

Thèse d'exercice



Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le **4 octobre 2018**

Par Marine Pugibet

Née le 30 septembre 1990 à Toulouse

Médecines alternatives et complémentaires, adhésion thérapeutique et état de santé des patients atteints de Polyarthrite Rhumatoïde : Étude multicentrique sur 519 patients.

Thèse dirigée par le Professeur Pascale Vergne-Salle

Examinateurs :

M. le Professeur Philippe Bertin

Président

Mme. le Professeur Pascale Vergne-Salle

Directeur

M. le Docteur Grégoire Lambert de Cursay

Juge

M. le Docteur Pierre Jesus

Juge



Thèse d'exercice



Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 4 octobre 2018

Par Marine Pugibet

Née le 30 septembre 1990 à Toulouse

Médecines alternatives et complémentaires, adhésion thérapeutique et état de santé des patients atteints de Polyarthrite Rhumatoïde : Étude multicentrique sur 519 patients.

Thèse dirigée par le Professeur Pascale Vergne-Salle

Examinateurs :

M. le Professeur Philippe Bertin

Président

Mme. le Professeur Pascale Vergne-Salle

Directeur

M. le Docteur Grégoire Lambert de Cursay

Juge

M. le Docteur Pierre Jesus

Juge



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 1^{er} septembre 2017

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
(Retraite au 31-07-2018)

DURAND Karine BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre NUTRITION

LE GUYADER Alexandre CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MURAT Jean-Benjamin PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

QUELVEN-BERTIN Isabelle BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

RIZZO David HEMATOLOGIE

TCHALLA Achille GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

TERRO Faraj BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	(Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)
DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique	(du 1 ^{er} septembre 2016 au 12 janvier 2018)
PREVOST Martine	(du 1 ^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1 ^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)
LAUCHET Nadège	(du 1 ^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 1 ^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01.09.2017 au 31.08.2019
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2016 au 31.08.2018
BONNAUD François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DENIS François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
GAINANT Alain	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MOULIES Dominique	du 01.09.2015 au 31.08.2018
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2014 au 31.08.2018
VIROT Patrice	du 01.09.2016 au 31.08.2018

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2017

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BASTIEN Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHARPENTIER Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAUTHIER François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LARRADET Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE (Démission à compter du 1 ^{er} janvier 2018)
LEGGRAS Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BIDAUT-GARNIER Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUKEFFA Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)

CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
CROSSE Julien	PEDIATRIE
DANTHU Clément	NEPHROLOGIE
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
DUSSAULT-JARLAN Lucile	CARDIOLOGIE
EVRAUD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GORDIENCO Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACHATRE Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LATHIERE Thomas	OPHTALMOLOGIE
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
LEPETIT Hugo	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
RAMIN Lionel	ORL
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
ROUSSELLET Olivier	NEUROLOGIE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE (Démission à compter du 23 décembre 2017)
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
TAÏBI Abdelkader	ANATOMIE
USSEGLIO-GROSSO Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
VAYSSE VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
VITAL Pauline	MEDECINE INTERNE B
VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

DOIN Corinne

RUDELLE Karen

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE (du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)
--------------------------	---

CROS Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)

LERAT Justine

O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et

TRAUMATOLOGIQUE

(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

A « Mamie de Mazères »,

A « Tantine »,

A Pivoine, grand-mère que je n'ai jamais connue,

A toutes ces femmes de la famille qui ont été nos modèles.

Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver

Pierre Dac

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe Bertin,

Chef de Service de Rhumatologie du CHU de Limoges,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de m'avoir épaulée tout au long de l'internat et plus particulièrement ces derniers mois. Votre soutien m'a été d'une aide précieuse.

Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A Madame Le Professeur Pascale Vergne-Salle,

Service de Rhumatologie, CHU de Limoges,

Veuillez trouver ici mes vifs remerciements pour votre disponibilité, votre soutien et vos encouragements. Ces derniers mois n'ont pas été faciles ! Merci de m'avoir accompagnée tout au long de l'internat et de m'avoir enseigné, comme vous l'avez fait, la Rhumatologie.

A Monsieur le Docteur Grégoire Lambert de Cursay,

Service de Rhumatologie – MIRMIT CH de Brive-la-Gaillarde,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Votre rencontre a été un élément clé dans ma formation et votre présence dans mon jury de thèse était une évidence pour moi.

En espérant travailler à nouveau à vos côtés, je vous prie de trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Pierre Jesus

Service de Nutrition, CHU de Limoges,

Je vous remercie de m'avoir guidée dans la conception de ce travail et de me faire l'honneur de siéger à mon jury.

Je vous adresse toute ma gratitude pour votre gentillesse attentive et votre disponibilité de ces derniers mois.

A l'équipe de Rhumatologie du CHU de Limoges,

Aux Infirmières et infirmiers, aides soignant(e)s et ASH du service, qui sont un peu ma deuxième famille, qui m'ont soutenue dans des moments difficiles, qui ont toujours été réconfortants et rassurants, et avec qui travailler est un bonheur, j'adresse, du fond du cœur, un grand merci.

Au Dr Isabelle Negrer et au Dr Marie-Jeanne Tricard qui m'ont été d'une aide précieuse dans la réalisation de cette thèse, j'adresse ici tout mon respect et mes remerciements.

Aux Docteurs Christine Bonnet, Adeline Descamps-Deplas, Carine Dufauret-Lombard, Anaïs Depouilly-Lachâtre, qui m'ont accompagnée tout au long de mon internat, je présente mes remerciements pour leur patience, leur douceur, leur soutien et pour tout ce qu'elles m'ont enseigné.

Au Dr Wood et au Dr Martine-Fabre, j'adresse des remerciements pour leurs conseils avisés, et pour les moments de détente, que j'ai beaucoup appréciés, passés ensemble hors du cadre professionnel.

A mes co-internes,

Kathy, ma « Twins », avec qui j'ai traversé toutes les étapes de cet internat, les joies et les épreuves que nous avons partagées et que nous n'oublierons jamais,

Julie, Claire, Nicolas, Mamad, Lilian, Ismail, Lucie, Arthur, Meryll, grâce à qui l'ambiance dans le service a toujours été géniale,

Paul, Simon, Marine et Pierre-Antoine avec qui j'ai partagé un semestre inoubliable à Saint-Junien,

Merci d'être comme vous êtes : drôles, gentils et prévenants.

A l'équipe de Rhumatologie du CH de Brive la Gaillarde,

avec qui j'ai vécu six mois que je ne pourrai oublier, merci pour votre accueil chaleureux, pour votre spontanéité et l'ambiance familiale que vous instaurez dans l'équipe.

Au Dr Adel Belazzoug, qui a toute ma confiance et que je remercie pour sa franchise et sa bienveillance, je suis reconnaissante pour ses conseils professionnels et personnels. Ils ont une grande valeur à mes yeux.

Au Dr Anne Dubois et au Dr Lucianna Popa, qui m'ont réservé un accueil si chaleureux, merci infiniment pour leur aide précieuse dans la construction de ce travail. Sans elles tout cela n'aurait pas été possible ! A bientôt sur Brive !

A Mr Thomas Barnetche, qui a patiemment travaillé sur ce projet sans qui tout cela n'aurait pas été possible,

A toute l'équipe du Projet Jeunes Chercheurs en Rhumatologie, avec qui nous avons travaillé sur ce projet et nous travaillerons encore dans les mois qui viennent.

A ma famille que j'aime si fort et qui a tant d'importance pour moi,

A ma mère et mon beau-père, Christine et Gérard, qui ont toujours cru en moi, surtout quand je n'y croyais pas, qui m'ont toujours poussé à faire face et affronter les différentes épreuves sans jamais douter et sans qui rien de tout ça n'aurait été possible. Merci pour votre patience, votre dévouement et vos conseils en toutes circonstances qui me permettent d'avancer chaque jour.

A mon père, Luc, qui m'a toujours soutenu dans ces longues études, qui m'a aussi toujours rappelé l'importance de la vie et de ce qu'elle peut offrir. Il est temps d'en profiter, et j'espère que nous passerons de beaux moments en famille maintenant que le plus dur est derrière nous.

A mes Grands Parents, « Papi et Mamie », que j'adore et de qui je n'ai pas pu profiter comme je l'aurais voulu. Vous me manquez tant. A Mamie qui a toujours su nous rassurer sur l'avenir et à ces prochains moments de bonheur que nous passerons ensemble.

A Tatie Flo et Thierry, à nos voyages futurs, en souvenir de ses longues heures à sillonna la mer à la nage, en jet ou en bateau ensemble qui resteront à jamais gravées dans ma tête. Elles font partie des meilleurs moments de ma vie.

A ma tante Pascale, pour cette sensibilité qu'on a toujours partagée, et cette connexion qui persiste malgré la distance. A nos longs échanges sur les médecines alternatives et tout ce qu'elles peuvent nous offrir, merci de m'avoir sensibilisé à ce sujet.

A ma sœur, Carla, avec qui je n'ai pas pu partager autant de moments que je l'aurais voulu. Fais-toi confiance, tu as les épaules solides et tout le monde croit en toi. J'ai hâte de flâner dans les rues de Toulouse avec toi. J'espère que nous partagerons plus de moments entre sœurs ces prochaines années et que nous construirons notre vie côté à côté.

A mon oncle Thierry et mes tantes Marie-Claude et Roseline, pour leur soutien et l'intérêt qu'ils portent à ce travail.

A mon Grand Père, Henri, qui nous a fait partager cet amour de la navigation et ces moments de bonheur à voile. A ses histoires que l'on connaît par cœur mais qu'il raconte toujours aussi bien et ses discours dont on se souvient.

A Sylvette et Stenka, pour le soutien et leurs encouragements jusqu'aux derniers moments.

A mes amis,

Natella et Sarah, merci de m'avoir tendu les bras, de m'avoir accueillies dans vos vies, d'être présentes dans ma vie jour après jour depuis toutes ces années. A tous ces moments passés ensemble, bons comme mauvais. Vous savez à quel point je tiens à vous. Nous avons encore beaucoup de belles choses à vivre ensemble !

Laura, avec qui les liens ne se sont jamais rompus malgré ces années et ces kilomètres qui nous séparent. A cette amitié infaillible depuis la 5^{ème}. Nous avons des choses à rattraper !

Hélène, tu as été mon repère et un soutien précieux en première année d'internat quand j'ai perdu une partie de mes repères. Tu sais que j'ai mal au cœur en pensant que tu vas partir si loin. Mais qu'à cela ne tienne, je viendrai te voir là-bas, tu peux compter sur moi.

Mathilde, à tous nos moments partagés cette dernière année, qui nous ont rapprochés. A notre longue liste des « Choses à faire » qui attendent que nous les réalisions avec impatience.

Rebecca, à ton humour que j'adore, belle rencontre sur Brive que j'espère garder à mes côtés encore longtemps.

Ma coloc de Brive, « Les foules sentimentales », Blandine, Rebecca, Délia, Alexandre, ces six mois passés ensemble seront inoubliables. J'aurais voulu que cela dure plus encore. C'est toujours un bonheur d'être avec vous.

Alexandre et Délia, nous attendons avec impatience votre « mini-vous », surtout restez comme vous êtes, vous êtes un modèle pour nous vous le savez.

A Blandine et sa franchise en toutes circonstances que l'on adore.

A Sophie, et les moments que nous avons partagés ensemble que j'apprécie toujours autant. A toutes ces choses que nous pourrons faire ensemble une fois nos thèses en poche.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	28
I. NOTIONS FONDAMENTALES	32
I.1. L'adhésion thérapeutique	32
I.2. Les médecines alternatives et complémentaires.....	34
I.2.1. Les régimes alimentaires	34
I.2.2. Les médecines alternatives.....	40
I.2.3. Les compléments alimentaires.....	42
I.3. Rationnel de l'étude.....	43
II. L'ETUDE.....	44
II.1. Objectifs	44
II.2. Matériel et Méthodes	44
II.3. RESULTATS	46
II.3.1. Description de la population de l'étude.....	46
II.3.2. Caractéristiques de la maladie	48
II.3.3. Évaluation de l'observance thérapeutique.....	50
II.3.4. Régimes alimentaires spéciaux et Polyarthrite rhumatoïde	53
II.3.5. Compléments alimentaires et Polyarthrite Rhumatoïde.....	59
II.3.6. Médecines alternatives et Polyarthrite Rhumatoïde.....	62
III. DISCUSSION.....	65
III.1. Population de l'étude	65
III.2. Les régimes alimentaires.....	65
III.3. Les compléments alimentaires	67
III.4. Les médecines alternatives	68
III.5. L'observance thérapeutique.....	68
III.5.1. Le handicap fonctionnel :	69
III.5.2. Signes extra-articulaires, complications et comorbidités.....	72
III.5.3. Augmentation du taux de mortalité.....	72
III.6. Les forces de l'étude	73
III.7. Les limites de l'étude	73
III.8. En pratique	74
III.8.1. Comment améliorer l'adhésion thérapeutique ?	74
III.8.1.1. Pallier le manque d'information des patients.....	74
III.8.1.2. Limiter les oubli.....	78
III.8.1.3. - Qui informer en priorité ?	78
III.8.2. Concernant les CAM :	79
Conclusion.....	83
Références bibliographiques.....	84
Annexes.....	87
Serment d'Hippocrate	95

Table des illustrations

Figure 1 : Critères ACR/EULAR 2010 de classification de la PR (Revue du praticien, vol 62, 2012, p1078).....	29
Figure 2 : les 28 articulations prises en compte dans le calcul du DAS28 ;	30
Figure 3 : Pyramide alimentaire du régime alimentaire végétalien et végétarien.....	35
Figure 4 : Pyramide alimentaire du régime méditerranéen [19]	36
Figure 5 : Traitements de fond des PR.....	49
Figure 6 : Évaluation de l'observance des patients par auto-questionnaire à 8 items.....	50
Figure 7 : Fréquence des régimes spéciaux chez nos patients PR	53
Figure 8 : Personnes ayant conseillé un régime spécial aux patients PR	54
Figure 9 : Compléments alimentaires consommés.....	59
Figure 10 : Exemples de mains Rhumatoïdes : on note une tuméfaction en regard du poignet et des MCP, un coup de vent ulnaire des doigts et une déformation du pouce en « Z ».....	69
Figure 11: Exemple de pied de Polyarthrite Rhumatoïde : aspect typique d'hallux valgus et de luxation dorso-latérale des orteils.....	70
Figure 12: Exemple de lésions radiographiques de PR aux mains : on peut y voir principalement une carpite bilatérale évoluée, des arthrites des MCP et IPP avec érosions osseuses, subluxations des MCP de la main droite et de l'IPP du troisième rayon à droite, pouce en Z à Gauche.....	71
Figure 13 : Exemple de lésions radiographiques de PR aux pieds : Érosions et subluxations des MTP, érosion de la tête du 5 ^{ème} métatarsien (Signe de Brown)	71

Table des tableaux

Tableau 1 : Variantes du régime végétarien [12].....	34
Tableau 2: Principales sources alimentaires de FODMAPs, Société Nationale Française de Gastro-Entéroloie (SNFGE)	38
Tableau 3 : Caractéristiques démographiques.....	47
Tableau 4 : Caractéristiques de la maladie	48
Tableau 5 : Observance thérapeutique selon les données démographiques.....	52
Tableau 6 : Effet(s) du régime spécial sur la santé.....	55
Tableau 7 : Fréquence des médecines alternatives dans notre population de patients PR ..	62
Tableau 8 : Principales médecines alternatives et complémentaires utilisées par les patients dans l'étude de M.C. Jong et al. [51].....	79
Tableau 9 : Raisons invoquées par les patients de l'étude de M.C. Jong et al. pour l'utilisation des CAM.....	80
Tableau 10 : Effets secondaires des CAM, N. Bello et al.	81

Liste des abréviations

- Ac Anti-CCP : Anticorps Anti-Peptides Citrullinés
- CAM: Complementary and alternative medicine
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CRP : C-reactive protein
- DAS 28: Disease activity score 28 (28 articulations)
- DMARD: Disease Modifying Anti Rheumatic Drug
- ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
- EVA : Évaluation Visuelle Analogique
- FODMAPs : Fermentable Oligosaccharides Disaccharides Monosaccharides and Polyols
- FR : Facteurs Rhumatoïdes
- HDJ : Hospitalisation de Jour
- HDS : Hospitalisation de Semaine
- HT : Hospitalisation traditionnelle
- HTA : Hypertension Artérielle
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- MCT : Médecine Chinoise Traditionnelle
- NAD : Nombre d'Articulations Douloureuses
- NAG : Nombre d'Articulations Gonflées
- PR : Polyarthrite Rhumatoïde
- RIC : Rhumatisme Inflammatoire Chronique
- SII : Syndrome de l'Intestin Irritable
- TFI : Troubles fonctionnels intestinaux
- VS : Vitesse de sédimentation

Introduction

La Polyarthrite Rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. Sa prévalence est estimée entre 0,5 et 1% de la population mondiale [1].

Il s'agit d'une maladie chronique auto-immune multifactorielle touchant la membrane synoviale qui conduit, sans traitement, à une destruction articulaire altérant la qualité de vie, conduisant au handicap et augmentant la morbi-mortalité des patients atteints, notamment cardiovasculaire [2].

La synovite inflammatoire est la lésion élémentaire de la PR responsable d'une destruction articulaire habituellement acromélique, d'évolution chronique et d'étiologie mal connue. L'incidence, de 5 à 50 nouveaux cas par 100.000 adultes par an dans les pays développés, augmente avec l'âge. Cette maladie est trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle touche préférentiellement la femme de plus de 65 ans.

La PR est plus fréquente dans les pays de l'Europe du Nord et en Amérique du Nord que dans les pays en voie de développement [1].

Elle se caractérise par une polyarthrite bilatérale et symétrique. Elle touche le plus souvent les poignets, les articulations métacarpo-phalangiennes, les articulations interphalangiennes proximales en respectant les articulations interphalangiennes distales. Les douleurs sont de rythme inflammatoire avec réveils nocturnes en deuxième partie de nuit et dérouillage matinal supérieur à 30 minutes. A la palpation des doigts, il est possible de ressentir un gonflement articulaire rénitent caractéristique de la synovite. Les articulations métatarso-phalangiennes sont également souvent touchées.

Sur le plan biologique, il existe un syndrome inflammatoire biologique se caractérisant par une augmentation de la Vitesse de sédimentation (VS) et de la protéine C-réactive (CRP). La présence d'anticorps de type Facteurs Rhumatoïdes oriente le diagnostic mais elle n'est ni indispensable ni suffisante au diagnostic de PR. Ces anticorps peuvent se rencontrer dans de nombreuses autres pathologies auto-immunes, infectieuses ou néoplasiques, néanmoins leur présence à un taux élevé dès le début de la maladie est un facteur de mauvais pronostic. La présence d'anticorps anti-peptides citrullinés (ACPA ou Anti-CCP) est plus intéressante puisque la spécificité des ACPA pour la PR est de 95%. Les déformations ou érosions radiographiques confirment le diagnostic mais elles sont souvent absentes au début de la maladie.

Le diagnostic de PR est parfois difficile et repose sur la confrontation des manifestations cliniques, des tests biologiques et des examens radiographiques.

Les derniers critères diagnostiques ont été publiés en 2010 grâce à une collaboration entre l'ACR (American College of Rheumatology) et l'EULAR (European League Against Rheumatism) (Figure 1) [3].

