



Facteurs associés au retard diagnostique de la polyarthrite rhumatoïde chez des patients suivis dans trois formations hospitalières de Kinshasa, République démocratique du Congo

Factors associated with delayed diagnosis of rheumatoid arthritis among patients followed in three hospitals in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo

Christophe Mulumba^{1*}, Pierrot Lebughe¹, Aldo Mavinga¹, Jenny Mbuyi¹, Gorby Ndaie¹, Jean-Marie Mbuyi muamba¹

¹Service de Rhumatologie, Département de Médecine Interne, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, RD Congo.

***Auteur correspondant :** Dr Christophe Mulumba, Service de Rhumatologie, Département de Médecine Interne, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, RD Congo ; Tél : +243821063422 ; Email : mulumbachristophe@gmail.com

Reçu le 12 Janvier 2025, accepté le 15 Octobre 2025 et mise en ligne le 04 janvier 2026

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

RESUME

Introduction : Les études locales sur la polyarthrite rhumatoïde (PR) rapportent des délais diagnostiques très prolongés, atteignant 36 à 48 mois compromettant la prise en charge précoce. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs associés au retard de diagnostic de la PR dans notre milieu.

Patients et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale menée de juin 2023 à février 2024, incluant des patients atteints de PR évoluant depuis au moins un an et suivis dans trois formations hospitalières de Kinshasa. Les données ont été recueillies par entretien direct avec les patients et par l'analyse des dossiers médicaux. Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'École de Santé Publique.

Résultats : Quatre-vingt-dix-huit patients atteints de polyarthrite rhumatoïde ancienne ont été inclus, majoritairement des femmes (83/98), avec une sex-ratio H/F de 0,2. L'âge moyen était de $59,5 \pm 12$ ans et 45,9 % présentaient un niveau socio-économique bas. Une tuméfaction articulaire était observée chez un patient sur deux, et la durée d'évolution de la maladie était d'au moins 6 ans chez 57,1 %. Plus de la moitié des patients avaient consulté au maximum sept fois en médecine générale et la quasi-totalité jusqu'à cinq spécialistes non rhumatologues. La première consultation rhumatologique survenait entre 4 et 6 ans dans 52 % des cas. Concernant le régime thérapeutique antérieur à la prise en charge rhumatologique, 46,9 % des patients avaient recours à l'automédication associée à une prescription médicale, tandis que 38,8 % ont bénéficié exclusivement d'un traitement médical (AINS, corticoïdes et/ou antalgiques). Le recours à la médecine traditionnelle demeurait faible (24,4 %). En analyse multivariée, le faible niveau socio-économique, la méconnaissance de la maladie, l'automédication et le nombre de consultations en médecine générale ≤ 7 étaient indépendamment associés au retard diagnostique de la PR.

Conclusion : Le retard diagnostique de la polyarthrite rhumatoïde dans notre milieu est d'origine multifactorielle. Une sensibilisation des patients et des professionnels de santé apparaît indispensable pour favoriser un diagnostic plus précoce.

Mots clés : retard diagnostique, polyarthrite rhumatoïde, Kinshasa, République Démocratique du Congo.

ABSTRACT

Background: Local studies on rheumatoid arthritis (RA) report very long diagnostic delays reaching 36 to 48 months compromising early management. This study aimed to identify factors associated with delayed diagnosis of RA in our setting.

Patients and Methods: This cross-sectional study was conducted from June 2023 to February 2024 and included patients with RA evolving for at least one year and followed in three hospitals in Kinshasa. Data were collected through direct interviews with patients and review of medical records. The study protocol was approved by the Ethics Committee of the School of Public Health.

