diagnosis in Venezuelan patients with rheumatoid arthritis.  
Rheumatol Int 2010 (In Press).
41. **Tzaribachev N, Benseler S, Tyrrell P, Meyer A, Kuemmerle-deschner J.**  
Predictors of delayed referral to a pediatric rheumatology center.  
Arthritis Rheum 2009; 61(10):1367-72.
42. **Aggarwal R, Malaviya AN.**  
Diagnosis delay in patients with ankylosing spondylitis: factors and outcomes, an Indian perspective.  
Clin Rheumatol 2009; 28(3): 327-31.
43. **Sheppard J, Kumar K, Buckley C, Shaw K, Raza K.**  
'I just thought it was normal aches and pains': a qualitative study of decision-making processes in patients with early rheumatoid arthritis.

- Rheumatology 2008; 47(10): 1577–82.
44. **Sandhu RS, Treharne GJ, Justice EA, Jordan AC, Saravana S, Obrenovic K et al.**  
Comment on: Delay in presentation to primary care physicians is the main reason why patients with rheumatoid arthritis are seen late by rheumatologists.  
Rheumatology 2008; 47(4): 559–60.
  45. **Dincer U, Cakar E, Zeki Kiralp M, Dursun H.**  
Diagnosis delay in patients with ankylosing spondylitis: possible reasons and proposals for new diagnostic criteria.  
Clin Rheumatol 2008; 27(4): 457–62.
  46. **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.  
Rheumatology 2007; 46(9): 1438–40.
  47. **Feldman DE, Bernatsky S, Haggerty J, Leffondré K, Tousignant P, Roy Y et al.**  
Delay in consultation with specialists for persons with suspected new-onset rheumatoid arthritis: a population-based study.  
Arthritis Rheum 2007; 57(8): 1419–25.
  48. **Palm O, E Purinszky E.**  
Women with early rheumatoid arthritis are referred later than men.  
Ann Rheum Dis 2005; 64(8):1227–8.
  49. **Sieper J, Rudwaleit M.**  
Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care.  
Ann Rheum Dis 2005; 64(5): 659–63.
  50. **Fautrel B, Benhamou M, Foltz V, Rincheval N, Rat AC, Combe B et al.**  
Early referral to the rheumatologist for early arthritis patients: evidence for suboptimal care. Results from the ESPOIR cohort.  
Rheumatology 2010; 49(1):147–55.
  51. **Lard LR, Huizinga TW, Hazes JM, Vliet Vlieland TP.**  
Delayed referral of female patients with rheumatoid arthritis.  
J Rheumatol 2001; 28(10): 2190–2.
  52. **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 2000; 27(10): 2323-8.

**53. Duquesnoy B, Sichère P.**

SFR, Livre Blanc, Dépistage, prévention, formation, information.

Disponible sur : <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-Bibliotheque/Livre-Blanc/A1-Champ-activite-2003.asp>, consulté le 06 Décembre 2010.

**54. Dougados M.**

La rhumatologie, perspectives d'évolution.

Encycl. Méd. Chir. Elsevier, Paris. La Presse Médicale 2004; 33(200):111-4.



## Annexe 1

### Unité de Rhumatologie

### Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI

### de Marrakech

Dans le but d'améliorer la qualité des soins et de la prise en charge des patients, nous menons une enquête auprès des malades consultants chez les rhumatologues pour pouvoir connaître les raisons responsables du retard diagnostique.

Nous vous remercions vivement de bien vouloir participer à notre enquête. Votre participation sera de façon anonyme et confidentielle et sera pour nous d'une grande utilité.

- **Age :**
- **Sexe :** F  M
- **Résidence :** Rurale  Urbaine
- **Niveau de scolarité :**
  - Analphabète
  - Primaire
  - Secondaire
  - Universitaire
- **Profession :**
  - Sans
  - Etudiant
  - Fonctionnaire
  - Retraité
  - Libéral
- **Mutualiste :** Oui  Non
- **Secteur de Consultation :** Privé  Public

Le retard au diagnostic et au traitement du patient rhumatisant : quels déterminants ?  
Enquête transversale aux secteurs public et privé à Marrakech

---

▪ **Motifs de consultation :**

❖ **Douleur :**

- ✓  Articulaire :  Hanche  Cheville  Epaulle  Gonalgies
- Polyarthralgies  Autres organes :
- ✓  Osseuse :  Talalgies  Autres organes :
- ✓  Rachidienne :  Rachialgies  Cervicalgies
- Dorsalgies  Lombalgies
- ✓  Musculaire :  Fessalgies  Myalgies
- ✓  Névralgie radiculaire :  NCB  Sciatalgies

❖ **Craquement articulaire :**  Si Oui, quel organe :

❖ **Tuméfaction articulaire :**  Si Oui, quel organe :

❖ **Déformation osseuse :**

Rachidienne : Scoliose  Autre Os :

❖ **Paresthésies :**

❖ **Tendinopathie :**  Précisions :

❖ **Suivi pour une pathologie connue :**

PR  SPA  GS

LEAD  DPM  Goutte

Ostéoporose  Ostéomalacie

Arthrose  Organe concerné :