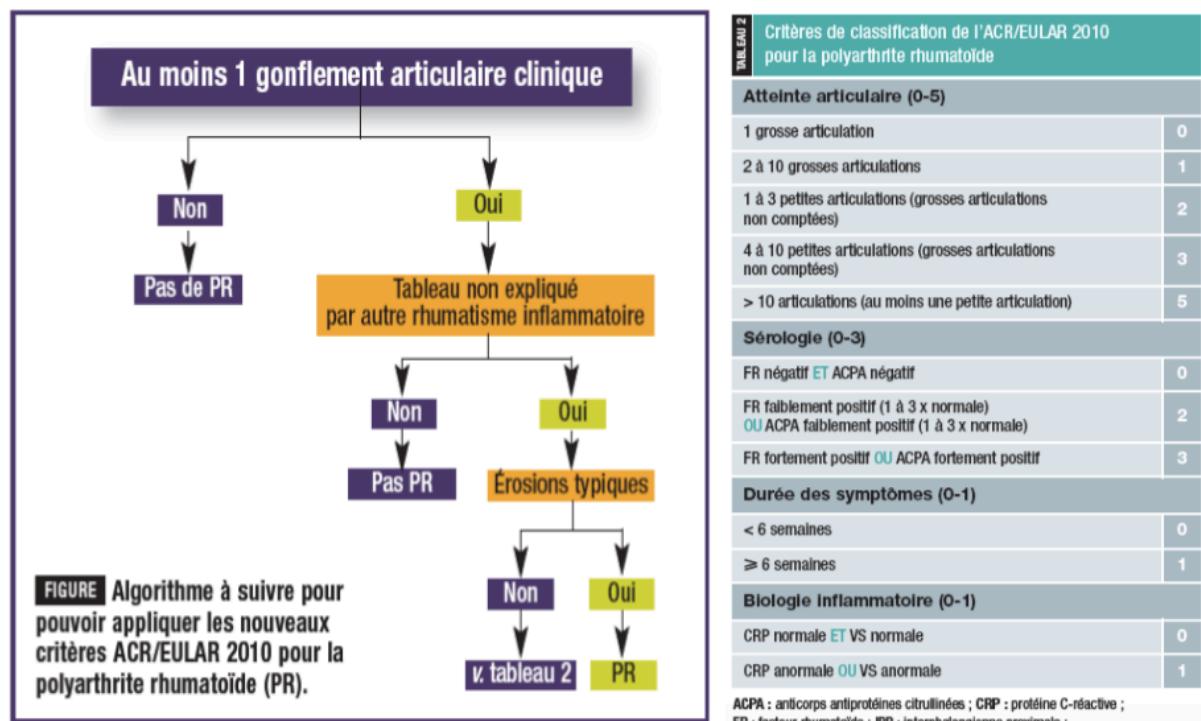


Figure 1 : Critères ACR/EULAR 2010 de classification de la PR (Revue du praticien, vol 62, 2012, p1078)

Selon les recommandations de la SFR de 2014 [4], le diagnostic doit être fait aussi précocement que possible afin de mettre en place un traitement dans les plus brefs délais pour limiter la progression structurale et le handicap. Les déformations et l'ensemble des comorbidités (risque cardiovasculaire, infections, fragilité osseuse, cancers, ...) sont directement corrélés au retard d'initiation des traitements. La prise en charge thérapeutique consiste en un contrôle serré de la maladie clinique et biologique nommé « Treat to target ». L'objectif est la rémission clinique, définie par l'absence de signes et symptômes d'activité inflammatoire, ou une faible activité de la maladie. Le DAS28 (Disease Activity Score) est le score le plus utilisé par les rhumatologues Français. Il s'agit d'un score composite, qui repose sur des critères cliniques (NAD : nombre d'articulations douloureuses, NAG : nombre d'articulations gonflées, évaluation globale de 0 à 10 de l'activité de la maladie par le patient) et biologiques (la VS ou la CRP), portant sur l'examen de 28 articulations qui sont souvent le siège d'inflammation dans la PR.

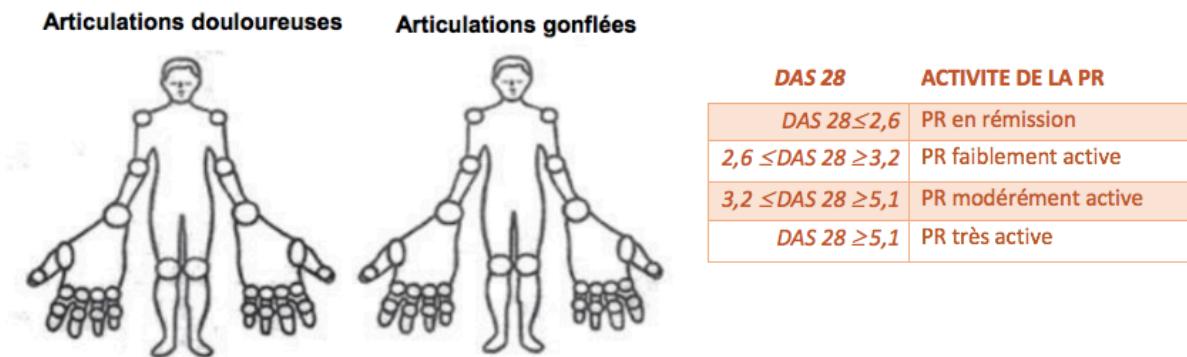


Figure 2 : les 28 articulations prises en compte dans le calcul du DAS28 ;
Stades d'activité de la maladie.

Le suivi doit être fréquent. S'il n'y a pas d'amélioration dans les trois mois ou si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint à 6 mois, le traitement doit être réévalué.

Le traitement de première ligne est le méthotrexate, soit *per os* soit en injections sous-cutanées.

Chez les patients insuffisamment répondeurs ou intolérants au méthotrexate et en présence de facteurs de mauvais pronostic, l'addition d'un biomédicament peut être proposée. Une combinaison de traitements de fond synthétiques (méthotrexate / sulfazalazine / hydroxychloroquine) ou la rotation pour un de ces médicaments peut également être proposée. Une corticothérapie peut être introduite en attendant l'efficacité des médicaments, à la dose la plus faible et la plus courte possible en raison des nombreux effets secondaires indésirables. Une modification thérapeutique sera entreprise jusqu'à l'obtention de l'objectif thérapeutique : la rémission ou la faible activité de la maladie.

Les biomédicaments ont permis de diminuer l'inflammation, de stopper et prévenir l'apparition des destructions articulaires par un contrôle efficace de la maladie, ceci grâce à une meilleure compréhension de la maladie et des mécanismes impliqués dans le processus inflammatoire au cours de ces vingt dernières années.

L'adhésion des patients à la prise en charge thérapeutique est donc fondamentale pour limiter les conséquences de la PR.

Il a été démontré qu'une mauvaise adhésion au traitement est associée à une plus grande activité de la maladie [5].

Néanmoins, plusieurs études ont démontré que l'adhésion des patients aux traitements de la PR reste faible [6][7]. Il est essentiel de comprendre quels peuvent être les facteurs susceptibles de limiter l'adhésion des patients à la stratégie thérapeutique.

De plus en plus de patients adhèrent à un mode de soin alternatif avec le recours à certaines pratiques alimentaires (régimes particuliers et consommation de compléments alimentaires) ou thérapeutiques (médecine chinoise, homéopathie, aromathérapie, acupuncture, ...)

nommés « CAM » (Complementary and alternative medicine). A ce jour, leur impact sur l'adhésion thérapeutique, sur l'activité de la maladie ou sur les comorbidités reste mal connu.

L'objectif principal de notre étude était de déterminer si l'usage des CAM constitue un facteur de risque de mauvaise adhésion thérapeutique.

Nous avons également cherché à connaître leur fréquence dans notre population de PR, leur impact éventuel sur l'activité de la maladie et sur les comorbidités de nos patients.

I. NOTIONS FONDAMENTALES

I.1. L'adhésion thérapeutique

Le problème de l'adhésion thérapeutique est aussi vieux que la médecine.

Le terme employé a évolué au fil de la pratique médicale.

Compliance, observance, adhésion : quelles définitions ? quel terme employer de préférence ?

La Compliance désigne « le comportement du patient qui consiste à suivre parfaitement les recommandations médicales ». L'utilisation de ce terme a été abandonnée devant l'approche trop paternaliste de la relation médecin-malade au cours de laquelle le médecin choisit et le patient suit les consignes.

Le terme d'Observance thérapeutique a ensuite était plus couramment utilisé, se définissant comme « la capacité à prendre correctement son traitement, c'est-à-dire tel qu'il est prescrit par le médecin » [8].

Néanmoins, une prise en charge thérapeutique optimale ne se résume pas seulement à la prise des médicaments, mais comprend aussi le respect de règles d'hygiène de vie adaptées à l'état de santé du patient, au respect des consultations de suivi, à la réalisation des examens complémentaires quand ils sont nécessaires, à une relation de confiance entre le médecin et le patient.

Aujourd'hui, la médecine s'efforce de placer le patient au centre de sa prise en charge en tant que co-acteur dans le contrôle de sa maladie.

Le terme « adhésion thérapeutique » reconnaît mieux l'implication réelle du patient dans le choix thérapeutique qui lui est proposé. C'est donc ce terme que nous avons choisi d'utiliser dans ce travail.

Ce terme prend en compte :

- l'adhésion primaire qui consiste en l'acceptation du diagnostic et le respect de la prescription initiale chez un patient nouvellement diagnostiqué ;
- l'observance qui correspond à la manière dont un patient respecte la posologie prescrite ; c'est dans ce sens que sera utilisé ce terme dans ce travail.
- la persistance qui représente la durée de prise d'un médicament (durée moyenne entre l'initiation et l'arrêt du traitement) [9].

L'évaluation de l'observance peut comprendre des méthodes directes (observation directe de la prise ; dosage du médicament ou son métabolite dans le sang / les urines,...) ou des méthodes indirectes (questionnaires patients ; décompte des comprimés ; taux de renouvellement des prescriptions...) [10].

L'adhésion thérapeutique dans la prise en charge de la PR reste faible. Il s'agit d'un processus multifactoriel qui fluctue dans le temps. De nombreux facteurs, souvent intriqués, ont été mis en évidence. Ils peuvent provenir :

- du système de santé : le coût des services ou des médicaments est souvent un frein pour les patients aux conditions socio-économiques défavorisées ;

- de la relation médecin-malade : une communication claire entre le patient et le malade augmente l'adhésion ;
- des caractéristiques de la maladie : une durée d'évolution plus courte de la maladie, une activité plus faible et un meilleur état de santé mental sont associés à une meilleure adhésion ;
- du type de traitement : le mode et la fréquence d'administration jouent un rôle important. Plus le traitement est complexe, moins bonne est l'adhésion thérapeutique ;
- des facteurs démographiques et socio-économiques : un âge plus élevé, le statut marital et un niveau socio-économique favorisé sont associés à une meilleure adhésion thérapeutique. La barrière de la langue est associée à une adhésion médiocre ;
- des facteurs psychologiques : la faible connaissance de la maladie, de ses traitements, la peur des effets secondaires, le manque d'efficacité sont des facteurs associés à une mauvaise adhésion [11].

I.2. Les médecines alternatives et complémentaires

I.2.1. Les régimes alimentaires

* Le régime végétarien : il privilégie la consommation d'aliments végétaux.

Il existe plusieurs variantes du régime végétarien (Tableau 1) :

Tableau 1 : Variantes du régime végétarien [12]

Type ^a	Description
Flexitarian ^b	Occasionally consumes animal flesh (meat, poultry and fish, eggs, dairy)
Pesco-vegetarian	Excludes animal flesh but does include fish
Lacto-ovo vegetarian	Excludes all flesh; includes diary and eggs only
Lacto vegetarian	Excludes all flesh and eggs; includes dairy only
Ovo vegetarian	Excludes all flesh and dairy; includes eggs only
Vegan	Excludes all animal products
Macrobiotic vegetarian ^b	Variable dietary restrictions; includes wild meat/ game and fish in some variations of the diet
Fruitarian	Includes fruit, nuts, seeds and a some vegetables

^aDefinitions from Phillips 2004 [14]

^bReaders are advised to exercise caution in their interpretation of Flexitarian and Macrobiotic diets as vegetarian diets; owing to their selective inclusion of meat, poultry, fish and seafood, such diets might not be truly vegetarian

Il s'agit en général d'un régime lacto-ovo-végétarien avec consommation d'œufs et produits laitiers et exclusion des produits carnés (viandes et poissons). Le principe est de remplacer les protéines animales par des protéines végétales. Les végétariens consomment en général moins de boissons sucrées et alcoolisées et consomment davantage d'œufs, fruits et légumes.

Ils consomment moins de protéines animales, de cholestérol alimentaire et d'acides gras saturés mais davantage d'acides gras polyinsaturés, leur alimentation est enrichie en fibres et moindre en lactose.

Les bienfaits sur la santé du régime végétarien ont été démontrés sur la glycémie à jeun, l'hémoglobine glyquée, le taux de LDL plasmatique, le poids et l'IMC[13], les cardiopathies ischémiques et le risque global de cancer[14].

* Le régime végétalien : il exclut la consommation de produits animaux y compris œufs et produits laitiers.



Figure 3 : Pyramide alimentaire du régime alimentaire végétalien et végétarien.

* Le régime Vegan : il correspond à un mode vie refusant toute consommation et utilisation de produits issus des animaux (cuir, fourrure, laine, miel etc). Le régime vegan apporte généralement moins de calories, protéines, graisses, acides gras et calcium que le régime omnivore. Il est plus riche en micronutriments et antioxydants [12]. Un régime vegan peut donc conduire en l'absence de supplémentation à des carences en particulier de vitamine B12, vitamine D, fer, zinc, calcium.

* Le régime sans gluten : le gluten constitue un réseau élastique collant et visqueux résultant de l'interaction entre des protéines spécifiques du blé ou du froment (les gliadines et gluténines) et de l'hydratation et du pétrissage de la pâte. Il confère ses propriétés à la pâte pour la fabrication du pain.

L'intolérance au gluten peut être primitive : la maladie cœliaque (entérocolopathie immuno-allergique auto-immune) dont le diagnostic repose sur la mise en évidence d'une atrophie villositaire aux biopsies du grêle et la présence d'anticorps anti-transglutaminases IgA. Dans ce cas, le régime d'exclusion en gluten doit être rigoureux, strict (<50g/j de gluten) et définitif.

Il se résume à l'exclusion des céréales dites à paille : blé, seigle, orge, épeautre, boulghour et kamut. Les produits à base d'avoine sont également contre-indiqués. Ces céréales peuvent être remplacées par le maïs, le riz, le soja, le millet, le sarrasin, le quinoa, la pomme de terre.

Cependant, le gluten est souvent présent de façon indirecte dans les produits industriels. Une lecture attentive des étiquettes est primordiale.

L'intolérance peut être secondaire de type hypersensibilité au gluten. Il n'y a ni anticorps ni atrophie villositaire [15].

* Le régime méditerranéen ou crétois : Mode alimentaire des pays et régions du pourtour méditerranéen. Le régime méditerranéen de référence est le régime crétois. Il se caractérise globalement par la consommation de produits locaux non transformés, avec l'huile d'olive comme dénominateur commun. La diversité et la modération en font un régime alimentaire équilibré. [15]

Il est riche en fruits et légumes crus, cuits ou secs ; en céréales entières, graines, légumineuses et riz ; en poissons et fruits de mer. La cuisson et l'assaisonnement se font à l'huile d'olive, de soja ou de colza. Il privilégie les viandes blanches comme la volaille, le lapin, le veau ou les œufs, il est pauvre en sucres et viandes rouges.

De nombreuses études ont démontré les bénéfices de ce régime sur le risque cardiovasculaire, les paramètres inflammatoires [16], la survenue des cancers [17] et le déclin cognitifs [18].

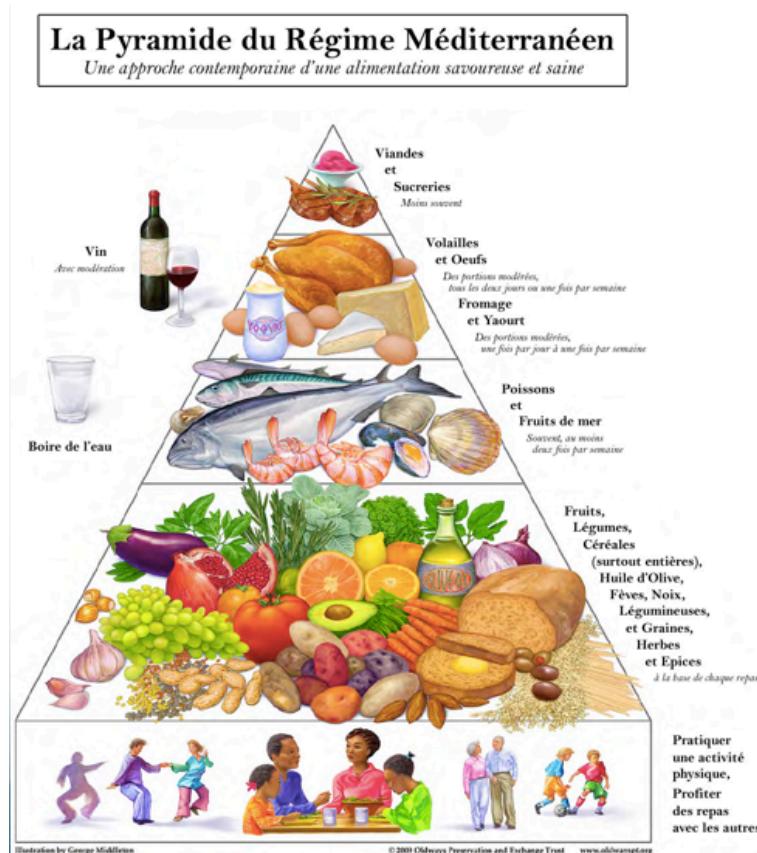


Figure 4 : Pyramide alimentaire du régime méditerranéen [19]

* Le régime Nordique ou Scandinave : il se compose d'aliments traditionnels de l'environnement nordique : fruits et légumes en particulier légumes-racines (radis, carottes, pannais, betteraves, navets) pommes et poires, légumes secs, baies et noix, poissons et crustacés, choux, pain de seigle, flocons d'avoine.

Il a été démontré que ce régime diminue la mortalité toutes causes [19].

* L'éviction des produits laitiers : il consiste à ne pas consommer de lait (vache, chèvre, brebis) ni produits fermentés comme les yaourts et les fromages.

L'exclusion totale des produits laitiers est seulement recommandée en cas d'allergie aux protéines de lait de vache.

Généralement, les produits laitiers sont exclus en cas d'intolérance au lactose. Le lactose est le principal glucide du lait. C'est un disaccharide absorbable seulement après digestion par une lactase entérocytaire dont la performance diminue physiologiquement à l'âge adulte entraînant en cas de consommation de produits laitiers des effets secondaires digestifs (météorisme, ballonnement, douleurs abdominales, diarrhées) [15].

* Le régime hypocalorique : conseillé en cas d'obésité, d'hypertriglycéridémie, de diabète de type 2, ou d'amaigrissement rapide souhaité (avant une chirurgie ou en cas de pathologie respiratoire). Il peut être à très basse valeur calorique (<800 kcal), à bas niveau calorique (entre 800 et 1200 kcal) ou hypocalorique standard (réduction de 30% des apports caloriques).

Il consiste à supprimer les sucres d'absorption rapide (confiseries, biscuits, pâtisseries, boissons sucrées), crèmes et charcuteries, alcool. On limite les œufs, le fromage et l'huile. Les aliments protidiques (viandes, poissons, laitages écrémés), les fibres et les légumes verts ne sont pas limités [20].

* Le régime hypocholestérolémiant : il consiste à supprimer les aliments riches en cholestérol (abats, jaune d'œuf), à limiter l'apport d'acides gras saturés (beurre, fromage, charcuteries), à favoriser la consommation de fruits, légumes et de poisson, corriger l'excès de consommation de glucides simples, et d'alcool, valoriser les lipides riches en acides gras monoinsaturés et oméga-3 (huile de colza...)[20].

* Le régime Hypercalorique, enrichi : il consiste en un enrichissement énergétique des mets et des repas pour augmenter la ration calorique quotidienne à volume constant. L'objectif peut être d'augmenter de 300Kcal par jour la ration habituelle tous les trois ou quatre jours [15]. On peut également calculer les dépenses énergétiques de base et apporter 40% supplémentaires quotidiennement [21].

* Le régime hyperprotidique : en cas de dénutrition protéique, on recommande la consommation plus de 1,5 grammes de protéines/kg/jour [20].

* Le régime pauvre en « FODMAPS »: alimentation pauvre en **Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides et Polyols Fermentescibles**. Cet acronyme désigne un groupe de glucides à chaînes courtes lentement absorbés par l'intestin grêle et qui peuvent entraîner une augmentation des liquides dans la lumière intestinale par effet osmotique entraînant une distension principalement colique. Ils servent de substrats à la fermentation bactérienne colique avec une production accrue de gaz. Cela serait responsable de certains symptômes digestifs (douleurs abdominales, crampes, météorisme, diarrhées) caractérisant le syndrome du côlon irritable. Une consommation en grande quantité peut modifier la composition du microbiote intestinal et favoriser l'apparition d'une dysbiose.