Results: Ninety-eight patients with long-standing RA were included, predominantly women (83/98), with a male-to-female ratio of 0.2. The mean age was 59.5 ± 12 years, and 45.9% had a low socioeconomic level. Joint swelling was observed in one out of two patients, and the disease duration was at least 6 years in 57.1%. More than half of the patients had consulted general practitioners a maximum of seven times and nearly all had consulted up to five non-rheumatology specialists. The first rheumatology visit occurred between 4 and 6 years after symptom onset in 52% of cases. Regarding treatment received prior to rheumatology care, 46.9% of patients used self-medication in combination with medical prescriptions, while 38.8% received medical treatment alone (NSAIDs, corticosteroids, and/or analgesics). The use of traditional medicine remained low (24.4%). In multivariate analysis, low socioeconomic status, lack of disease awareness, self-medication, and having ≤ 7 general medical consultations were independently associated with delayed diagnosis of RA.

Conclusion: In our setting diagnostic delay in rheumatoid arthritis has a multifactorial origin. Raising awareness among patients and healthcare professionals is essential to promote earlier diagnosis.

Key words: *delayed diagnosis, rheumatoid arthritis, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo.*

1. Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent, affectant au moins 1 % de la population mondiale adulte [1]. Elle peut entraîner une perte de capacité fonctionnelle, une morbi-mortalité importante et un taux important d'absentéisme au travail [2-4]. C'est pourquoi le diagnostic et le traitement précoces sont devenus des objectifs prioritaires pour les rhumatologues qui prennent en charge ces patients, car l'inflammation qui apparaît très tôt peut entraîner des lésions articulaires progressives et irréversibles [5]. En effet, 70 % des patients peuvent développer des érosions après trois ans d'évolution de la maladie, ce qui suggère l'existence d'une « fenêtre d'opportunité thérapeutique » pendant laquelle les traitements appropriés peuvent considérablement modifier le pronostic en améliorant l'activité et la sévérité de la maladie [6]. Plusieurs études ont indiqué qu'un retard de 12 semaines au début du traitement pourrait avoir un effet négatif sur l'activité de la maladie, la capacité fonctionnelle et la progression radiographique [7-15]. Cependant, un traitement précoce est irréaliste pour la plupart des patients atteints de PR, en l'absence d'un système d'éducation, de triage et d'orientation permettant de réduire le délai entre l'apparition des symptômes et la mise en route des DMARDs (Disease-Modifying Antirheumatic Drugs)[16-17]. Les données de la littérature disponible indiquent que de nombreuses études, menées à travers le monde, se sont attachées à comprendre les déterminants du retard diagnostique chez les patients atteints de PR. Elles rapportent des délais très variables entre l'apparition des premiers symptômes et l'instauration du traitement, avec des médianes variant généralement entre 6 et 42 mois selon les pays [18-20] et qu'une minorité seulement des patients est traitée en moins de 12 semaines. Des délais encore plus importants ont été observés dans certaines études, notamment celle de Niasse M. et al. menée au Sénégal en 2017 [21]. En République démocratique du Congo (RDC) la situation est similaire, les travaux locaux disponibles rapportent des durées médianes de diagnostic particulièrement prolongées, variant de 36 à 48 mois [22-23]. Dans cette perspective, et afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de PR, en particulier en ce qui concerne la reconnaissance des signes précoces et l'instauration rapide du traitement, la présente étude a été conduite pour identifier les facteurs associés à un diagnostic tardif de la maladie dans notre milieu.

2. Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale ayant inclus 98 patients atteints de PR ancienne, suivis dans trois formations hospitalières de Kinshasa, en République démocratique du Congo (cliniques universitaires de Kinshasa, clinique SOS médecins de nuit et hôpital Biamba Marie-Mutombo), de juin 2023 à février 2024. Le diagnostic a été retenu selon les critères ACR/EULAR 2010 [24]. Les données ont été recueillies lors des consultations par le biais d'entretiens avec les patients et par l'analyse de leurs dossiers médicaux. Pour chaque patient, les variables suivantes ont été relevées :

- Données socio-démographiques : l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la profession et le niveau socio-économique classifié selon l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2007 de la RDC.
- Données cliniques : le motif de consultation ; la durée de la maladie au moment de l'étude ; les comorbidités associées (hypertension artérielle, diabète sucré, obésité) ; - les habitudes de vie (sédentarité, consommation d'alcool, de tabac) ; - le régime thérapeutique des patients (durée de prise des corticoïdes, traitement aux DMARDs), la pression

artérielle systolique (PAS), la pression artérielle diastolique (PAD), la pression pulsée (PP), la fréquence cardiaque (FC) et l'indice de masse corporelle (IMC), ainsi que la recherche de manifestations articulaires et extra-articulaires de la maladie.