▪ **Date du premier signe :**

▪ **Traitements avant cette consultation :**

❖ **Traditionnel :**

- |               |                          |           |                          |
|---------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Points de feu | <input type="checkbox"/> | Saignée   | <input type="checkbox"/> |
| Jebbar        | <input type="checkbox"/> | MoulFouta | <input type="checkbox"/> |
| Cure thermale | <input type="checkbox"/> | Marzouga  | <input type="checkbox"/> |
| Autres :      |                          |           |                          |

❖ **Utilisation de Plantes :**      Oui       Non

Si Oui, Lesquelles :

- |                    |                          |      |                          |           |                          |          |                          |
|--------------------|--------------------------|------|--------------------------|-----------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Miel               | <input type="checkbox"/> | Smen | <input type="checkbox"/> | ail       | <input type="checkbox"/> | Fenugrec | <input type="checkbox"/> |
| Graines de nigelle | <input type="checkbox"/> |      |                          | Thym      | <input type="checkbox"/> | Lavande  | <input type="checkbox"/> |
| Harmel             | <input type="checkbox"/> |      |                          | Rashanout | <input type="checkbox"/> | Autres : |                          |

❖ **Consultation médicale :**

- |               |                          |                          |                          |                          |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Secteur:      | Public                   | <input type="checkbox"/> | Privé                    | <input type="checkbox"/> |
| Chez :        | Généraliste              | <input type="checkbox"/> | Spécialiste              | <input type="checkbox"/> |
| Spécialité :  |                          |                          |                          |                          |
| Neurologue    | <input type="checkbox"/> | Neurochirurgien          | <input type="checkbox"/> |                          |
| Traumatologue | <input type="checkbox"/> | Autres :                 |                          |                          |

▪ **Date de consultation chez le rhumatologue :**

▪ **Délai entre le premier symptôme et la première consultation en Rhumatologie :**

▪ **Est-ce qu'il y a un Retard :**      Oui       Non

▪ **Adressé par :**

- |                    |               |                          |                 |                          |
|--------------------|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| ❖ <b>Medecin :</b> | Généraliste   | <input type="checkbox"/> | Spécialiste     | <input type="checkbox"/> |
| Si Spécialiste :   | Neurologue    | <input type="checkbox"/> | Neurochirurgien | <input type="checkbox"/> |
|                    | Traumatologue | <input type="checkbox"/> | Autres :        |                          |

❖ **Personnel de Santé**

❖ **Patient de l'entourage**

❖ **Employé à la pharmacie de voisine**

❖ **Soi - même**

▪ **En cas de retard de consultation (chez le rhumatologue), ce retard est du :**

- Faute de moyens
- Le médecin traitant ne me l'a pas conseillé
- Je ne savais pas de l'existence de la rhumatologie
- Le symptôme que j'ai est incurable par la médecine
- Le rendez-vous de consultation s'étend sur des mois
- Difficulté d'accès géographique
- Tolérance
- Laisser - aller : la non connaissance de la maladie
- Automédication
- Peur des effets secondaires des médicaments
- Non disponibilité : Temps
- La fluctuance de la symptomatologie
- Autres :

**Merci pour votre collaboration**



اقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا، فِي كُلِّ الظُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ بَادِلًا وَسَعِي.

فِي اسْتِنْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَادِلًا رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،

لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، أَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ.

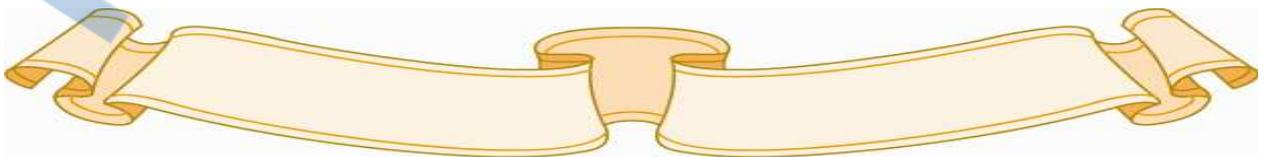
وَأَنْ أَوْقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأَعْلَمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلاَنِيَّتِي ، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ

وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ.





# جامعة القاضي عياض كلية الطب و الصيدلة مراكش

أطروحة رقم 15

سنة 2011

## ما هي الأسباب المسؤولة عن التأخر في تشخيص وعلاج مريض الرثية؟ بحث مستعرض بالقطاعين العام والخاص بمراكش

### الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم .../.../2011

### من طرف

### الآنسة هند الشرقاوي

المزداة في 08 يناير 1985 بمراكش

### لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

### الكلمات الأساسية:

تأخر - زيارة الطبيب - أمراض الرثية - أسباب.

### اللجنة

الرئيس	السيد م. لطيفي
	أستاذ في جراحة العظام والمفاصل
المشرف	السيدة س. الحسني
	أستاذة في أمراض العظام والمفاصل
الحكام	السيدة ل. السعدوني
	أستاذة مبرزة في الطب الباطني
	السيد ر. نعمان
	أستاذ في أمراض العظام والمفاصل
	السيد ح. سعدي
	أستاذ مبرز في جراحة العظام والمفاصل