Type de FODMAP		Sources alimentaires les plus riches
Oligosaccharides	Fructo-oligosaccharides (FOS) (fructanes)	Blé, seigle, oignons, ail, artichauts
Oligosaccharides	Galacto-oligosaccharides (GOS)	légumineuses
Disaccharides	Lactose	lait
Monosaccharides	Fructose	Miel, pommes, poires, melon, mangues, sodas, « corn syrup »
Polyols	Sorbitol	Pommes, poires, fruits à noyau, menthes et gomme sans sucre
Polyols	Mannitol	Champignons, chou-fleur, menthes et gomme sans sucre

Tableau 2: Principales sources alimentaires de FODMAPs, Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE)

* Les régimes « Dukan », « Cohen », « Weight Watchers »:

Selon l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) [22] :

- Le régime Cohen : il se déroule en plusieurs étapes. La première étape, « le régime à effet booster », a pour objectif d'obtenir un amaigrissement rapide (5 kg en 15 jours), grâce à une alimentation pauvre en « sucres » (moins de 40 g/jour). La deuxième étape est le « régime équilibré » : selon l'auteur son niveau calorique doit être compris entre 1200 et 1500 kcal et nécessite une surveillance rigoureuse de l'alimentation tout en permettant de conserver une vie sociale. La troisième étape est la phase de consolidation durant laquelle il est recommandé qu'un des deux repas principaux respecte les menus proposés par le régime.
- Le régime Dukan se compose de plusieurs phases : la phase « d'attaque » de 5 jours se résume à la consommation quasi exclusive de protéines. La phase de « croisière » consiste à l'alternance de jours avec alimentation protéique exclusive et de jours avec une alimentation protéique + légumes. La phase de « consolidation » consiste à réintroduire au régime protéines/légumes des fruits, du pain, du fromage en petites quantités.

- Le régime Weight Watchers fonctionne en nombre de points calculés selon le poids, la taille, le sexe et l'âge. Chaque aliment est évalué en nombre de points. Un « budget Point » journalier est défini et réparti selon les aliments en respectant certaines règles de base (200g de fruits et 300g de légumes par jour, consommation de glucides à au moins deux repas par jour, etc).

* Le régime « Diabétique » : il consiste à ce que les apports glucidiques soient similaires d'un jour à l'autre pour chacun des repas afin d'éviter les pics hyperglycémiques post-prandiaux. Il convient de limiter la consommation d'aliments à densité énergétique élevée (lipides, alcool) en promouvant ceux qui vont procurer des sensations de satiété, soit par le volume (fruits légumes, soupe, féculents,) soit par leur composition (aliments riches en protéines) [20].

* Le régime « Sans sel » : On parle plutôt de régime hyposodé. L'exclusion totale du sel de cuisine et des aliments salés permet de réduire les apports sodiques à 2 grammes par jour environ, au niveau des besoins physiologiques. Mais ce régime strict est difficile à atteindre et surtout à maintenir sur le long terme. Les indications sont rares : il est principalement indiqué en cas d'œdèmes réfractaires aux traitements diurétiques. L'objectif est fixé entre 4 et 6 grammes de sel par jour, plus réaliste et compatible avec une qualité de vie correcte. Les indications principales sont l'hypertension artérielle, la corticothérapie au long cours, les syndromes œdémateux (insuffisance cardiaque, cirrhose décompensée, syndrome néphrotique ou glomérulonéphrite aigüe) [15].

* Le régime « Détox » : il s'agit en général d'un régime sur une courte période qui consisterait à éliminer les toxines, purifier l'organisme et perdre rapidement du poids. Il se compose majoritairement d'eau (chaude ou froide) avec du jus de citron, de soupes et smoothies variés, de fruits et légumes sous différentes formes, de thés ou infusions. L'alimentation solide est réduite voire éliminée. Il s'accompagne généralement de la consommation de laxatifs et/ou diurétiques pour accélérer la perte de poids. Les risques pour la santé sont majeurs (carences multiples, hyperhydratation, surdosages médicamenteux) [23].

I.2.2. Les médecines alternatives

* L'acupuncture : elle consiste à introduire à travers la peau des aiguilles spécifiques à différents points anatomiques précis pour restaurer la libre circulation de l'énergie. Elle implique diverses techniques de stimulation des aiguilles, comme la stimulation électrique ou la stimulation thermique (moxibustion). Une revue récente de la littérature [24] sur l'utilisation de l'acupuncture dans la PR conclut que l'acupuncture seule ou associée aux traitements conventionnels de la PR permet de soulager les symptômes sans effets secondaires rapportés et peut améliorer la qualité de vie et le pronostic fonctionnel des patients.

Plusieurs mécanismes physiopathologiques sont évoqués, principalement l'effet anti-inflammatoire, l'effet antioxydant et la régulation de la fonction du système immunitaire [25].

* Le magnétisme : Selon le SNAMAP (Syndicat national des magnétiseurs et praticiens des méthodes naturelles et traditionnelles), le magnétisme est l'ensemble des procédés (passes, souffle magnétique, ...) utilisant le fluide magnétique à des fins de soulagement et de guérison. Il consisterait à rééquilibrer les énergies d'une personne en régulant ses flux.

* La réflexologie : il s'agit d'une pratique qui utilise des techniques spécifiques de pressions et massages appliquées sur certaines zones des mains, des doigts, des pieds ou des oreilles qui correspondent à des parties du corps, des organes ou des zones fonctionnelles. Il s'agit principalement de stimuler les glandes endocrines via ces zones réflexes. Il a été démontré que la réflexologie diminue les scores de douleur et de fatigue chez les patients atteints de PR [26].

* La sophrologie : Selon la fédération française de sophrologie, c'est une synthèse de techniques orientales (yoga, méditation, etc) et de relaxation occidentale. Il s'agit de parvenir par des exercices simples à une harmonisation du corps et de l'esprit en atteignant un état modifié de conscience. L'efficacité des techniques de relaxation a été démontré dans la PR sur la douleur et les autres symptômes de la maladie [27].

* L'aromathérapie : L'aromathérapie est définie comme l'utilisation d'huiles essentielles extraites de plantes pour produire des effets physiologiques ou pharmacologiques à travers le sens de l'odorat ou l'absorption à travers la peau.

Son efficacité sur les scores de la douleur et la fatigue chez les patients atteints de PR a été démontrée [26].

* L'homéopathie consiste à utiliser des préparations diluées de substances qui reproduisent, lorsqu'elles sont administrées aux sujets sains, les symptômes des sujets malades. [28] Une revue récente de la littérature n'a pas retrouvé de façon statistiquement significative d'efficacité de l'homéopathie dans la PR [29].

* La médecine chinoise : Selon l'institut de médecine Traditionnelle chinoise, on distingue quatre branches thérapeutiques :

- Les manipulations externes : acupuncture, moxibustion, massages, tuina ;
- La pharmacopée et la diététique, extrêmement riches et variées ;
- Les exercices internes, en particulier les techniques de respiration et relaxation ;
- Les exercices externes : Tai Qi Chuan, Qi Gong, Chi Nei tsang : mouvements lents, arrondis et répétitifs ayant pour but de faire circuler le sang et l'énergie dans le corps.

I.2.3. Les compléments alimentaires

Définition de l'ANSES (Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail) : denrées alimentaires dont le but est de compléter le régime alimentaire normal et qui constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique, seuls ou combinés.

Ils correspondent à un ensemble de nutriments et substances apportées sous forme orale en vue de compléter l'alimentation. Leur rôle est préventif et non curatif. Leur composition et leur forme peuvent être très diverses. Ils doivent être sains et sûrs [15].

Les consommateurs de compléments alimentaires sont de plus en plus nombreux, plutôt soucieux de leur santé, et sont plutôt des femmes de catégorie socioprofessionnelle élevée, actives voire sportives, adeptes de médecines alternatives[30].

Les acides gras : ils constituent l'unité de base des lipides. Ils sont constitués d'une chaîne hydrocarbonée. Ils peuvent être classés selon leur longueur : AG à chaîne courte et moyenne ($\leq 10C$), longue ou très longue ($> 12C$). Ils sont aussi classés en fonction du nombre de doubles liaisons entre deux atomes de carbone : s'il n'y en a pas, l'acide gras est saturé ; s'il y en a une, l'acide gras est monoinsaturé ; s'il y en a plus d'une, l'acide gras est polyinsaturé.

Les AG saturés ne sont pas indispensables car ils peuvent être synthétisés *de novo* par le foie. Ils sont source d'énergie et ont un rôle structural et fonctionnel (membranes, cerveau...). Les AG monoinsaturés sont les oméga 7 et les oméga 9. Les AG polyinsaturés comprennent les oméga 3 et les oméga 6. Ils ont un rôle triple : énergétique, structural (dans les membranes cellulaires, surtout des structures nerveuses) et fonctionnel. [15]

Les probiotiques : Selon la FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) en 2002, un probiotique est un micro-organisme vivant (bactérie, levure ou Archae) qui, lorsqu'il est ingéré en quantités suffisantes, a un effet positif sur la santé de l'hôte au-delà des effets nutritionnels conventionnels.

Les probiotiques sont naturellement présents dans les aliments fermentés (yaourts, laits fermentés), pain, vin, bière... Ils sont aussi présents dans le lait maternel. On peut les consommer en compléments alimentaires, en médicaments. Leur effet dépend du type de souche et de leur concentration.

La vitamine C : il s'agit d'un micronutrisant, l'acide ascorbique, non énergétique, indispensable car non synthétisé par l'homme (une carence en vitamine entraîne le scorbut), hydrosoluble. Elle est stockée dans le foie. L'apport nutritionnel conseillé est de 110mg/jour. La source alimentaire principale se trouve dans les fruits et les légumes. [15]

La phytothérapie : d'après le Larousse, la phytothérapie concerne tout traitement ou prévention des maladies par les plantes. Il existe différents types de phytothérapie (aromathérapie, homéopathie, phytothérapie chinoise ou pharmaceutique...).

I.3. Rationnel de l'étude

L'adhésion dans la PR est fondamentale pour limiter le handicap et les nombreuses complications liées à la maladie ou ses traitements qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital des patients. L'adhésion thérapeutique est limitée par de nombreux facteurs, souvent intriqués, bien identifiés dans les études sur le sujet.

Nous avons constaté que de plus en plus de patients se dirigent ou associent à la prise en charge médicale usuelle, une prise en charge plus alternative avec la mise en place de régimes alimentaires spéciaux, la prise de compléments alimentaires ou le recours à des médecines alternatives comme l'acupuncture, le magnétisme, ...

Nous avons cherché à savoir si ces médecines appelées « CAM » : médecines alternatives et complémentaires, constituent un facteur de mauvaise adhésion thérapeutique.

Nous avons donc mené une étude multicentrique dans cinq centres hospitaliers de France (Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Clermont Ferrand et Limoges) sur le sujet. Nous avons distribué un questionnaire aux patients atteints de PR dans les services de Rhumatologie des différents centres.

Ce projet a été mené dans le cadre du Projet Jeunes Chercheurs en Rhumatologie.

II. L'ETUDE

II.1. Objectifs

L'objectif principal de l'étude était de déterminer si la pratique des « CAM » (régimes alimentaires, consommation de compléments alimentaires, recours à des médecines alternatives) constitue un facteur de risque de mauvaise adhésion thérapeutique.

Les objectifs secondaires étaient :

- De déterminer la fréquence de leur usage dans notre population de patients atteints de PR ;
- De déterminer quels profils de patients de notre population adhèrent aux CAM ;
- De déterminer si les CAM ont un impact sur l'activité de la PR ;
- De déterminer si les CAM ont un impact sur les comorbidités des patients ;

II.2. Matériel et Méthodes

Plan de l'étude et recueil des données

Nous avons mené une étude observationnelle multicentrique prospective dans les services de rhumatologie de cinq centres hospitaliers universitaires en France (Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Clermont-Ferrand et Limoges). Les données ont été recueillies d'Octobre 2017 à Juin 2018.

Participants

Les patients atteints de Polyarthrite Rhumatoïde d'après les critères ACR/EULAR 2010, hospitalisés ou en consultation, âgés de plus de 18 ans étaient éligibles à l'inclusion sans distinction de genre. Les patients mineurs, ceux refusant de participer à l'étude, ceux présentant des difficultés de communication ou de langue étrangère étaient exclus. Les données étaient recueillies au cours d'une visite unique grâce à un questionnaire anonyme donné aux patients. Le médecin rhumatologue en charge du patient renseignait les données médicales séparément pendant la consultation ou l'hospitalisation pour conserver l'anonymat. Les deux parties du questionnaire étaient placées dans des enveloppes et collectées par un investigator indépendant dans chaque centre.

Données

L'auto-questionnaire était composé d'items renseignant les données sociodémographiques des patients (sex, âge, poids, taille, lieu de vie, profession, niveau d'étude, consommation d'alcool ou de tabac, adhésion à une association de malades, participation à une séance d'éducation thérapeutique). Un auto-questionnaire évaluait l'adhésion thérapeutique. Ce questionnaire est validé en Français [31]. Il est composé de huit questions permettant de

classer les patients en trois niveaux d'adhésion thérapeutique : basse (<6), moyenne (6 à < 8), et bonne (>8).

Les patients devaient préciser s'ils avaient déjà eu recours à une ou plusieurs médecines alternatives (acupuncture, magnétiseur, réflexologie, sophrologie, aromathérapie, homéopathie, médecine chinoise ou autre) et s'ils suivaient un mode alimentaire ou un régime particulier (cf Annexe 1 : Questionnaire). Dans ce cas, ils devaient préciser s'ils avaient un suivi particulier pour ce régime, quelles étaient les conséquences de leur régime sur leur santé et qui leur avait conseillé ce régime. Ils devaient également préciser s'ils souffraient de TFI, à quelle fréquence et depuis combien de temps.

Le rhumatologue remplissait la partie médicale : durée de la maladie, présence des facteurs rhumatoïdes (FR) et des anticorps anti-peptides citrullinés (Ac anti-CCP), nombre d'articulations douloureuses (NAD), nombre d'articulations gonflées (NAG), évaluation de l'activité de la maladie par le patient (EVA Maladie), taux de la protéine C-réactive (CRP), taux de vitesse de sédimentation (VS), DAS 28 VS et DAS 28 CRP, l'historique des traitements pour la PR, le traitement actuel de la PR, les traitements pour d'autres pathologies éventuelles, les comorbidités éventuelles grâce à l'index des comorbidités de Charlson.

Le biais lié aux fausses déclarations a été diminué par la garantie d'un questionnaire anonyme et le biais des données manquantes a été réduit par le calcul de la taille de l'échantillon nécessaire.

Analyses statistiques

Afin de pouvoir répondre à des critères secondaires et d'effectuer une analyse multivariée (10 événements par facteur explicatif analysé et 50 facteurs pris en compte), le nombre de patients à interroger a été fixé à 500. Les variables qualitatives ont été décrites en termes de nombre, de pourcentage et d'intervalles de confiance à 95% selon la distribution normale. Les variables quantitatives ont été décrites comme moyennes avec écart-type. Chi-2, Chi-2 corrigé ou test exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives.

Un test de Fisher exact a été utilisé pour l'analyse de variables quantitatives avec une distribution normale et des variances homogènes. Lorsque la distribution n'était pas normale, un test de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis a été utilisé. Une valeur p inférieure à 0,05 a été considérée comme significative.

II.3. RESULTATS

II.3.1. Description de la population de l'étude

519 patients ont accepté de répondre au questionnaire. Les caractéristiques démographiques sont résumées dans le Tableau 3.

L'âge moyen était de 61 ± 13 ans et 78% des patients étaient des femmes (ratio F/H : 3,63).

Les patients étaient le plus souvent retraités ou sans emploi (64,33%), vivant en zone rurale (57,71%). L'IMC était dans la norme ($24,70 \pm 6,25$). Le niveau d'étude moyen était l'obtention du brevet ± du baccalauréat (65,47% des patients).

Les patients faisant partie d'une association de malades ou ayant assisté à au moins une séance d'éducation thérapeutique du patient (ETP) étaient largement minoritaires (respectivement 9,16% et 23,38%).

Soixante-dix-neuf pourcents des patients étaient non-fumeurs (dont 35,66% sevrés) et 49,42% déclaraient ne pas consommer d'alcool.

Tableau 3 : Caractéristiques démographiques

Caractéristiques	Données	Total
Sexe		
Femme	407 (78,42%)	519
Homme	112 (21,58%)	
Age (Moyenne ± Ecart-type)	61,13 ± 13,86	515
Poids (Moyenne ± Ecart-type)	68,38 ± 14,98	511
IMC (Moyenne ± Ecart-type)	24,70 ± 6,25	502
Lieu de vie		506
Rural	292 (57,71%)	
Urbain	210 (41, 50%)	
Profession		
*Agriculteurs, artisans, commerçants, ouvriers	47 (9,16%)	513
*Cadres, Employés	136 (26,51%)	
*Retraités, sans emploi	330 (64,33%)	
Niveau d'étude		
Aucun	45 (8,98%)	501
Brevet/Baccalauréat	328 (65,47%)	
Enseignement supérieur	128 (25,55%)	
Association de malades		
Oui	47 (9,16%)	513
Non	465 (90,64%)	
ETP		
Oui	119 (23,38%)	509
Non	390 (76,62%)	
Tabac		
Oui	108 (20,93%)	516
Non	224 (43,41%)	
Sevré	184 (35,66%)	
Alcool		
Non	254 (49,42%)	514
<2 verres/j	241 (46,89%)	
>2verres/j	19 (3,70%)	

II.3.2. Caractéristiques de la maladie

L'ensemble des caractéristiques est détaillé dans le Tableau 4.

Plus de 67% des patients ont été recrutés en consultation dans les différents centres. La polyarthrite rhumatoïde évoluait en moyenne depuis 14 ans. Les facteurs Rhumatoïdes étaient positifs dans 77,7% des cas et les anti-CCP étaient positifs dans 79,8% des cas. Des érosions étaient présentes chez 62,3% des patients.

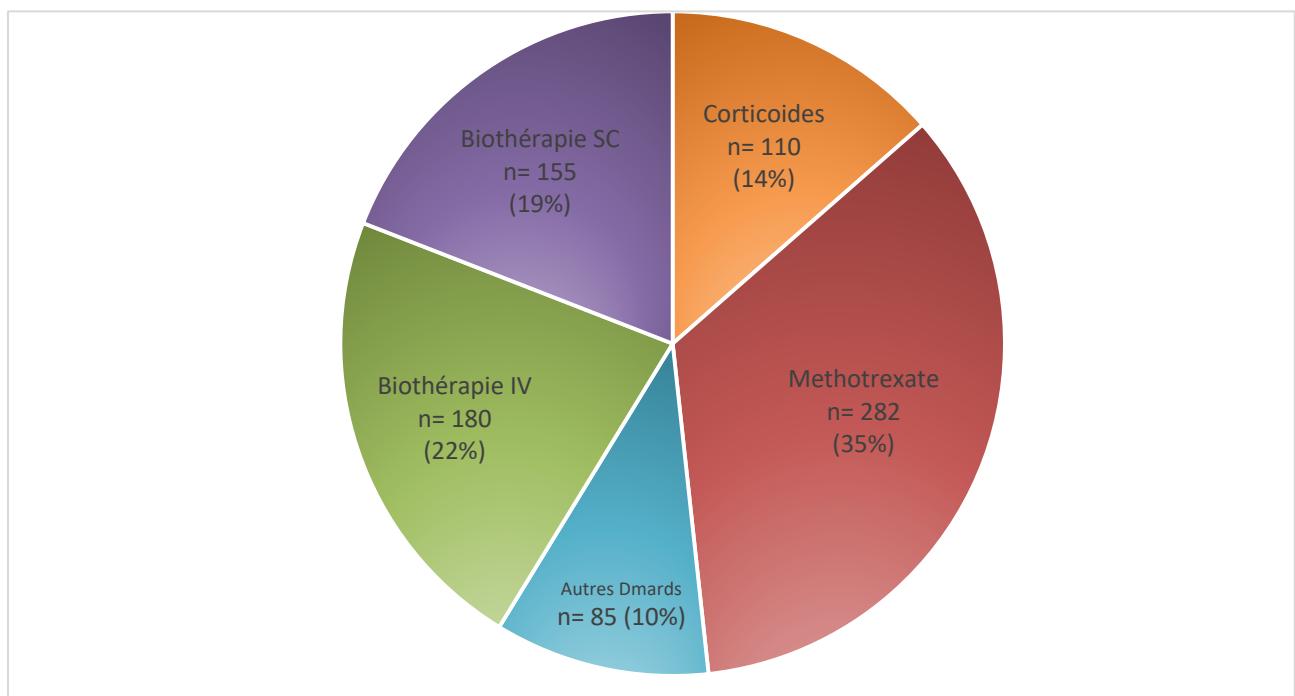
Le nombre moyen d'articulations douloureuses et gonflées était respectivement de 2,4 et de 1,36. L'EVA Maladie était de $26,56 \pm 22,79$ sur 100. Les paramètres biologiques de l'inflammation étaient bas avec une CRP moyenne à $5,79 \pm 8,98\text{mg/l}$ et une VS à $15,43 \pm 16,70\text{mm}$ à la première heure. La majorité des patients avaient une PR en rémission ou faible activité (DAS 28 CRP $2,58 \pm 1,15$ et DAS 28 VS $2,66 \pm 1,34$).

Tableau 4 : Caractéristiques de la maladie

Caractéristiques de la maladie	Données	
Recrutement		
n=503	Consultation Hospitalisation HDJ	340 (67,5%) 48 (9,5%) 115 (22,8%)
Durée d'évolution (en années)		14 ans \pm 10 ans
n=492		
Facteurs Rhumatoïdes		
n=486	Absence Présence	108 (22,2%) 378 (77,7%)
Ac Anti-CCP		
n=481	Absence Présence	97 (20,1%) 384 (79,8%)
Erosions		
n=491	Absence Présence	185 (37,8%) 306 (62,3%)
NAD (sur 28)		$2,40 \pm 3,88$
n=455		
NAG (sur 28)		$1,36 \pm 2,67$
n=457		
EVA Maladie (sur 100)		$26,56 \pm 22,79$
n=448		
CRP		$5,79 \pm 8,98$
n=443		
VS		$15,43 \pm 16,70$
n=364		
DAS 28 CRP		$2,58 \pm 1,15$
n=443		
DAS 28 VS		$2,66 \pm 1,34$
n=362		

Concernant les traitements de fond, seuls 14% des patients étaient sous corticoïdes ; 35% d'entre eux étaient sous Methotrexate (soit per os soit en injection sous-cutanée) ; 10% des patients étaient traités par un autre DMARD synthétique ; 22% des patients étaient traités par une biothérapie IV et 19% par une biothérapie en sous-cutanée (soit un total de 41% des patients sous biothérapie) (Figure 5).

Figure 5 : Traitements de fond des PR



II.3.3. Évaluation de l'observance thérapeutique

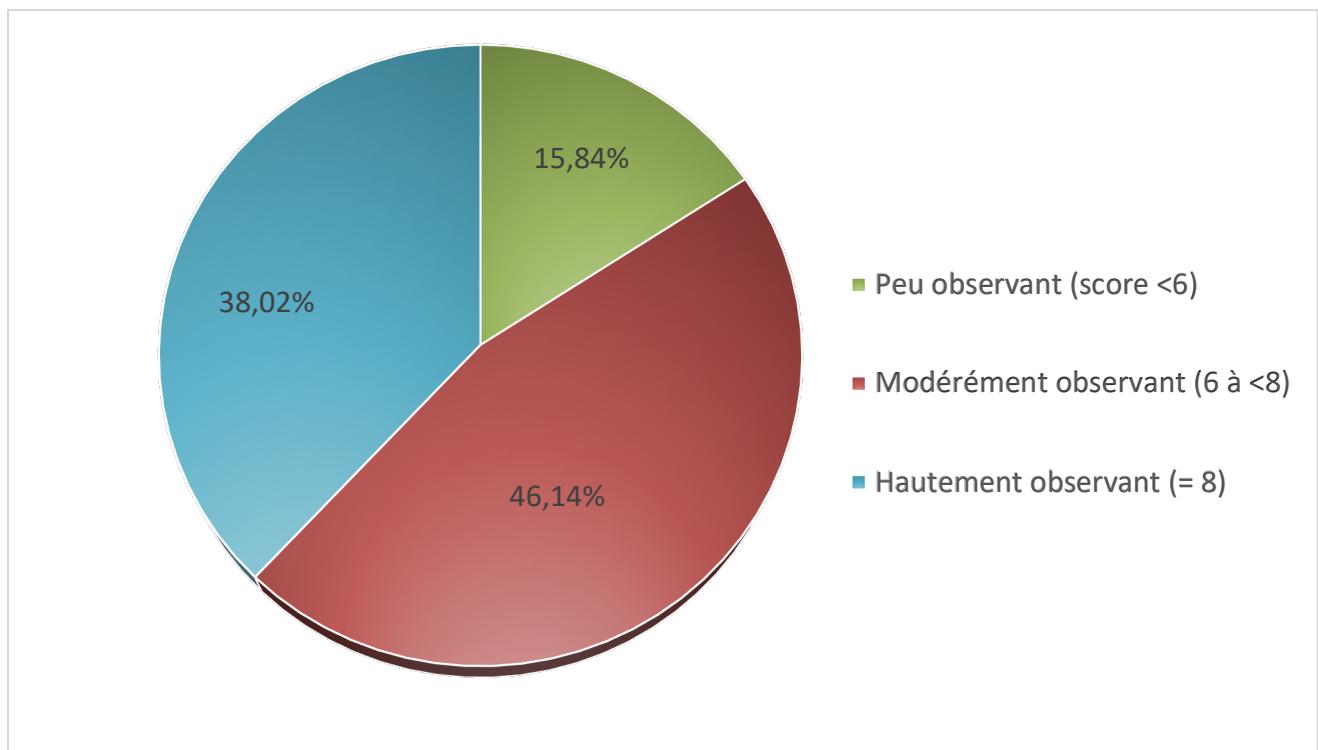
Notre questionnaire comprenait un court auto-questionnaire de 8 items, validé en français pour mesurer l'observance thérapeutique [31].

Il permet de constituer trois groupes de patients :

- Les patients « hautement observants » : 8 points
- Les patients « modérément observants » : ≥ 6 points ; < 8 points
- Les patients « peu observants » : < 6 points.

505 patients ont répondu à notre questionnaire sur l'observance : 80 (soit 15,84%) se sont déclarés peu observants ; 233 (soit 46,14%) modérément observants et 192 (soit 38,02%) hautement observants (Figure 6). L'observance moyenne était de $6,80 \pm 1,41$ points.

Figure 6 : Évaluation de l'observance des patients par auto-questionnaire à 8 items



Le Tableau 5 montre les scores d'observance selon les données démographiques.

Le sexe, l'IMC, le lieu de vie, la consommation d'alcool ou tabac, l'adhésion à une association de malade ou la participation à au moins une séance d'ETP n'étaient pas des facteurs influençant l'observance thérapeutique.

L'observance thérapeutique variait en fonction des facteurs démographiques suivants :

- L'âge : observance thérapeutique était meilleure chez les patients les plus âgés. Les patients peu observants étaient âgés de 52 ± 12 ans en moyenne ; les patients modérément observants étaient âgés de 59 ± 12 ans en moyenne et les patients hautement observants étaient âgés de 66 ± 13 ans en moyenne ($p= 0.0001$).
- La profession : les patients retraités/sans emploi étaient davantage hautement observants (43,16% contre 41,30% des agriculteurs/commerçants/artisans/ouvriers et 25,38% des cadres et employés) ($p=0.000$).
- Le niveau d'étude : les patients n'ayant pas fait d'étude étaient statistiquement plus observants (51,16% contrairement à ceux ayant fait des études supérieures, seulement 21,77% d'entre eux étaient hautement observants) ($p=0.000$).

Tableau 5 : Observance thérapeutique selon les données démographiques

Caractéristiques Démographiques		Faible observance	Observance moyenne	Forte observance	Test de significativité (p)
Sexe	(n=504)	79	233	192	
Femmes	(n=396)	69	179	148	p= 0,117
Hommes	(n=108)	10	54	44	
Age	n	79	232	189	p=0.0001
Moyenne ±	Ecart-type	52 ± 12	59 ± 12	66 ± 13	
IMC	n	78	224	185	p=0.08
Moyenne ±	Ecart-type	23 ± 7	24 ± 6	25 ± 5	
Lieu de vie					
Rural	(n=283)	47	126	110	
Urbain	(n=204)	30	99	75	p= 0.455
Profession					
*Agriculteurs, artisans, commerçants, ouvriers (n=46)		7 (15,21%)	20 (43,47%)	19 (41,30%)	p=0.000
*Cadres, Employés (n=130)		35 (26,92%)	62 (47,69%)	33 (25,38%)	
*Retraités, sans emploi (n=322)		35 (10,86%)	148 (45,96%)	139 (43,16%)	
Niveau d'étude					
Aucun (n=43)		6 (13,95%)	15 (34,22%)	22 (51,16%)	
Brevet/Baccalauréat (n=319)		38 (11,91%)	146 (45,76%)	135 (42,31%)	p=0.000
Enseignement supérieur (n=124)		31 (25%)	66 (53,22%)	27 (21,77%)	
As. Malades	(n=498)	77	231	190	
Oui	(n=451)	70	210	171	
Non	(n=46)	7	20	19	p=0.960
ETP	(n=494)	77	228	189	
Oui	(n=119)	25	51	43	
Non	(n=375)	52	177	146	p=0.173
Tabac	(n=501)	77	232	192	
Non	(n=217)	31	92	94	
Oui	(n=105)	21	48	36	
Sevré	(n=179)	25	92	62	p=0.193
Alcool	(n=499)	78	231	190	
Non	(n=250)	36	109	105	
<2 verres/j	(n=232)	41	113	78	
>2 verres/j	(n=17)	1	9	7	p=0.287

II.3.4. Régimes alimentaires spéciaux et Polyarthrite rhumatoïde

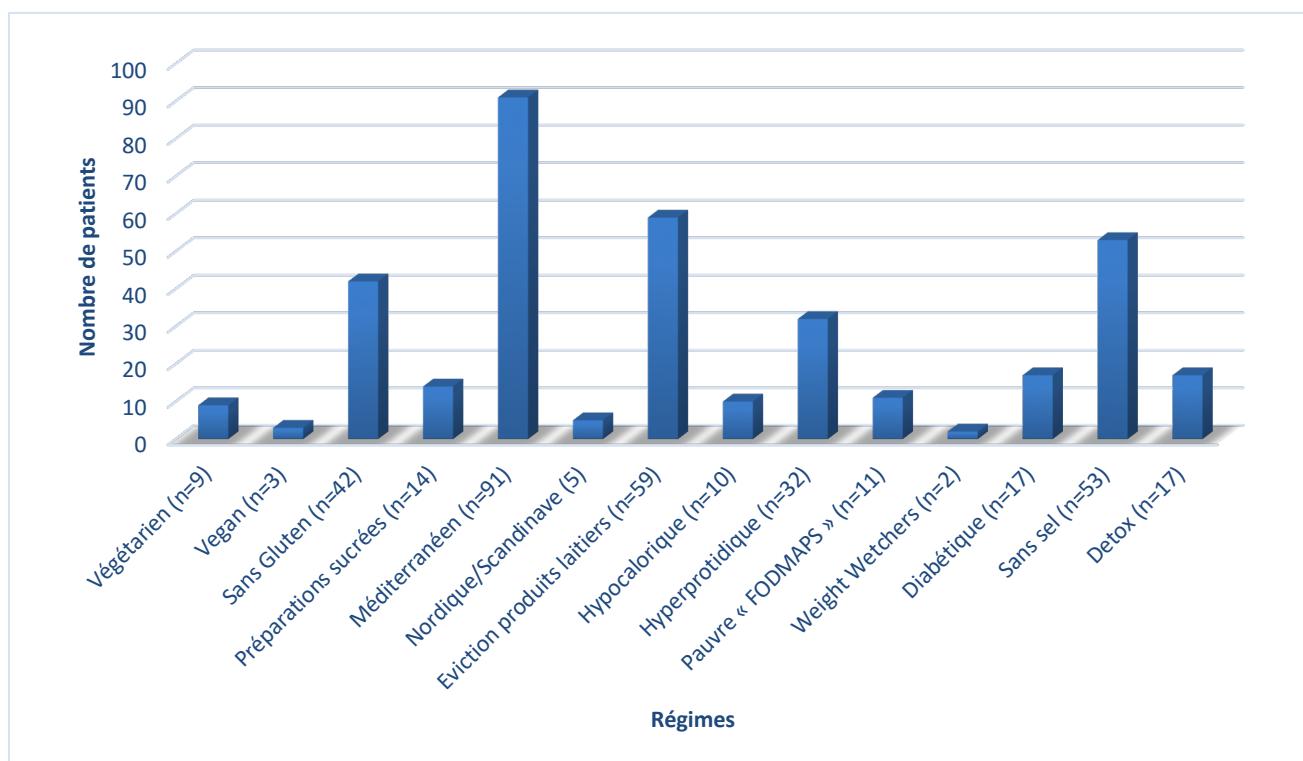
514 patients ont répondu à nos questions sur leurs habitudes alimentaires. 40,47% des patients déclaraient suivre un régime alimentaire particulier parmi ceux que nous avons cité.

❖ Fréquence des régimes spéciaux :

Les trois régimes alimentaires spéciaux les plus fréquents suivis par nos patients étaient : (Figure 7)

- Le régime méditerranéen pour 17,81% des patients (soit 91 patients) ;
- L'éviction des produits laitiers pour 11,55% des patients (soit 59 patients)
- Le régime sans sel pour 10,37% des patients (soit 53 patients).

Figure 7 : Fréquence des régimes spéciaux chez nos patients PR

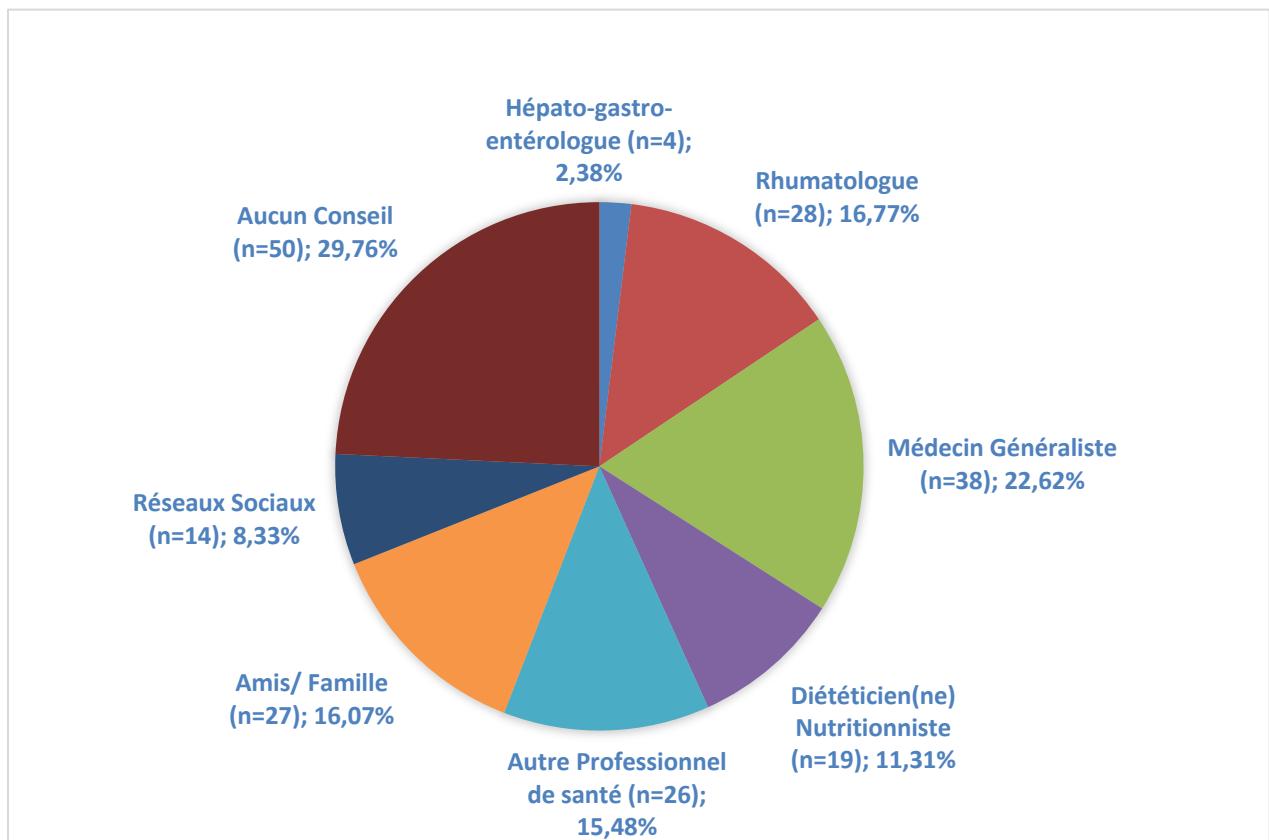


❖ Personnes ayant conseillé le régime aux patients :

La plupart des patients déclaraient ne pas avoir été conseillés pour effectuer ce régime (29,76%). Les personnes-conseil les plus fréquemment rapportées étaient (Figure 8) :

- Les médecins généralistes dans 22,62% des cas,
- Les rhumatologues dans 16,77% des cas,
- Les amis ou la famille dans 16,07% des cas.

Figure 8 : Personnes ayant conseillé un régime spécial aux patients PR



❖ **Concernant le suivi des régimes spéciaux :**

Sur 174 patients ayant répondu, 87,36% (soit 152 patients) déclaraient ne pas avoir de suivi spécialisé.

❖ **Effet des régimes sur la santé :**

Plus d'un tiers des patients rapportaient une efficacité du régime qu'ils suivent sur les douleurs articulaires (37,89% des patients). L'amélioration des TFI et de la fatigue était aussi rapportée chez respectivement 20,62% et 19,25% des patients. Un tiers des patients rapportaient l'absence d'efficacité du régime (29,19%) (Tableau 6).

Tableau 6 : Effet(s) du régime spécial sur la santé

Effet du régime	% (n)
Douleurs articulaires (n=161)	37,89% (n=61)
Aucun effet (n=161)	29,19% (n=47)
Perte de poids (n=161)	24,22% (n=39)
Troubles fonctionnels intestinaux (n=160)	20,62% (n=33)
Fatigue (n=161)	19,25% (n=31)
Sommeil (n=161)	11,80% (n=19)
Prise de poids (n=160)	10% (n=16)

❖ **Profil des patients suivant un régime spécial :**

- Régime végétarien : 9 patients réalisaient un régime végétarien, il s'agissait exclusivement de femmes. La moyenne d'âge était de 58ans ± 10 ans. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative de l'IMC entre les patients végétariens et ceux non végétariens. Les patients suivant un régime végétarien sont plus fréquemment issus de l'enseignement supérieur ($p=0,012$). Ils sont le plus souvent fumeurs ($p=0,032$).
- Régime Vegan : Trois patients réalisaient un régime vegan : 2 femmes et un homme. La moyenne d'âge était de 61 ans ± 8ans. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative par rapport au reste de l'échantillon pour l'ensemble des données démographiques, probablement par manque de puissance.
- Régime sans gluten : 39 patients réalisaient un régime sans gluten. Il s'agit le plus souvent de femmes ($p=0,019$). La moyenne d'âge était de 59,10ans ± 10ans. Leur poids est plus bas que celui du reste de la population (en moyenne 62 ±10kg contre 68 ±15kg, $p=0,0068$) ainsi que leur IMC (21,6 ± 6 contre 25 ± 6, $p=0,0005$). Ils sont le plus souvent cadres ou employés ($p=0,013$) et ont fait des études supérieures ($p=0,012$).
- Consommation de produits riches en sucres : il s'agissait principalement de femmes (12 patientes sur 14). L'IMC n'était pas différent de celui du reste de la population. Ils n'ont le plus fréquemment pas fait d'études ($p=0,028$) et sont le plus souvent fumeurs ($p=0,021$).
- Régime méditerranéen : 91 patients réalisaient un régime méditerranéen dont 71 femmes. Ils sont en moyenne plus âgés que le reste de la population (65 ± 13 ans contre 60 ± 13 ans, $p=0,0006$) et vivent en milieu urbain ($p=0,020$). Les patients réalisant un régime méditerranéen sont le plus souvent issus de l'enseignement supérieur ($p=0,001$) et adhèrent à une association de patients ($p=0,005$).
- Régime Nordique : Cinq patients réalisaient ce régime dont 4 femmes. Ils résident majoritairement en zone urbaine ($p=0,019$), sont cadres ou employés ($p=0,009$).

- Régime éviction des produits laitiers : Il s'agit le plus souvent de femmes ($p=0,010$). Leur poids est statistiquement plus faible (64 ± 12) que celui du reste de la population ($68,91 \pm 15$) ($p=0,0185$). Leur IMC est également plus bas ($22,70 \pm 6,76$ contre $24,94 \pm 6,19$, $p=0,01$). Ils sont le plus souvent cadres ou employés ($p=0,003$), ont fait des études supérieures ($p=0,002$) et adhèrent à une association de patients ($p=0,047$). La majorité d'entre eux consomme plus de deux verres de vin par jour ($p=0,026$).

- Régime hypocalorique : 10 patients suivaient ce régime dont 9 femmes. Leur poids moyen est de 82 ± 19 kg, statistiquement plus élevé que le reste de la population (68 ± 14 , $p=0,0276$). Leur IMC est également plus élevé (29 ± 6 contre 24 ± 6 ; $p=0,0168$).

- Régime hyperprotéiné : 32 patients réalisaient ce régime dont 25 femmes. Ils consomment plus de 2 verres d'alcool par jour ($p=0,026$).

- Régime pauvre en « FODMAPS » : Onze patients réalisaient ce régime dont 8 femmes. Ils consomment plus de deux verres d'alcool par jour ($p=0,036$).

- Régimes Weight Watchers / Dukan / Cohen : Seulement 2 femmes suivaient un de ces régimes. Aucune différence statistiquement significative avec la population générale n'a pu être mise en évidence devant ce faible effectif.

- Régime diabétique : 17 patients suivaient ce régime dont 15 femmes. Leur IMC est statistiquement plus élevé (28 ± 6) que celui du reste de la population (24 ± 6) ($p=0,0229$). Ils résident le plus souvent en zone rurale ($p=0,017$).

- Régime sans sel : 53 patients suivaient ce régime dont 43 femmes. Leur moyenne d'âge est statistiquement plus élevée que celui du reste de la population (68 ± 15 ans contre 60 ± 13 ans) ($p=0,0002$). Les patients réalisant ce régime sont majoritairement non-fumeurs ($p=0,027$) et ne consomment jamais d'alcool ($p=0,000$).

- Régime « Détox » : Dix-sept patients suivaient ce régime dont 15 femmes. Les patients réalisant ce régime sont majoritairement non-fumeurs ($p=0,0004$) et ne consomment jamais d'alcool ($p=0,021$).

Au total : 208 patients réalisaient un ou plusieurs régimes alimentaires. 171 étaient des femmes, 37 des hommes. La moyenne d'âge des patients réalisant un régime alimentaire était plus élevée : (62 ± 13 ans contre 60 ± 14 ans des patients ne réalisant pas de régime, $p=0,0132$). Ceux réalisant un régime résidaient le plus souvent en zone urbaine ($p=0,001$), ont fait des études supérieures ($p=0,000$) et adhéraient à une association de patients ($p=0,018$).

❖ **Impact des régimes sur l'activité de la PR chez nos patients :**

Nous avons étudié l'impact des différents régimes sur l'activité de la maladie.

Concernant le NAD : le nombre d'articulations douloureuses était statistiquement plus élevé chez les patients ayant une alimentation riche en produits sucrés et un régime sans sel (respectivement $p=0,0418$ et $p=0,0014$).

Concernant le NAG : nous n'avons pas mis en évidence de différence statistique.

Concernant l'EVA Maladie : l'EVA Maladie était statistiquement plus élevée chez les patients pratiquant un régime sans sel ($p=0,0028$).

Concernant le DAS 28 CRP : le DAS 28 CRP était plus élevé chez les patients pratiquant un régime sans sel ($p=0,0112$).

Concernant le DAS 28 VS : le DAS 28 VS était plus élevé chez les patients pratiquant un régime sans sel ($p=0,0440$).

Concernant la VS : nous n'avons pas mis en évidence de différence statistique.

Concernant la CRP : nous n'avons pas mis en évidence de différence statistique.

❖ **Impact des régimes alimentaires sur l'adhésion thérapeutique :**

Nous avons étudié l'impact des différents régimes sur le niveau d'adhésion thérapeutique (faiblement observant, modérément observant et hautement observant).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence d'observance entre les patients ne réalisant pas de régime et ceux pratiquant un régime végétarien, vegan, sans gluten, riche en aliments sucrés, méditerranéen, nordique/scandinave, hypocalorique, hyperprotidique, Weight Watchers, ni diabétique.

En revanche :

- 54,71% des patients réalisant un régime sans sel étaient hautement observants contre 35,87% des patients ne réalisant pas ce régime ($p=0,019$) ;
- 68,75% des patients réalisant un régime « Détox » étaient hautement observants contre 36,85% des patients ne réalisant pas ce régime ($p=0,027$).

A l'inverse,

- Seulement 28,07% des patients réalisant un régime avec éviction des produits laitiers étaient hautement observants contre 39,14% des patients ne réalisant pas ce régime ($p=0,047$) ;
- De la même façon, seulement 27,27% des patients suivant un régime pauvre en FODMAPS étaient hautement observants contre 38,11% des patients ne suivant pas ce régime ($p=0,036$).

❖ **Impact des régimes alimentaires sur les comorbidités :**

Nous avons calculé l'index de Charlson pour chaque patient afin d'établir des scores de comorbidités et nous avons cherché à déterminer si la pratique de régimes alimentaires spéciaux avait un impact sur ce score.

L'index de Charlson prend en compte l'existence d'un diabète, d'une hépatopathie, d'un cancer solide, d'une infection par le VIH, d'une insuffisance rénale chronique, d'une insuffisance cardiaque, d'un infarctus du myocarde, d'une pathologie pulmonaire chronique, d'une maladie vasculaire périphérique, d'un antécédent d'AIT/AVC, d'une démence, d'une maladie auto-immune, d'une leucémie ou lymphome, d'un ulcère gastroduodénal. Il calcule un score global de comorbidité.

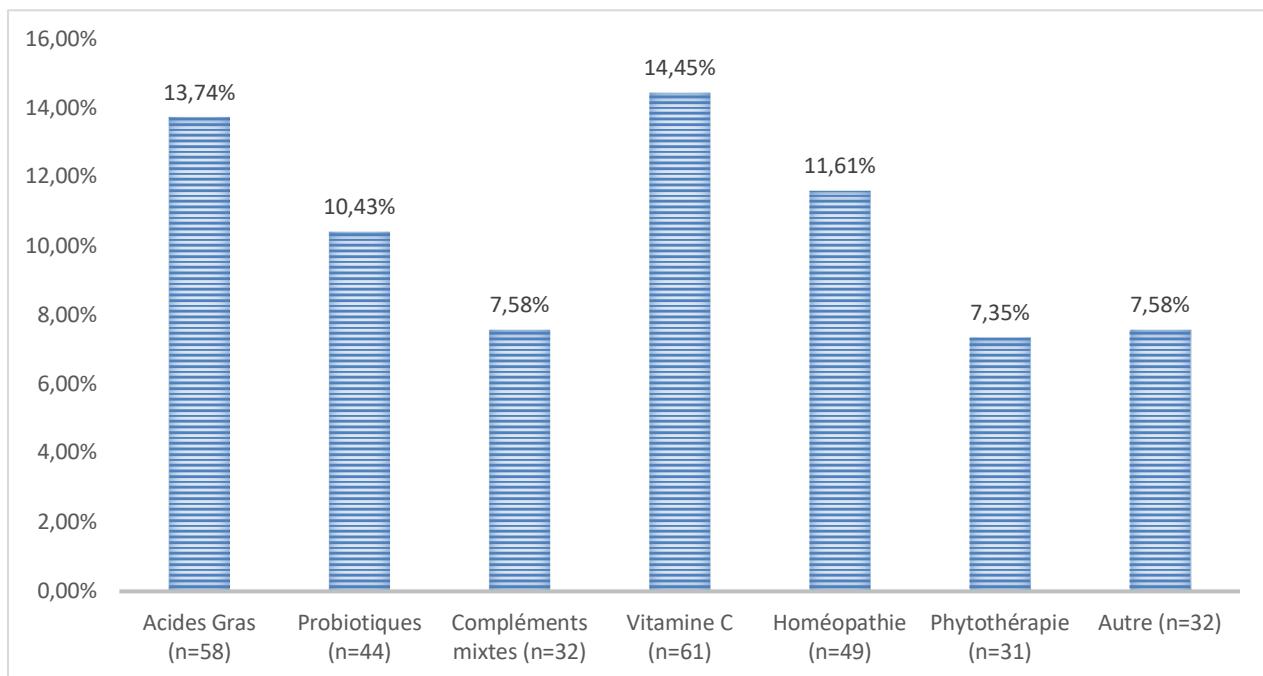
Aucune différence statistique significative n'a été mise en évidence entre les différents régimes alimentaires étudiés et le score global de comorbidités.

II.3.5. Compléments alimentaires et Polyarthrite Rhumatoïde

❖ Consommation de compléments alimentaires chez les patients atteints de PR :

Sur 509 patients ayant répondu aux questions sur l'usage des compléments alimentaires, 33,40% (n=170) déclaraient consommer ou avoir consommé des compléments alimentaires (Figure 9).

Figure 9 : Compléments alimentaires consommés



Les compléments alimentaires les plus consommés étaient la vitamine C (14,45%) ; les acides gras (13,74%) et l'homéopathie (11,61%).

❖ **Profil des patients consommant des compléments alimentaires :**

- Les acides gras : Les patients qui consommaient des acides gras avaient une moyenne d'âge plus élevée que ceux qui n'en consommaient pas (en moyenne 65 ± 12 ans contre 59 ± 13 ans, $p=0,0042$). Il n'a pas été retrouvé d'autre différence statistiquement significative dans cette étude.
- Les probiotiques : Les femmes consommaient davantage de probiotiques ($p=0,039$). Leur poids était plus faible (en moyenne 62 ± 10 kg) que ceux qui ne consommaient pas de probiotiques (en moyenne 68 ± 15 kg, $p=0,0071$). Leurs IMC était également plus faible (22 ± 5 contre 24 ± 6 , $p=0,0139$).
- Les compléments alimentaires mixtes : aucune corrélation démographique n'a pu être mise en évidence dans cette étude.
- La vitamine C : La majorité des patients consommant de la vitamine C étaient des femmes ($p=0,019$). Leur poids était en moyenne plus faible (65 ± 15 kg contre 68 ± 14 kg pour ceux qui n'en consommaient pas, $p=0,037$). Ils étaient majoritairement non-fumeurs ($p=0,042$) et déclaraient ne jamais consommer d'alcool ($p=0,020$).
- L'homéopathie : Les consommateurs d'homéopathie étaient majoritairement des femmes ($p=0,018$). Leur poids était plus faible, en moyenne 62 ± 12 kg contre 68 ± 14 kg pour ceux qui n'en consommaient pas ($p=0,0030$) ; leur IMC était également plus faible (22 ± 6 contre 24 ± 6 , $p=0,0017$). Ils étaient majoritairement non-fumeurs ($p=0,015$).
- La phytothérapie : aucune corrélation n'a été mise en évidence dans cette étude.

Au Total : Les femmes consommaient davantage de compléments alimentaires ($p=0,001$). Les patients qui consommaient des compléments alimentaires avaient tendance à être plus âgés avec une moyenne d'âge de 62 ± 14 ans contre 60 ± 14 ans pour ceux qui n'en consommaient pas ($p=0,035$) ; à avoir un poids plus faible (65 ± 13 kg contre 69 ± 15 kg, $p=0,0229$) ; leur IMC était également plus faible (IMC 23 ± 6 contre 25 ± 6 , $p=0,0059$). Ils résidaient majoritairement en zone urbaine ($p=0,001$).

❖ **Impact des compléments alimentaires sur l'activité de la maladie :**

Nous avons cherché à déterminer si la consommation de compléments alimentaires avait un impact sur l'activité de la PR.
Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée, tant sur les items cliniques (NAD, NAG) que biologiques (VS, CRP) du DAS 28.

❖ **Consommation de compléments alimentaires et adhésion thérapeutique :**

Nous avons cherché à savoir si la consommation de compléments alimentaires avait un impact sur l'adhésion thérapeutique. Aucune différence statistiquement significative du niveau d'observance n'a été mise en évidence entre les groupes avec ou sans compléments alimentaires.

❖ **Impact des compléments alimentaires sur les comorbidités (index de charlson) :**

Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les différents types de compléments alimentaires étudiés et le score global de comorbidités.

II.3.6. Médecines alternatives et Polyarthrite Rhumatoïde

❖ Fréquence des médecines alternatives chez les patients PR :

Sur 518 patients ayant répondu à ce questionnaire, 246 patients (soit 47,49%) ont déjà eu recours à une ou des médecines alternatives.

Les trois les plus fréquemment rapportées étaient l'homéopathie pour 27,51% des cas, l'acupuncture pour 26,51% des cas, et le recours à un magnétiseur dans 12,85% des cas (Tableau 7).

Tableau 7 : Fréquence des médecines alternatives dans notre population de patients PR

Médecines alternatives n=518	47,49% (n=246)
Acupuncture n=498	26,51% (n=132)
Magnétiseur n=498	12,85% (n=64)
Réflexologie n=498	4,62% (n=23)
Sophrologie n=497	8,05% (n=40)
Aromathérapie n=498	5,42% (n=27)
Homéopathie n=498	27,51% (n=137)
Médecine Chinoise n=498	4,82% (n=24)
Autres n=502	8,17% (n=41)

❖ Description de la population ayant recours aux médecines alternatives :

L'acupuncture : la majorité étaient des femmes ($p=0,002$), leur poids était statistiquement plus faible ($66,25 \pm 14\text{kg}$ contre $69,17 \pm 14\text{kg}$, $p=0,0311$), de même que leur IMC ($23,77 \pm 6,20$ contre $25,07 \pm 6,16$, $p= 0,0303$). Leur lieu de vie était le plus souvent urbain ($p=35,14$), ils étaient plutôt cadres ou employés ($p=0,040$), avaient fait des études supérieures dans la majorité des cas ($p=0,001$) et avaient participé à au moins une séance d'ETP ($p=0,006$).

Les magnétiseurs : Les patients ayant recours à des magnétiseurs étaient statistiquement plus jeunes ($56,53 \pm 12\text{ans}$ contre $61,41 \pm 13\text{ans}$, $p=0,0075$). Leur poids était plus faible ($63,35 \pm 12\text{kg}$ contre $69,14 \pm 15\text{kg}$, $p= 0,0043$), comme leur IMC ($23,39 \pm 5,21$ contre $24,92 \pm 6,31$, $p= 0,0089$). Ils résidaient en majorité en zone urbaine ($p=0,025$), faisaient en majorité partie d'une association de malades ($p=0,002$) et avaient déjà participé à au moins une séance d'ETP ($p=0,002$).

La réflexologie : ceux qui l'utilisaient étaient majoritairement des femmes ($p=0,038$), résidaient en zone urbaine ($p=0,007$).

La sophrologie : ceux qui l'utilisaient étaient majoritairement des femmes ($p=0,026$), avait fait des études supérieures ($p=0,042$), et avaient déjà participé à au moins une séance d'ETP ($p=0,005$).

L'aromathérapie : Les patients qui avaient recours à l'aromathérapie étaient en majorité des cadres ou des employés ($p=0,016$). Il n'a pas été retrouvé d'autre corrélation statistiquement significative dans cette étude.

L'homéopathie : Les patients ayant le plus souvent recours à l'homéopathie étaient les femmes ($p=0,000$). Leur poids était plus faible ($65,07 \pm 13\text{kg}$ contre $69,65 \pm 15\text{kg}$, $p=0,0016$), comme leur IMC ($23,80 \pm 5$ contre $25,08 \pm 6$, $p=0,0084$). La majorité des patients utilisant l'homéopathie résidaient en zone urbaine ($p=0,012$), étaient cadres ou employés ($p=0,002$), avaient fait des études supérieures ($p=0,000$), faisaient partie d'une association de patients ($p=0,004$) et avaient déjà participé à au moins une séance d'ETP ($p=0,011$). La majorité n'avait jamais fumé ($p=0,010$).

La médecine chinoise : L'IMC des patients était plus faible ($21,30 \pm 7$ contre $24,88 \pm 6$, $p=0,0320$). Ils avaient davantage fait des études supérieures ($p=0,031$), avaient majoritairement participé à au moins une séance d'ETP ($p=0,000$) et consommaient en moyenne moins de 2 verres d'alcool par jour ($p=0,017$).

Au total : les patients ayant le plus souvent recours à des modes de soins alternatifs étaient des femmes ($p=0,000$), leur poids était statistiquement plus faible ($66,13 \pm 13\text{ kg}$) que celui du reste de la population ($70,40 \pm 15\text{kg}$) ($p=0,0007$) de même que leur IMC ($23,77 \pm 6,10$ contre $25,53 \pm 6,29$) ($p=0,0002$).

La majorité résidait en zone urbaine ($p=0,000$), avaient fait des études supérieures ($p=0,000$), faisaient partie d'une association de patients ($p=0,017$) et avaient participé à au moins une séance d'ETP ($p=0,000$).

❖ **Impact des médecines alternative sur l'activité de la maladie :**

Concernant le NAD, seuls les patients adhérant à la médecine chinoise avaient un NAD plus faible dans cette étude ($p=0,0094$).

Concernant le NAG, de la même façon, seuls les patients adhérant à la médecine chinoise avaient un NAG plus faible dans cette étude ($p=0,0334$).

Concernant l'EVA Maladie, seuls les patients ayant effectué des séances de réflexologie ont déclaré une efficacité sur leur appréciation de l'EVA Maladie.

Concernant le DAS 28 VS, seuls les patients utilisant l'aromathérapie avaient un DAS 28 VS plus faible dans cette étude ($p=0,0365$).

Aucune différence de DAS 28 CRP statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les groupes de médecines alternatives et le groupe sans médecines alternatives.

De la même façon, aucune différence de VS statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les groupes de médecines alternatives et le groupe sans médecines alternatives.

Concernant la CRP, les patients utilisant l'aromathérapie avaient une CRP plus basse que les autres ($p=0,0426$).

❖ **Impact des médecines alternatives sur l'adhésion thérapeutique :**

Aucune différence d'adhésion thérapeutique n'a été mise en évidence dans cette étude entre les différents groupes de médecine alternative (acupuncture, magnétisme, réflexologie, sophrologie, aromathérapie, homéopathie).

En revanche, il semble que les patients ayant recours à la médecine chinoise soient moins observants que les autres. En effet, dans cette étude, seuls 8,33% des patients se soignant avec de la médecine chinoise étaient hautement observants. 37,5% d'entre eux étaient faiblement observants contre 15,11% des patients n'ayant pas recours à de la médecine chinoise ($p=0,001$).

❖ **Impact des médecines alternatives sur les comorbidités (Index de Charlson) :**

Dans cette étude, nous n'avons pas mis en évidence de différence entre les comorbidités et une prise en charge par acupuncture, sophrologie, aromathérapie ni homéopathie.

En revanche, il existait une diminution statistiquement significative de l'index de comorbidités chez les patients traités par magnétisme ($p=0,015$) et médecine chinoise ($p=0,010$).

III. DISCUSSION

III.1. Population de l'étude

Nous avons mené une étude observationnelle multicentrique sur 519 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. 78% des patients étaient des femmes (ratio F/H: 3,63), l'âge moyen était de 61 ans, l'IMC était dans la norme. Notre échantillon concorde avec les données épidémiologiques connues: la polyarthrite rhumatoïde est trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et sa prévalence augmente avec l'âge[1].

Les patients n'ayant jamais fumé ou les patients sevrés en tabac représentent 78% de notre échantillon. Ce résultat est important et encourageant lorsque l'on sait que le tabagisme actif chez les patients atteints de PR est associé à une maladie plus active, un plus grand handicap, à davantage de manifestations extra-articulaires de la maladie (nodules rhumatoïdes, atteinte pulmonaire), et surtout à une moins bonne réponse thérapeutique aux DMARDS [32]. D'autre part, le tabac majore fortement les comorbidités cardiovasculaires chez ces patients qui sont déjà à haut risque cardiovasculaire, la PR constituant en soi un risque cardiovasculaire supplémentaire.

La majorité des PR évoluaient depuis 14 ans, étaient érosives, facteurs rhumatoïdes positifs et ACPA positifs. Néanmoins, elles étaient bien équilibrées avec un DAS 28 VS ou CRP en rémission ou de faible activité ce qui a rendu plus difficile la mise en évidence d'effets potentiels de nos médecines alternatives et complémentaires sur l'activité des PR.

41% des patients étaient sous biothérapie (IV ou SC), 35% étaient sous Methotrexate. Seulement 14% des patients étaient sous corticothérapie orale, ce qui montre bien l'efficacité des DMARDS et des biothérapies dans l'épargne cortisonique.

III.2. Les régimes alimentaires

Les régimes alimentaires les plus suivis par nos patients sont le régime méditerranéen, l'éviction des produits laitiers et le régime sans sel.

Dans notre étude, le régime méditerranéen n'avait pas d'impact sur l'activité de la PR. Il a tout de même été démontré qu'il peut diminuer les marqueurs de l'inflammation, améliorer le DAS 28 et le HAQ dans la PR dès 12 semaines de régime bien conduit [33].

L'éviction des produits laitiers est un régime d'exclusion qui est l'objet de nombreuses controverses. Dans notre étude, aucune corrélation n'a été mise en évidence entre la consommation ou l'éviction des produits laitiers et l'activité de la maladie. Une étude menée sur la population chinoise publiée en 2016, menée sur 968 patients atteints de PR et 1037 témoins a démontré que la consommation de lait avait de façon statistiquement significative un effet protecteur sur la survenue de PR ($p=0,006$) [34]. Ce résultat était expliqué par les auteurs par le fait que les produits laitiers, en particulier les yaourts, sont riches en probiotiques. L'efficacité des probiotiques sur l'inflammation et les symptômes dans la PR a été démontrée [35] [36]. Une revue d'experts en 2006 déconseillait les régimes d'élimination chez les patients atteints de PR en particulier les régimes avec faible apport en produits laitiers [37]. Un autre point important à souligner est que les patients atteints de maladie chronique sont plus à risque d'ostéoporose. De plus, la corticothérapie au long cours a de nombreux

effets secondaires dont l'ostéoporose cortisonique. Une élimination totale des produits laitiers entraîne donc un haut risque d'ostéoporose secondaire à risque fracturaire chez nos patients.

Le régime sans sel est indiqué en cas d'hypertension artérielle, de corticothérapie orale et de syndrome œdémateux. Il est aisément compréhensible que le régime sans sel soit un des régimes les plus fréquemment suivis par nos patients puisque ceux-ci sont davantage sous corticothérapie orale que la population générale du fait de leur maladie ; il a aussi été démontré dans la littérature que l'incidence et la prévalence de l'HTA est plus élevée chez les patients atteints de PR que dans la population générale [38].

Les médecins généralistes et les rhumatologues sont les médecins ayant le plus conseillé aux patients de réaliser ces régimes. Les patients ont également été conseillés par leur entourage (famille ou amis). Néanmoins, plus de 87% d'entre eux n'ont pas de suivi sur le plan nutritionnel soit par un(e) diététicien(ne) soit par un(e) nutritionniste. Or, comme nous l'avons vu plus haut, certains régimes exposent à des carences nécessitant une évaluation des apports et des suppléments nécessaires. Néanmoins, il ne faut pas décourager les patients d'entamer un régime alimentaire particulier puisque dans un tiers des cas, les patients constatent une diminution de leurs douleurs articulaires, dans 20% des cas une amélioration de leurs TFI et dans 19% des cas de leur fatigue.

Les patients utilisant les CAM sont plutôt des femmes, vivant en zone urbaine, ayant fait des études supérieures, actuellement cadres ou employées, soucieuses de leur santé avec un poids et un IMC plus faibles que le reste de la population. Ces données concordent avec celles de la littérature [30] : une étude norvégienne menée sur 11104 personnes montre que les femmes ont plus recours aux CAM que les hommes, qu'elles sont plutôt jeunes ou d'âge moyen et sont allées à l'université. Dans notre étude, elles ont plus fréquemment assisté à au moins une séance d'ETP et font plus souvent partie d'association de malades. Il existe des exceptions comme pour le régime hypocalorique ou diabétique qui concernent plutôt des patients en surpoids avec un IMC moyen respectivement à 29 et 28 ; le régime riche en préparations sucrées concerne davantage des patients n'ayant pas fait d'études.

Dans notre étude, le régime sans sel était statistiquement associé à un NAD, une EVA Maladie et un DAS 28 plus élevés. Ce régime n'avait pas d'influence sur les paramètres de l'inflammation. Ces résultats sont plutôt en contradiction avec les données de la littérature actuelle. Une revue récente de la littérature rapporte les pistes récentes sur le sujet [39] : l'ensemble des études *in vitro* et *in vivo* montrent qu'un apport excessif en sel aggrave les processus auto-immuns. Il semblerait qu'un apport excessif soit associé à un plus haut risque de PR. Néanmoins, aucune donnée n'existe sur les apports sodés et leurs effets sur les symptômes de la PR ou la réponse thérapeutique. De possibles facteurs confondants existent dans notre étude : nous avons pu voir que les patients réalisant un régime sans sel sont généralement plus âgés. Une recrudescence des douleurs (NAG et EVA Maladie) pourrait s'expliquer par une maladie évoluant depuis plus longtemps que dans le reste de la population PR et par la superposition de douleurs, de rythme mécanique, en lien avec des lésions dégénératives, plus fréquentes dans cette population plus âgée.

La consommation de préparations riches en sucres augmentait le NAD chez nos patients. Il a été montré que la consommation fréquente de sodas sucrés augmente le risque de développer une PR séropositive [40]. Plusieurs études ont également montré que la consommation d'édulcorants énergétiques tels que le sirop de maïs à haute teneur en fructose et le saccharose augmente les paramètres de l'inflammation [41].

Dans notre étude, les patients réalisant un régime sans sel ou un régime « Détox » étaient statistiquement plus adhérents au traitement ; A l'inverse, ceux réalisant un régime pauvre en FODMAPS ou avec éviction des produits laitiers étaient moins adhérents.

A notre connaissance, aucune étude n'a cherché à étudier les corrélations entre régimes alimentaires et adhésion thérapeutique.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence statistiquement significative entre les régimes étudiés et les comorbidités de nos patients. Ceci peut s'expliquer par le fait que nos PR étaient majoritairement de faible activité ou en rémission, ainsi que par le fait qu'il s'agissait d'un recrutement hospitalier impliquant souvent un suivi étroit des comorbidités avec une prise en charge multidisciplinaire hospitalière.

III.3. Les compléments alimentaires

33% de nos patients ont déclaré consommer des compléments alimentaires (principalement de la vitamine C, des acides gras et de l'homéopathie). Dans une revue récente de la littérature sur le sujet [42], il est estimé qu'en moyenne 47% des patients atteints de PR consomment des compléments alimentaires (de 19,2 à 70,4% selon les études). 47% de ces patients constatent une amélioration de leurs symptômes (diminution de la douleur, amélioration du sommeil, réduction de la fatigue, ...).

Comme pour les CAM en général, la population qui consomme le plus les compléments alimentaires sont des femmes, en moyenne plus âgées, de plus faible poids et IMC, vivant en zone urbaine.

Dans notre étude, nous n'avons pas établi de lien entre l'usage des compléments alimentaires et une mauvaise adhésion thérapeutique. De la même façon, dans la revue de la littérature de J. C. DeSalvo et Al [42], 91% des patients en moyenne ont déclaré prendre leur traitement pour la PR ; dans une étude allemande, 97,7% d'entre eux déclaraient prendre leurs médicaments [43].

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistique entre les scores de comorbidités de nos patients et l'utilisation de compléments alimentaires. Une étude allemande menée sur plus de 400 patients avec troubles métaboliques et endocriniens [43] a en effet montré qu'il n'y a pas de corrélation entre diabète ou hypertension et la consommation de compléments alimentaires. En revanche, il existait une corrélation entre les patients consommant des compléments alimentaires et la fréquence des consultations médicales, plus élevée que la moyenne. Ces patients ont tendance à intensifier leur prise en charge médicale. On aurait pu s'attendre à ce que les scores de comorbidité soient donc plus faibles, d'autant plus que certains compléments alimentaires comme les oméga 3 ont prouvé leur efficacité sur la prévention et la diminution des comorbidités chez les personnes âgées [44]. Ils ont des propriétés anti-inflammatoires, anti-hypertensives, hypolipémiantes, anti-thrombotiques, anti-arythmiques et aident à lutter contre la démence.

III.4. Les médecines alternatives

Sur 519 patients ayant répondu à notre questionnaire, 47% ont déjà eu recours à au moins une médecine alternative. Les trois les plus fréquentes dans notre étude étaient l'homéopathie, l'acupuncture et le magnétisme. Le profil des utilisateurs est le même que pour les autres CAM et concorde avec données de la littérature.

Les patients ayant recours à médecine chinoise avaient un NAD et un NAG statistiquement plus bas que le reste des patients. Une étude publiée en 2014 randomisée contrôlée en simple aveugle sur plus de 400 patients a comparé l'efficacité de la médecine occidentale sur la PR à celle de la pharmacopée de la médecine chinoise traditionnelle (MCT) [45]. A 24 semaines, la réponse ACR 20 pour la MCT était de 53% ($p<0,001$), la réponse ACR 50 était de 31,6% ($p=0,01$) et la réponse ACR 70 était de 12,6%. L'efficacité de la médecine occidentale (Methotrexate associé à la salazopyrine) était supérieure pour la réponse ACR 20 et ACR 50. Il n'y avait pas de différence concernant la réponse ACR70. Même si l'efficacité de la médecine occidentale est supérieure à celle de la MCT, l'efficacité de cette dernière sur les symptômes de la PR ne peut être niée. Les patients traités par MCT ont également présenté dans cette étude moins d'effets secondaires que ceux traités par Methotrexate et salazopyrine.

Dans notre étude, les patients ayant recours à l'aromathérapie avaient un DAS 28 VS plus faible et ceux employant la réflexologie avaient une EVA Maladie plus basse. Ces résultats sont concordants avec certaines données de la littérature sur le sujet. Une étude publiée en 2016 a étudié l'effet de la réflexologie et de massages aux huiles essentielles sur la douleur et la fatigue de patients atteints de PR. Ces derniers paramètres étaient évalués grâce à l'échelle visuelle analogique (VAS) et à l'échelle de fatigue (FSS) sur une période de 6 semaines de soins, une fois par semaine. Une diminution statistiquement significative de la douleur et de la fatigue a été démontrée. La douleur était plus basse dès deux séances de massage, le FSS était plus bas à partir de 4 semaines de traitement. Concernant la réflexologie, elle abaisse la douleur et améliorait le score de fatigue dès la première séance [26].

Aucune donnée n'a été mise en évidence concernant l'effet de l'aromathérapie sur les paramètres de l'inflammation. Cependant, ce résultat est à la limite de la significativité avec $p=0,0426$. Néanmoins, plusieurs études menées *in vitro* ont démontré l'effet anti-inflammatoire de certaines huiles essentielles comme l'huile essentielle de lavande ou la citronnelle [46] [47].

III.5. L'observance thérapeutique

38% des patients se sont estimés hautement observants dans cette étude. L'observance thérapeutique dans la PR est variable. Elle varie entre les patients et varie dans le temps chez un même patient. C'est pourquoi une bonne observance thérapeutique varie de 30 à 80% des patients selon les études. Les facteurs influençant cette observance sont nombreux et variables selon les études [48].

Les facteurs associés à une meilleure observance dans notre étude étaient l'âge (les patients les plus âgés sont plus observants), la profession (les retraités ou sans emploi sont plus observants que les ouvriers/artisans/commerçants et que les cadres ou employés) et le niveau d'étude (les patients n'ayant fait aucune étude sont plus observants que ceux ayant le niveau brevet/baccalauréat ou que ceux ayant eu accès à l'enseignement supérieur). Une revue de la littérature de 2016 [48] a cherché à identifier les facteurs associés à une bonne ou mauvaise

adhésion thérapeutique. Les résultats étaient souvent contradictoires : deux études retrouvaient que l'âge plus élevé était associé à une bonne adhésion thérapeutique ; néanmoins, trois études concluaient le contraire. Trois autres études concluaient que le plus jeune âge était associé à une mauvaise adhésion thérapeutique. Le statut d'employé était associé à une mauvaise adhésion thérapeutique dans une étude comme dans nos résultats.

Les auteurs expliquent ces variations inter et intra-individuelles par la présence d'autres facteurs. En effet, les patients ayant peur des effets secondaires ou ayant déjà présenté des effets secondaires sous DMARDs sont moins adhérents que les autres. Il a également été prouvé que plus la prise en charge thérapeutique est complexe (association de DMARDs, répétition des injections), moins bonne est l'adhésion. Enfin, l'éducation thérapeutique des patients est statistiquement associée à une meilleure adhésion thérapeutique.

Dans notre étude, 90% des patients ne faisaient pas partie d'une association de malades et 76% n'ont jamais participé à au moins une séance d'ETP

L'observance thérapeutique et plus généralement l'adhésion thérapeutique sont fondamentales dans la PR pour les raisons suivantes :

III.5.1. Le handicap fonctionnel :

La polyarthrite Rhumatoïde est une maladie qui détruit les articulations des doigts, des poignets et des pieds préférentiellement mais elle touche généralement toutes les articulations.

Figure 10 : Exemples de mains Rhumatoïdes : on note une tuméfaction en regard du poignet et des MCP, un coup de vent ulnaire des doigts et une déformation du pouce en « Z ».



Figure 11: Exemple de pied de Polyarthrite Rhumatoïde : aspect typique d'hallux valgus et de luxation dorso-latérale des orteils.



Les destructions radiographiques sont bien visibles en radiographie standard après quelques années d'évolution d'une maladie mal contrôlée.

Figure 12: Exemple de lésions radiographiques de PR aux mains : on peut y voir principalement une carpite bilatérale évoluée, des arthrites des MCP et IPP avec érosions osseuses, subluxations des MCP de la main droite et de l'IPP du troisième rayon à droite, pouce en Z à Gauche.



Figure 13 : Exemple de lésions radiographiques de PR aux pieds : Érosions et subluxations des MTP, érosion de la tête du 5^{ème} métatarsien (Signe de Brown)



Ces déformations deviennent responsables d'une impotence fonctionnelle majeure et conduisent au handicap, à une perte d'autonomie puis à l'isolement des patients.

III.5.2. Signes extra-articulaires, complications et comorbidités

Outre les destructions articulaires, la maladie peut s'accompagner de complications cardiaques (péricardite, bloc auriculoventriculaire) et de cardiopathies ischémiques pouvant conduire à la mort. Une atteinte oculaire, neurologique, cutanée peut se manifester. Il faudra toujours craindre une vascularite rhumatoïde. Les vaisseaux peuvent également être le siège d'athérosclérose plus fréquemment que dans la population générale. L'atteinte pulmonaire est fréquente. Infections, fibrose, pleurésie peuvent conduire à une insuffisance respiratoire sévère secondaire. Une amylose secondaire à l'inflammation chronique peut toucher les poumons et les reins conduisant à des insuffisances d'organes parfois terminales.

III.5.3. Augmentation du taux de mortalité

La PR est une maladie inflammatoire chronique qui conduit à une augmentation de la mortalité. Cette mortalité précoce est secondaire à une inflammation persistante, il a été démontré au début des années 2000 que le contrôle de l'activité de la maladie par du méthotrexate réduit la mortalité. Ces dix dernières années, avec l'avènement des ANTI-TNF α et autres biothérapies, la stratégie thérapeutique a changé, favorisant un traitement intensif d'emblée en plaçant la rémission comme objectif thérapeutique principal. Une cohorte allemande menée de 2001 à 2011 sur 8908 patients PR (soit 31378 patients année) a montré qu'une activité élevée de la maladie (DAS28>5,1) est associée à une mortalité élevée (HR: 2,43 p=0,0001) [49]. Lorsque l'activité de la maladie est <3,2, il n'y a pas de différence statistiquement significative avec la population générale. En moyenne, lorsque la PR n'est pas contrôlée, les patients perdent 10 ans d'espérance de vie. Les patients traités par glucocorticoïdes présentaient un taux de mortalité plus élevé que ceux traités par anti-TNF α ou Rituximab. Il en était de même pour les patients traités par Methotrexate (HR :0,97).

Les patients atteints de PR, du fait de la maladie et de ses traitements, sont immunodéprimés et sujets à des infections qui peuvent rapidement mettre en jeu le pronostic vital. C'est pourquoi les vaccinations antigrippale et anti-pneumococcique sont fortement recommandées.

Les causes néoplasiques, en particulier les lymphomes malins non hodgkiens, sont une autre cause importante de mortalité chez ces patients.

III.6. Les forces de l'étude

Il s'agissait d'une étude multicentrique puisque le recrutement a été réalisé dans cinq centres hospitaliers du sud et du centre de la France. Le recrutement était conséquent avec plus de 500 patients ayant répondu au questionnaire. Celui-ci était anonyme permettant de limiter les biais de déclaration. La question de l'adhésion thérapeutique en Rhumatologie et plus particulièrement pour la PR reste complexe à résoudre et les facteurs de risque de mauvaise observance ne sont pas encore bien connus.

Établir des « profils-patient » permet d'identifier rapidement en consultation une population à l'égard de laquelle une attention particulière doit être portée à l'adhésion thérapeutique.

Les comorbidités et l'adhésion thérapeutique ont été évaluées par des questionnaires validés.

III.7. Les limites de l'étude

Il s'agissait d'un auto-questionnaire, l'interprétation des résultats notamment pour les questions d'observance thérapeutique peut présenter un biais de réponse attendue par le médecin.

Concernant la population, le recrutement a été réalisé dans des villes majoritairement situées dans le sud de la France. Ceci a pu entraîner un biais de sélection pour les régimes, en particulier le régime méditerranéen. La prédominance de patientes résidant en zone urbaine, ayant accès à des études supérieures, cadres ou employées peut également être favorisée par un recrutement réalisé dans les CHU de grandes villes dont trois classées dans les 10 villes les plus peuplées de France.

Concernant le questionnaire sur l'adhésion thérapeutique, il n'était pas parfaitement adapté aux traitements de la PR puisque la majorité d'entre eux sont séquentiels et ne nécessitent pas de prise quotidienne. Ainsi, les questions 2-5-7 posaient problème et ont pu constituer un biais d'analyse.

Au sujet des médecines alternatives, l'ostéopathie n'a pas été proposée dans les suggestions et figurait fréquemment dans la proposition « autre » témoignant de son importance en pratique. L'ostéopathie constituait un item intéressant à étudier puisque de nombreux patients semblent y avoir recours.

Les questions concernant la pratique de certains régimes n'était pas une véritable enquête alimentaire ainsi nous nous exposons à des biais en lien avec une mauvaise connaissance des régimes par les patients et aucune mesure quantitative n'a été faite (grammes de vitamine C par jour, etc...).

III.8. En pratique

III.8.1. Comment améliorer l'adhésion thérapeutique ?

Les raisons les plus fréquemment invoquées par les patients pour justifier l'absence de prise médicamenteuse sont les oublis, les autres priorités, le manque d'information sur les avantages ou bénéfices attendus, les effets secondaires, un schéma d'administration trop complexe [50].

Ainsi, certaines mesures peuvent être mises en place pour améliorer l'adhésion :

III.8.1.1. Pallier le manque d'information des patients

❖ Les moyens humains

- Interventions de patients-experts :

On appelle ainsi le patient qui a acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps, grâce notamment à l'éducation thérapeutique. Il ne remplace pas le soignant mais il favorise le dialogue entre les équipes médicales et les malades, facilite l'expression des patients et contribue à améliorer la compréhension du discours des équipes soignantes (définition de la HAS en 2016, has-sante.fr). L'objectif est d'informer très largement le public concerné par la pathologie (patients et proches) de l'existence du programme d'ETP et de favoriser la création des réseaux sur le territoire. En effet, la parole d'un patient peut être mieux entendue par un patient et ses proches que celle des soignants. Cela peut permettre d'aborder des sujets de la vie quotidienne ou de poser des questions que les patients n'osent pas aborder avec leurs soignants.

Les interventions des patients-experts peuvent se faire au cours de réunions de groupe, de séances individuelles sur rendez-vous. Il existe également des astreintes physiques et/ou téléphoniques.

- Amélioration de la formation du personnel médical et paramédical à l'ETP :

Plusieurs possibilités de formation à l'ETP sont possibles pour le personnel médical comme paramédical (Diplômes universitaires, ateliers de formation ou d'initiation) selon les universités et les centres hospitaliers. Il peut également s'agir de formation intra-hospitalière, inter ou intra-services.

- Consultations dédiées, en groupe ou individuelles :

Les séances d'ETP sont des moments privilégiés d'échange autour de la maladie (son mécanisme, ses facteurs de risque, ses risques au long cours) et sa prise en charge médicamenteuse comme non médicamenteuse. Elles permettent d'aborder sa prise en charge en détail, d'expliquer clairement la stratégie thérapeutique globale et ses objectifs. Elles permettent d'informer sur les traitements, leur mode d'administration, leurs effets secondaires éventuels ainsi que sur les situations à risque (infection, chirurgie, voyage, vaccination, ...).

- Importance du suivi :

L'adhésion des patients souffrant de maladies chroniques est malheureusement faible et diminue intensément après les 6 premiers mois de traitement [50]. Un suivi régulier et rapproché, même après les six premiers mois, permettrait d'améliorer la persistance thérapeutique.

- Associations de patients :

Plusieurs associations de malades pour la Polyarthrite Rhumatoïde existent en France :



L'AFP^{Ric} : Association Française des Polyarthrites Rhumatoïdes et des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques



L'ANDAR : Association Nationale de défense contre l'Arthrite Rhumatoïde



L'AFLAR : Association Française de lutte antirhumatismale

❖ Les moyens matériels

- Sites internet :

Informier les patients des sites internet officiels donnant accès à des informations fiables est fondamental. Les sites des centres hospitaliers contiennent des informations importantes sur de interlocuteurs potentiels, les actions loco-régionales et proposent des liens de sites officiels.

Les sites de la SFR (Société Française de Rhumatologie), de la HAS (Haute Autorité de Santé) et des laboratoires peuvent apporter des réponses supplémentaires aux patients.

Sanoïa : il s'agit d'un service en ligne d'auto-suivi et de mesure, individualisé, développé avec le conseil des médecins de la SFR et de l'ANDAR. Il s'agit d'une plateforme en Français et en Anglais, proposant d'accéder aux informations de différentes maladies chroniques rhumatologiques (PR, Spondylarthrite, Gougerot Sjogren, Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, vascularites). Elle donne accès à des publications sur les différentes pathologies. Il est possible de créer sa fiche en renseignant sexe, âge, poids et taille, activité professionnelle, année du diagnostic. Différentes données peuvent ensuite compléter votre fiche :

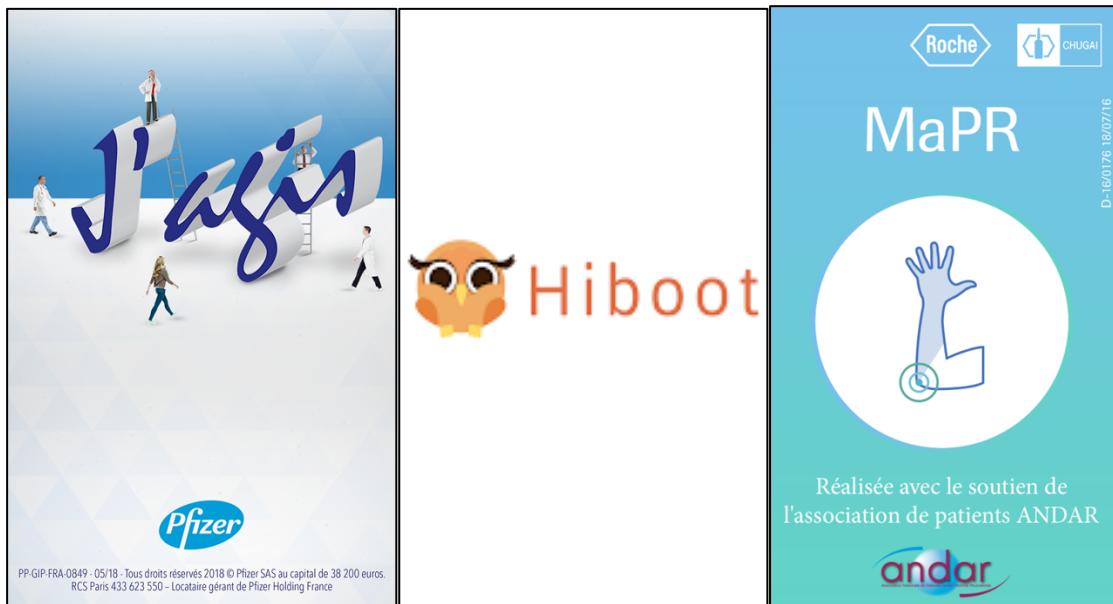


Un carton à imprimer et garder sur soi peut être téléchargé donnant accès aux données de la maladie en cas d'urgence :

Service en ligne d'auto-suivi : mes identifiants	Mode Urgence : cartes à découper				
<p>Pour vous connecter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ouvrir un navigateur internet sur votre ordinateur, tablette ou smartphone. ✓ Aller à : www.sanoia.com ✓ Taper votre Identifiant Sécurisé Anonyme (ISAN) <p style="text-align: center;">H 1 8 3 8 9 7 9 9 X</p> <p>Et votre mot de passe : astuce : écrivez-le ici pour mémoire !</p> <p style="text-align: center;">Attention : en raison du caractère anonyme du service, il n'est pas possible de vous renseigner votre ISAN ou mot de passe en cas de perte.</p> <p style="text-align: center;">Sanoia e-health for the real life A CONSERVER</p>	<p>Mode Urgence : Anglais – Allemand – Espagnol – Italien</p> <p>permet aux professionnels de santé du monde entier de consulter en 5 langues les informations que vous aurez consignées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • votre état de santé actuel, • d'éventuelles contre-indications médicales liées à votre état de santé, • un protocole de soin spécifique lié à votre maladie, établi par votre spécialiste. <p style="text-align: center;">Exemples de cartes d'urgence à découper.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: center;"> En cas d'urgence, mes données médicales sont accessibles à medical.sanoia.com sous le code H 1 8 3 8 9 7 9 9 X </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: center;"> In case of Emergency, my medical records are available at medical.sanoia.com with the id H 1 8 3 8 9 7 9 9 X </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: center;"> Im Notfall sind meine medizinischen Unterlagen bei medical.sanoia.com erhältlich Mit der ID H 1 8 3 8 9 7 9 9 X </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: center;"> En caso de emergencia, mi historial médico está disponible en medical.sanoia.com Con el código H 1 8 3 8 9 7 9 9 X </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Attention : pensez à choisir les données que vous souhaitez rendre accessibles en urgence : 1. connectez-vous à votre fiche 2. cliquez en bas de page sur Urgence.</p>	En cas d'urgence, mes données médicales sont accessibles à medical.sanoia.com sous le code H 1 8 3 8 9 7 9 9 X	In case of Emergency, my medical records are available at medical.sanoia.com with the id H 1 8 3 8 9 7 9 9 X	Im Notfall sind meine medizinischen Unterlagen bei medical.sanoia.com erhältlich Mit der ID H 1 8 3 8 9 7 9 9 X	En caso de emergencia, mi historial médico está disponible en medical.sanoia.com Con el código H 1 8 3 8 9 7 9 9 X
En cas d'urgence, mes données médicales sont accessibles à medical.sanoia.com sous le code H 1 8 3 8 9 7 9 9 X	In case of Emergency, my medical records are available at medical.sanoia.com with the id H 1 8 3 8 9 7 9 9 X				
Im Notfall sind meine medizinischen Unterlagen bei medical.sanoia.com erhältlich Mit der ID H 1 8 3 8 9 7 9 9 X	En caso de emergencia, mi historial médico está disponible en medical.sanoia.com Con el código H 1 8 3 8 9 7 9 9 X				

- Applications :

Différentes applications sont disponibles, conçues soit par des laboratoires (J'agis et Pfizer, My PR par Roche) soit par des sociétés savantes (HiBoot et la SFR).



- Plaquettes ou dépliants informatifs sur les médicaments :

Elles peuvent être remises aux patients lors de la consultation ou lors des séances d'ETP.

III.8.1.2. Limiter les oubli

- Une bonne compréhension du schéma et du mode d'administration est fondamentale. La clarté des explications données en consultation et des ordonnances remises au patient jouent un rôle important.

- La confection des piluliers par un(e) IDE une ou plusieurs fois par semaine peut être mise en place pour les patients plus âgés, ou avec altération de l'état général, ou polymédiqués.

- Utiliser des calendriers ou agendas papier, surtout pour les prises hebdomadaires, bimensuelles ou mensuelles.

- Pour les plus connectés, alarmes des téléphones, applications de gestion des médicaments, sont utiles et développées en grand nombre.

III.8.1.3. - Qui informer en priorité ?

Selon les résultats de notre étude et ceux de la littérature, il faut être particulièrement vigilant aux sujets jeunes et d'âge moyen, actifs, ayant fait des études supérieures.

Les patients ayant déjà eu des effets secondaires au(x) traitement(s) en cours ou à ceux antérieurs ont tendance à être moins adhérents que les autres.

III.8.2. Concernant les CAM :

Une étude menée en 2012 auprès de 416 patients atteints de pathologies articulaires diverses [51] a révélé que 86% des patients de l'étude avaient recours aux CAM.

Le tableau 8 résume les CAM les plus fréquemment utilisées par cette population dans cette étude :

Tableau 8 : Principales médecines alternatives et complémentaires utilisées par les patients dans l'étude de M.C. Jong et al. [51]

Top 5 CAM use.

	Percentage
CAM self-care or CAM therapy	86% (N = 358)
CAM self-care	76% (N = 314)
1. Homeopathic remedies	86%
2. Glucosamine	60%
3. (Multi) vitamins	55%
4. Herbal products	46%
5. Fish-oil	42%
CAM therapy	71% (N = 296)
1. Manual therapies	33%
2. Acupuncture	24%
3. Homeopathy	22%
4. Mind-body therapies	19%
5. Naturopathy	14%

Les raisons pour lesquelles ils adhèrent aux CAM étaient détaillées (voir Tableau 9) :

Tableau 9 : Raisons invoquées par les patients de l'étude de M.C. Jong et al. pour l'utilisation des CAM

Reasons for CAM use.

Reasons ^a	Percentage N = 358
I believed in a combination of CAM and conventional treatment	45%
I searched for alternatives to conventional medication	28%
I experienced no further progress with conventional treatment	27%
I wanted treatment from a different angle	27%
I got positive information about this CAM therapy/practitioner	22%
I had negative experiences with conventional treatment	14%
I wanted to discuss my complaints with another professional	11%
My (family) physician referred me to CAM	7%
I searched for another treatment than the risky treatment proposed by my GP	14%
Other reasons	9%

^a Patients could indicate more than one reason.

27% des patients ont rapporté qu'ils prenaient moins leurs médicaments et 24% ont avoué qu'ils consultaient moins leur médecin traitant depuis qu'ils avaient recours aux CAM. Dans seulement 35% des cas, les patients prévenaient leur médecin traitant qu'ils utilisaient ce mode de soin.

Une étude Anglaise publiée en 2012 menée sur 240 patients [52] a questionné les patients adhérents aux CAM sur les potentiels effets secondaires des CAM. Les effets secondaires décrits par les patients sont nombreux (Tableau 10) :

Tableau 10 : Effets secondaires des CAM, N. Bello et al.

Bello N, Winit-Watjana W, Baqir W, McGarry K. Disclosure and adverse effects of complementary and alternative medicine used by hospitalized patients in the North East of England. <i>Pharmacy Practice (Internet)</i> 2012 Jul-Sep;10(3):125-135.	
Table 4. Actual complementary and alternative medicine (CAM) side-effects reported by in-patients as categorised by body systems	
Side-effect (number of reports)	Attributed CAM
Gastrointestinal (42)	
Constipation	Evening primrose, cod liver oil, powder for arthritis
Darkened stool	Multivitamin (iron)
Diarrhoea	Multivitamin (iron), Calig herbal laxative, herbal tea
Nausea	Homeopathy, agnus castus, supplement hormone pre-menopause
Vomiting, sick	Garlic, aloe vera, aromatherapy, evening primrose, herbal tea, cod liver oil
Increased defecation, not diarrhoea	Creatine and protein shake
Flatulence, bloating, indigestion	cod liver oil, dandelion, seaweed (kelp) and valerian product
Heart burn	Garlic and magnesium
Regurgitation, retching	Cod liver oil, garlic
Stomach discomfort, upset, rebellious	Glucosamine, Chinese herbs, devils claw, valerian product and Iron
Wind	Seaweed, cod liver
Belching, burp	Cod liver, garlic
Central nervous system (34)	
Bitter, bad taste	Chinese herbs
Mouth felt funny	Garlic
Bad breath	Homeopathy, Chinese herbs, garlic
Headache, exploding head	Agnus castus, supplements for hormone
Seizures	Acupuncture
Syncope, faint	Mixture liquid from herbalist, Alexander technique
Nightmares	Black cohosh
Dazed	Massage
Dizziness or light headedness	Chiropractic, evening primrose, valerian product, angus containing vitamin B, adios slimming pill
Anger, aggression	Homeopathy, massage
Tiredness	homeopathy
Increased night sweats	Black cohosh
Pain, soreness, hurt, aches	Massage, osteopathy, chiropractic, reflexology, valerian product
Thirst	Aqua balm
Restless	Valerian product
Respiratory (7)	
Haemoptysis and pulmonary embolism	Massage
Feel ill, flu like	St John's wort, reflexology and cod liver oil
Affected breathing	Osteopathy
Wheeze	Glucosamine
Endocrine system (1)	
Increased blood sugar	Homeopathy
Skin (8)	
Tingling, dry, hash, rash	Aromatherapy, homeopathy, massage, aloe vera, valerian product, Chinese herbs
Bruises	Massage
Musculoskeletal (17)	
Pain, soreness, aches, burning muscles, stiffness	Massage, osteopathy, chiropractic, reflexology, valerian
Obstetrics and gynaecology, and urinary tract disorders (3)	
Thrush	Vitamin B
Increased period	St John's wort
Increased urination	Massage
Allergies (3)	
Allergy, plaster allergy	Osteopathy, herbal tea
Swollen tongue	Glucosamine
Other general signs and symptoms (18)	
Not feel right, made feel worse	Seaweed, dandelion
Aggravated condition, made worse	Chiropractic
Aggressive, vigorous procedure	Massage
Felt beaten up	Massage
Discomfort, uncomfortable, not feel right	Chiropractic, osteopathy, massage, seaweed

Ces données montrent que les médecins en particulier les rhumatologues doivent s'intéresser aux CAM puisque les patients y ont largement recours.

Néanmoins, ces traitements ne sont pas dénués de risque.

Malheureusement, on constate que le dialogue autour de ces médecines alternatives entre le médecin et le patient est quasi-inexistant.

Pour améliorer la sécurité des patients, rétablir le dialogue et améliorer la relation médecin-patient, il conviendrait :

- D'accompagner les patients dans leur choix lorsqu'ils souhaitent s'orienter vers un mode de soin alternatif en insistant sur la nécessité de poursuivre la prise en charge médicale de façon concomitante ;
- D'informer les patients les potentiels effets indésirables des CAM, vérifier l'absence de contre-indication clinique ou pharmacologique à leur emploi.
- De sensibiliser les médecins aux CAM pour savoir informer les patients sur ce que l'on sait et ce que l'on ignore de leurs effets.
- D'informer et former le personnel paramédical sur les CAM.
- De proposer l'accès à une consultation avec un(e) nutritionniste ou diététicien(ne) pour prévenir les complications liées à la corticothérapie orale, au(x) régimes alimentaires spéciaux entrepris, s'assurer d'un statut nutritionnel correct (IMC, albuminémie), éliminer toute carence ou excès d'apport en vitamine, minéraux, etc.
- De poursuivre l'information et l'aide à l'arrêt du tabac, établir pour chaque patient le statut Fumeur/Non-Fumeur, proposer à chaque consultation une aide à l'arrêt pour les patients fumeurs, informer les patients sur les effets du tabac sur l'activité de la PR et sur la réponse thérapeutique.

Conclusion

La Polyarthrite Rhumatoïde est une maladie inflammatoire auto-immune chronique destructrice qui entraîne un handicap fonctionnel majeur, augmente le risque cardiovasculaire et diminue l'espérance de vie des patients lorsque la maladie est mal contrôlée. Sa prise en charge thérapeutique a été bouleversée ces vingt dernières années avec l'avènement des biomédicaments qui permettent un contrôle étroit de la maladie. Néanmoins, l'adhésion thérapeutique reste faible dans la PR, ce qui constitue une véritable perte de chance pour les patients. De plus en plus de patients se dirigent vers un mode de soins alternatif avec l'utilisation de « CAM » comprenant régimes alimentaires spéciaux, compléments alimentaires variés et médecines alternatives.

Nous avons mené une étude observationnelle multicentrique dans les services de rhumatologie de cinq centres hospitaliers universitaires en France sur 519 patients atteints de PR.

Seulement 38% d'entre eux se sont déclarés hautement observants à l'égard de leur(s) traitement(s) pour la PR. Les régimes pauvre en FODMAPS et d'évitement des produits laitiers ainsi que le recours à la médecine chinoise étaient statistiquement associés à une moins bonne adhésion thérapeutique dans la PR. Aucune association n'a été mise en évidence concernant la consommation de compléments alimentaires.

Plus de deux tiers des patients déclarent que les régimes ont un impact positif sur leur maladie. Intégrer les CAM dans notre prise en charge paraît donc de plus en plus indispensable.

Cela d'autant plus qu'il a été démontré que la majorité des patients suivis en Rhumatologie ont recours aux CAM. Près d'un tiers d'entre eux diminuent la fréquence de leurs consultations et de leur prise médicamenteuse.

Ouvrir le dialogue et accompagner les patients dans leur démarche alternative renforce la confiance et la relation médecin-malade. Cela permet également de renforcer la sécurité des patients en s'assurant de l'absence de contre-indications médicales, des effets secondaires étant possibles et potentiellement graves.

Informier les patients sur leur maladie, les objectifs de la prise en charge, les traitements et leurs effets indésirables reste l'élément clé de l'adhésion thérapeutique.

Augmenter les moyens humains et matériels, favoriser les échanges et former le personnel médical et paramédical sont les garants d'une adhésion thérapeutique optimale.

Références bibliographiques

- [1] D. L. Scott, F. Wolfe, et T. W. J. Huizinga, « Rheumatoid arthritis », *Lancet Lond. Engl.*, vol. 376, n° 9746, p. 1094-1108, sept. 2010.
- [2] J. Avouac, F. Amrouche, C. Meune, G. Rey, A. Kahan, et Y. Allanore, « Mortality profile of patients with rheumatoid arthritis in France and its change in 10 years », *Semin. Arthritis Rheum.*, vol. 46, n° 5, p. 537-543, 2017.
- [3] D. Aletaha *et al.*, « 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative », *Ann. Rheum. Dis.*, vol. 69, n° 9, p. 1580-1588, sept. 2010.
- [4] C. Gaujoux-Viala *et al.*, « Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde », *Rev. Rhum.*, vol. 81, n° 4, p. 303-312, juill. 2014.
- [5] L. Li *et al.*, « Medication adherence has an impact on disease activity in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis », *Patient Prefer. Adherence*, vol. 11, p. 1343-1356, 2017.
- [6] J. R. Curtis, V. P. Bykerk, M. Aassi, et M. Schiff, « Adherence and Persistence with Methotrexate in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review », *J. Rheumatol.*, vol. 43, n° 11, p. 1997-2009, 2016.
- [7] M. A. Blum, D. Koo, et J. A. Doshi, « Measurement and rates of persistence with and adherence to biologics for rheumatoid arthritis: a systematic review », *Clin. Ther.*, vol. 33, n° 7, p. 901-913, juill. 2011.
- [8] « Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? - EM|consulte ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/rmr/article/156964>. [Consulté le: 18-août-2018].
- [9] A. J. Scheen et D. Giet, « Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions », *Rev Med Liège*, p. 7.
- [10] Lars Osterberg, « Adherence to medication », *The New England Journal of Medicine*, 2005.
- [11] M. F. Marengo et M. E. Suarez-Almazor, « Improving treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis: what are the options? », *Int. J. Clin. Rheumatol.*, vol. 10, n° 5, p. 345-356, oct. 2015.
- [12] D. Rogerson, « Vegan diets: practical advice for athletes and exercisers », *J. Int. Soc. Sports Nutr.*, vol. 14, p. 36, 2017.
- [13] E. Vigiliouk *et al.*, « Effect of vegetarian dietary patterns on cardiometabolic risk factors in diabetes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials », *Clin. Nutr. Edinb. Scotl.*, juin 2018.
- [14] M. Dinu, R. Abbate, G. F. Gensini, A. Casini, et F. Sofi, « Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies », *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.*, vol. 57, n° 17, p. 3640-3649, nov. 2017.
- [15] J.-M. Lecerf et J.-L. Schlienger, *Nutrition préventive et thérapeutique*, Elsevier Masson. 2016.
- [16] A. J. Nordmann *et al.*, « Meta-analysis comparing Mediterranean to low-fat diets for modification of cardiovascular risk factors », *Am. J. Med.*, vol. 124, n° 9, p. 841-851.e2, sept. 2011.
- [17] F. Sofi, C. Macchi, R. Abbate, G. F. Gensini, et A. Casini, « Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score », *Public Health Nutr.*, vol. 17, n° 12, p. 2769-2782, déc. 2014.
- [18] C. Valls-Pedret *et al.*, « Mediterranean Diet and Age-Related Cognitive Decline: A Randomized Clinical Trial », *JAMA Intern. Med.*, vol. 175, n° 7, p. 1094-1103, juill. 2015.
- [19] A. Olsen, R. Egeberg, J. Halkjær, J. Christensen, K. Overvad, et A. Tjønneland, « Healthy Aspects of the Nordic Diet Are Related to Lower Total Mortality », *J. Nutr.*, vol. 141, n° 4, p.

639-644, avr. 2011.

- [20] « <http://campus.cerimes.fr/hepato-gastro-enterologie/enseignement/item179:Prescriptiondunrégime diététique/site/html/cours.pdf> », p. 10.
- [21] K. E. Koopman *et al.*, « Hypercaloric diets with increased meal frequency, but not meal size, increase intrahepatic triglycerides: a randomized controlled trial », *Hepatol. Baltim. Md*, vol. 60, n° 2, p. 545-553, août 2014.
- [22] « Site | Page 3 | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/search/site/regime?page=2&iso1=fr&iso2=en>. [Consulté le: 30-juill-2018].
- [23] A. V. Klein et H. Kiat, « Detox diets for toxin elimination and weight management: a critical review of the evidence », *J. Hum. Nutr. Diet. Off. J. Br. Diet. Assoc.*, vol. 28, n° 6, p. 675-686, déc. 2015.
- [24] P. Efthimiou et M. Kukar, « Complementary and alternative medicine use in rheumatoid arthritis: proposed mechanism of action and efficacy of commonly used modalities », *Rheumatol. Int.*, vol. 30, n° 5, p. 571-586, mars 2010.
- [25] P.-C. Chou et H.-Y. Chu, « Clinical Efficacy of Acupuncture on Rheumatoid Arthritis and Associated Mechanisms: A Systemic Review », *Evid.-Based Complement. Altern. Med. ECAM*, vol. 2018, avr. 2018.
- [26] Z. Gok Metin et L. Ozdemir, « The Effects of Aromatherapy Massage and Reflexology on Pain and Fatigue in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial », *Pain Manag. Nurs. Off. J. Am. Soc. Pain Manag. Nurses*, vol. 17, n° 2, p. 140-149, 2016.
- [27] A. J. Barsky *et al.*, « A RANDOMIZED TRIAL OF THREE PSYCHOSOCIAL TREATMENTS FOR THE SYMPTOMS OF RHEUMATOID ARTHRITIS », *Semin. Arthritis Rheum.*, vol. 40, n° 3, p. 222-232, déc. 2010.
- [28] E. Ernst, « A systematic review of systematic reviews of homeopathy », *Br. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 54, n° 6, p. 577-582, déc. 2002.
- [29] N. Fernández-Llanio Comella, M. Fernández Matilla, et J. A. Castellano Cuesta, « Have complementary therapies demonstrated effectiveness in rheumatoid arthritis? », *Reumatol. Clin.*, vol. 12, n° 3, p. 151-157, juin 2016.
- [30] A. E. Kristoffersen, T. Stub, A. Salamonsen, F. Musial, et K. Hamberg, « Gender differences in prevalence and associations for use of CAM in a large population study », *BMC Complement. Altern. Med.*, vol. 14, p. 463, déc. 2014.
- [31] V. Korb-Savoldelli *et al.*, « Validation of a French Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults », *J. Clin. Hypertens.*, vol. 14, n° 7, p. 429-434, juill. 2012.
- [32] « Tobacco and other environmental risk factors in rheumatoid arthritis. - PubMed - NCBI ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=PMID%3A+22609003>. [Consulté le: 24-févr-2016].
- [33] S. K. Tedeschi et K. H. Costenbader, « Is There a Role for Diet in the Therapy of Rheumatoid Arthritis? », *Curr. Rheumatol. Rep.*, vol. 18, n° 5, p. 23, mai 2016.
- [34] J. He *et al.*, « Dietary intake and risk of rheumatoid arthritis-a cross section multicenter study », *Clin. Rheumatol.*, vol. 35, n° 12, p. 2901-2908, déc. 2016.
- [35] E. Vaghef-Mehrabany, B. Alipour, A. Homayouni-Rad, S.-K. Sharif, M. Asghari-Jafarabadi, et S. Zavvari, « Probiotic supplementation improves inflammatory status in patients with rheumatoid arthritis », *Nutr. Burbank Los Angel. Cty. Calif.*, vol. 30, n° 4, p. 430-435, avr. 2014.
- [36] M. de L. A. Pineda, S. F. Thompson, K. Summers, F. de Leon, J. Pope, et G. Reid, « A randomized, double-blinded, placebo-controlled pilot study of probiotics in active rheumatoid arthritis », *Med. Sci. Monit. Int. Med. J. Exp. Clin. Res.*, vol. 17, n° 6, p. CR347-354, juin 2011.
- [37] L. Gossec *et al.*, « Nonpharmacological treatments in early rheumatoid arthritis: clinical

- practice guidelines based on published evidence and expert opinion », *Jt. Bone Spine Rev. Rhum.*, vol. 73, n° 4, p. 396-402, juill. 2006.
- [38] H. Radner, T. Lesperance, N. A. Accortt, et D. H. Solomon, « Incidence and Prevalence of Cardiovascular Risk Factors Among Patients With Rheumatoid Arthritis, Psoriasis, or Psoriatic Arthritis », *Arthritis Care Res.*, vol. 69, n° 10, p. 1510-1518, 2017.
- [39] J. Sigaux, L. Semerano, G. Favre, N. Bessis, et M.-C. Boissier, « Salt, inflammatory joint disease, and autoimmunity », *Jt. Bone Spine Rev. Rhum.*, vol. 85, n° 4, p. 411-416, juill. 2018.
- [40] « Sugar-sweetened soda consumption and risk of developing rheumatoid arthritis in women. - PubMed - NCBI ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=PMID%3A+25030783>. [Consulté le: 24-févr-2016].
- [41] L. de Koning, V. S. Malik, M. D. Kellogg, E. B. Rimm, W. C. Willett, et F. B. Hu, « Sweetened beverage consumption, incident coronary heart disease, and biomarkers of risk in men », *Circulation*, vol. 125, n° 14, p. 1735-1741, S1, avr. 2012.
- [42] J. C. DeSalvo, M. B. Skiba, C. L. Howe, K. E. Haiber, et J. L. Funk, « Natural Product Dietary Supplement Use by Individuals with Rheumatoid Arthritis: A Scoping Review », *Arthritis Care Res.*, juill. 2018.
- [43] T. Heller, N. Müller, C. Kloos, G. Wolf, et U. A. Müller, « Self medication and use of dietary supplements in adult patients with endocrine and metabolic disorders », *Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes Off. J. Ger. Soc. Endocrinol. Ger. Diabetes Assoc.*, vol. 120, n° 9, p. 540-546, oct. 2012.
- [44] A. Molfino, G. Gioia, F. R. Fanelli, et M. Muscaritoli, « The Role for Dietary Omega-3 Fatty Acids Supplementation in Older Adults », *Nutrients*, vol. 6, n° 10, p. 4058-4072, oct. 2014.
- [45] Y.-T. He *et al.*, « Traditional Chinese medicine versus western medicine as used in China in the management of rheumatoid arthritis: a randomized, single-blind, 24-week study », *Rheumatol. Int.*, vol. 34, n° 12, p. 1647-1655, déc. 2014.
- [46] M.-Y. Huang, M.-H. Liao, Y.-K. Wang, Y.-S. Huang, et H.-C. Wen, « Effect of lavender essential oil on LPS-stimulated inflammation », *Am. J. Chin. Med.*, vol. 40, n° 4, p. 845-859, 2012.
- [47] M. N. Boukhatem, M. A. Ferhat, A. Kameli, F. Saidi, et H. T. Kebir, « Lemon grass (*Cymbopogon citratus*) essential oil as a potent anti-inflammatory and antifungal drugs », *Libyan J. Med.*, vol. 9, sept. 2014.
- [48] P. K. K. Wong, « Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: why do patients not take what we prescribe? », *Rheumatol. Int.*, vol. 36, n° 11, p. 1535-1542, nov. 2016.
- [49] J. Listing *et al.*, « Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNF α inhibitors and rituximab », *Ann. Rheum. Dis.*, p. annrheumdis-2013-204021, nov. 2013.
- [50] M. A. Gadallah, D. N. K. Boulos, A. Gebrel, S. Dewedar, et D. E. Morisky, « Assessment of rheumatoid arthritis patients' adherence to treatment », *Am. J. Med. Sci.*, vol. 349, n° 2, p. 151-156, févr. 2015.
- [51] M. C. Jong, L. van de Vijver, M. Busch, J. Fritsma, et R. Seldenrijk, « Integration of complementary and alternative medicine in primary care: what do patients want? », *Patient Educ. Couns.*, vol. 89, n° 3, p. 417-422, déc. 2012.
- [52] N. Bello, W. Winit-Watjana, W. Baqir, et K. McGarry, « Disclosure and adverse effects of complementary and alternative medicine used by hospitalized patients in the North East of England », *Pharm. Pract.*, vol. 10, n° 3, p. 125-135, juill. 2012.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire	88
-------------------------------	----

Annexe 1. Questionnaire

Auto-questionnaire :

Adhésion thérapeutique dans la polyarthrite rhumatoïde

Les CHU de Bordeaux, Clermont-Ferrand, Limoges, Montpellier et Toulouse réalisent une étude concernant l'adhésion aux traitements et visant à établir certaines caractéristiques vis-à-vis de la vaccination, de l'alimentation, de l'utilisation d'outils numériques chez les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde.

Ce questionnaire est anonyme. Nous vous remercions de votre participation.



Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Poids : ____ kg

Taille : ____'____ cm

Lieu de vie : Milieu rural Milieu urbain

Profession :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants, chef d'entreprise
- Cadres (et profession intellectuelle supérieure)
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Pas d'activité professionnelle

Niveau d'étude :

- Brevet des collèges (ou certificat d'étude)
- Baccalauréat
- Enseignement supérieur
- Aucun

Faites-vous partie d'une association de malades ?

- Oui
- Non

Avez-vous participé à au moins un atelier d'éducation thérapeutique ?

- Oui
- Non

Êtes-vous fumeur ?

- Oui, en ce moment
- Non, j'ai arrêté
- Non, je n'ai jamais fumé

Consommez-vous de l'alcool ?

- Jamais
- Moins de 2 verres par jour
- Plus de 2 verres par jour

2) Deuxième partie : Concernant vos traitements,

Vous prenez des médicaments pour votre polyarthrite rhumatoïde. En général, les patients rencontrent des problèmes concernant la prise de leurs médicaments et nous sommes intéressés par votre expérience. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Merci de répondre à chaque question en fonction de votre expérience personnelle avec vos médicaments pour la polyarthrite rhumatoïde

	Oui	Non
1) Vous arrive-t-il quelquefois d'oublier de prendre vos médicaments pour la polyarthrite rhumatoïde ?		
2) Il arrive que des personnes ne prennent pas leurs médicaments pour des raisons autres que l'oubli. Pensez aux deux dernières semaines, vous est-il arrivé au moins un jour de ne pas prendre vos médicaments pour la polyarthrite rhumatoïde ?		
3) Vous est-il déjà arrivé de diminuer ou d'arrêter de prendre votre traitement sans le dire à votre médecin, parce que vous vous sentiez plus mal lorsque vous le preniez ?		
4) Lorsque vous voyagez ou quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter avec vous vos médicaments pour la polyarthrite rhumatoïde ?		
5) Avez-vous pris vos médicaments pour la polyarthrite rhumatoïde hier ?		
6) Lorsque vous sentez que votre problème de santé est maîtrisé, vous arrive-t-il de stopper votre traitement pour la polyarthrite rhumatoïde ?		
7) Prendre son traitement tous les jours constitue une vraie gêne pour certains patients. Vous arrive-t-il, quelquefois, de ne pas supporter de prendre votre traitement pour la polyarthrite rhumatoïde ?		
8) Combien de fois avez-vous eu des difficultés à vous rappeler de prendre votre traitement ? <input type="radio"/> jamais ou rarement <input type="radio"/> de temps à autre <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> fréquemment <input type="radio"/> tout le temps		

4) Quatrième partie: Concernant votre mode de vie et votre alimentation,

Avez-vous déjà eu recours à une médecine alternative ? (Plusieurs réponses possibles)

- Oui Acupuncture
 Magnétiseur
 Réflexologie
 Sophrologie
 Aromathérapie
 Homéopathie
 Médecine chinoise
 Autre (précisez) : _____
- Non

Souffrez-vous de troubles intestinaux ?

- Oui

	Quotidien	> 3 jours par mois	< 3 jours par mois
Douleurs, crampes			
Ballonnements			
Météorisme (Gonflement abdominal dû à l'excès de gaz intestinaux)			
Diarrhée			
Constipation			

*Si oui, A quelle fréquence ?

	Depuis > 3 mois	Depuis < 3 mois
Douleurs, crampes		
Ballonnements		
Météorisme (Gonflement abdominal dû à l'excès de gaz intestinaux)		
Diarrhée		
Constipation		

- Non

Consommez-vous des compléments alimentaires ? (Plusieurs réponses possibles)

- Oui Acides gras (Oméga 3, Oméga 6, Oméga 9, DHA, EPA, huile de poisson, huile d'onagre, ...)
 Probiotiques (Lactobacillus, L. Rhamnosus, bacillus coagulans, ...)
 Compléments alimentaires mixtes (Bion 3, Nutrof Total, ...)
 Vitamine C
 Homéopathie
 Phytothérapie
 Autre traitement sans prescription médicale

- Non

Suivez-vous un mode alimentaire particulier, parmi ceux proposés ci-dessous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Végétarien (lacto-ovo-végétarien)
- Végétalien/Vegan
- Sans Gluten
- Riche en produits préparés, biscuits de supermarché, biscuits apéritifs, bonbons et sucreries
- Méditerranéen ou Créo (Riche en fruits et légumes, riche en poisson, pauvre en viande, produits laitiers et alcool)
- Nordique/Scandinave (Poissons gras, céréales entières, herbes fraîches, baies, racines) (6)
- Éviction des produits laitiers
- Amaigrissant, hypocalorique
- Régime enrichi, hypercalorique
- Riche en protéines, hyperprotidique (riche en volailles, œufs)
- Pauvres en « FODMAPS » (Pauvre en Fruits crus, légumes, Jus de Fruits, Alcool, céréales, Lait, Yaourt, Beurre/margarine)
- Régime Dukan/ Régime Cohen / Weight Watchers
- Régime diabétique
- Sans sel
- « Détox » (Soupes, smoothies, infusions)
- Aucun

Depuis combien de temps ? -----

Qui vous l'a conseillé ? (Plusieurs réponses possibles)

- Gastro-entérologue
- Rhumatologue
- Médecin traitant
- Diététicien ou nutritionniste
- Autre professionnel de santé que ceux listés ci-dessus
- Amis/famille
- Réseaux sociaux, internet, magazine de santé
- Aucun

Avez-vous un suivi spécialisé pour ce mode d'alimentation ? (Diététicien, nutritionniste)

- Oui
- Non

Trouvez-vous que votre régime : (plusieurs réponses possibles)

- améliore vos symptômes articulaires (douleur, gonflements, raideur)
- améliore votre fatigue
- améliore votre sommeil
- améliore vos symptômes intestinaux
- modifie votre poids (prise de poids)
- modifie votre poids (perte de poids)
- Aucun effet sur ma santé

Questionnaire Médical :

Adhésion thérapeutique dans la polyarthrite rhumatoïde

Type d'inclusion : Consultation Hospitalisation HDJ

Année du diagnostic de la PR : _____

Caractéristiques de la PR :

- Facteur rhumatoïde :
 Positif, (1) Négatif (0)
- ACPA
 Positif, (1) Négatif (0)
- Érosive
 Oui (1) Non (0)

Activité maladie

- NAD ____ NAG ____ EVA ____
- CRP ___, mg/L VS ___ mm/h

Traitements actuels de la PR :

- Corticothérapie : O oui (1) O non (0)
- Méthotrexate : O non (0) O SC (1) O PO (2)
- Autres csDMARDS : O oui (1) O non (0)
- Biothérapie IV : O oui (1) O non (0)
- Biothérapie SC : O oui (1) O non (0)
 - Si oui, fréquence :
 - 1 fois par semaine (1)
 - 1 fois toutes les 2 semaines (2)
 - 1 fois par mois (3)
 - 1 fois toutes les 4 à 6 semaines (4)
 - 1 fois toutes les 6 à 8 semaines (5)
 - 1 fois tous les 2 mois (6)
 - > 1 fois tous les 2 mois (7)
- Rituximab : O oui (1) O non (0)

Historique des traitements : (*Uniquement les biothérapies*)

- Nombre de biothérapie antérieures : ____

- Rituximab : Arrêt il y a moins d'un an (1) Arrêt il y a plus d'un an (2) Non (0)

Nombre de médicaments autres : _____

Comorbidités : (Index de Charlson)

	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Non compliqué	1
	<input type="checkbox"/> Complication d'organe	2
Diabète		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Faible	1
	<input type="checkbox"/> Modéré à sévère	3
Hépatopathie		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Localisé	2
	<input type="checkbox"/> Métastatique	6
Cancer solide		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	6
SIDA		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	2
Insuffisance rénale modérée à sévère		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	1
Insuffisance cardiaque congestive		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	1
Infarctus du myocarde		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	1
Maladie pulmonaire chronique		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	1
Maladie vasculaire périphérique		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	1
Maladie cérébrale vasculaire (AVC ou AIT)		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	1
Démence		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	1
Hémiplégie		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	2
Connectivite		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	1
Leucémie		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	2
Lymphome malin		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	2
Maladie ulcéreuse		
	<input type="checkbox"/> Non	0
	<input type="checkbox"/> Oui	1
Score total		
Maladie coeliaque	<input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui	

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissante envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Consciente de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (page suivante non numérotée)

Médecines alternatives et complémentaires, adhésion thérapeutique et état de santé des patients atteints de Polyarthrite Rhumatoïde : Étude multicentrique sur 519 patients.

Introduction : L'adhésion thérapeutique dans la Polyarthrite (PR) est faible. L'objectif principal de cette étude était de déterminer si l'usage des médecines complémentaires et alternatives appelées « CAM » constitue un facteur de risque de mauvaise adhésion thérapeutique. Les objectifs secondaires étaient de déterminer quelle population adhère aux CAM, d'étudier l'impact des CAM sur l'activité de la PR et sur les comorbidités des patients.

Méthodes : Nous avons mené une étude multicentrique observationnelle dans les hôpitaux de Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Clermont-Ferrand et Limoges. Un auto-questionnaire à 8 items validé en Français a été utilisé pour mesurer l'adhésion thérapeutique. Le DAS-28 et l'index de Charlson (score de comorbidité) ont été calculés pour chaque patient. Les tests du Chi-2, Chi-2 corrigé ou test exact de Fischer ont été utilisés pour les variables qualitatives. Les tests de Fisher, Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis ont été utilisés pour les variables quantitatives.

Résultats : 519 patients ont répondu à notre questionnaire. L'adhésion thérapeutique était plus basse chez les patients réalisant un régime avec éviction des produits laitiers ou pauvre en FODMAPS et chez ceux pratiquant la médecine chinoise. Les femmes, d'âge moyen, avec un poids et un IMC bas, résidant en zone urbaine, ayant fait des études supérieures adhèrent le plus aux CAM. La médecine chinoise, l'aromathérapie et la réflexologie diminuent significativement l'activité de la PR. Aucun impact sur les comorbidités n'a été mis en évidence.

Conclusion : Certaines CAM sont associées à une adhésion aux thérapeutiques médicamenteuses plus faible dans la PR, alors que d'autres pourraient améliorer l'activité de la maladie. Accompagner les patients dans leur démarche alternative permettrait probablement de renforcer la relation médecin-malade et d'augmenter l'adhésion thérapeutique.

Mots-clés : Polyarthrite Rhumatoïde, adhésion thérapeutique, médecines alternatives et complémentaires, régimes alimentaires, compléments alimentaires.

Complementary and alternative medicine, medication adhesion and health status of patients with Rheumatoid Arthritis: A multicenter study of 519 patients.

Introduction: Medication adherence in Rheumatoid Arthritis (RA) is low. The main objective of this study was to determine whether the use of complementary and alternative medicines (CAM) is a risk factor for poor adherence. The secondary objectives were to determine which population adheres to CAM, to study the impact of CAM on RA activity and patient comorbidities.

Methods: A multicenter cross-selectional descriptive study was performed in hospitals in Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Clermont-Ferrand and Limoges. An 8-item self-administered questionnaire validated in French was used to measure therapeutic adherence. DAS-28 and Charlson index (comorbidity score) were calculated for each patient. Chi-2, Chi-2, or Fischer exact test were used for the qualitative variables. Fisher, Mann-Whitney or Kruskal-Wallis tests were used for the quantitative variables.

Results: 519 patients answered our questionnaire. Medication adherence was lower in patients with a diet with eviction of dairy products or poor in FODMAPS and in those practicing Chinese medicine. Mid-aged women with a low weight and a low BMI residing in urban areas who have completed higher education adhere the most to CAMs. Chinese medicine, aromatherapy and reflexology significantly decrease the activity of RA. No impact on comorbidities has been identified.

Conclusion: Some CAMs are associated with lower medication adherence in RA, while others may improve disease activity. Accompanying patients in their alternative approach would probably strengthen the doctor-patient relationship and increase medication adherence.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, medication adherence, complementary and alternative medicine, diet, dietary supplements.