- Données de l'évaluation de la polyarthrite rhumatoïde : recours au DAS 28-CRP (Disease Activity Score 28-CRP) et au HAQ (Health Assessment Questionnaire). Selon la valeur du DAS28-CRP, l'activité de la maladie a été stadifiée de la manière suivante : $\text{DAS } 28 \leq 2,6$: rémission ; $2,6 < \text{DAS } 28 \leq 3,2$: faible activité ; $3,2 < \text{DAS } 28 \leq 5,1$: activité modérée ; $\text{DAS } 28 > 5,1$: activité élevée. Pour le HAQ, une valeur $\geq 0,5$ signifiait la présence d'un retentissement fonctionnel.
- Données paracliniques : le statut immunologique (facteur rhumatoïde), les marqueurs de l'inflammation systémique (vitesse de sédimentation et protéine C-réactive), ainsi que les radiographies des mains et des pieds. Il convient de noter que le dosage des anticorps anti-peptides citrullinés cycliques (anti-CCP) n'était pas disponible au moment de l'étude.
- Données en rapport avec le retard de diagnostic en consultation rhumatologique : la durée entre les premiers symptômes et la première consultation chez le rhumatologue, le traitement reçu avant la consultation (médicaments prescrits par un médecin ou automédication, traitement traditionnel ou les deux), le nombre de consultations chez le généraliste, le nombre de consultations chez les spécialistes non rhumatologue, ainsi que la personne qui a référé le patient chez le rhumatologue (médecin généraliste, spécialiste non rhumatologue, professionnel de santé, membre de l'entourage, pharmacien ou le patient lui-même).
- Données en rapport avec le motif à l'origine du retard de consultation chez le rhumatologue avec les items suivants : manque de moyens financiers, manque d'information sur l'existence des consultations de rhumatologie, difficulté d'accès géographique, méconnaissance de la maladie, automédication, fluctuation des symptômes, peur de consulter, manque de temps et recours à la médecine traditionnelle.

❖ Définition des concepts

- Le retard diagnostique ou de consultation : consultation rhumatologique survenant à partir d'une année ou plus après l'apparition des premiers symptômes.
- Automédication : prise d'un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ou antalgique sur sa propre initiative
- Traitement traditionnel : recours aux plantes ou port des bracelets en cuivre.
- Évènement cardiovasculaire : survenu d'un évènement clinique cardiovasculaire (accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde ...).

❖ Considérations éthiques

Les patients ont été recrutés sur la base d'un consentement verbal libre et éclairé, conformément aux recommandations d'Helsinki. Le protocole a été approuvé par le Comité d'éthique de l'École de santé publique de l'université de Kinshasa (numéro d'approbation : ESP/CE/163/2024).

❖ Analyse statistique

Les données ont été encodées dans un logiciel Excel 2013, puis exportées vers le logiciel SPSS 26.0. Les résultats sont exprimés en valeur absolue ou relative (proportions), en moyennes avec écart-type et en médianes avec intervalle interquartile. Le test de chi-carré de Pearson a été utilisé pour comparer les proportions. Lorsque celui-ci n'était pas applicable, le test de Fisher exact ou le test de Likelihood Ratio le cas échéant ont été utilisés. Le test t de Student a été utilisé pour la comparaison des moyennes. La recherche des facteurs associés au retard de la consultation a été réalisée à l'aide d'un test de régression logistique en analyse exploratoire univariée ; lorsque les différences étaient observées en analyse univariée, l'effet des facteurs de confusion potentiels a été étudié en régression logistique multivariée. Les odds ratio (OR) ajustés et leurs intervalles de confiance (IC) à 95 % ont été calculés afin de déterminer le degré d'association entre le retard de la consultation et les paramètres sociodémographiques et cliniques. Le seuil de signification statistique était fixé à $p < 0,05$.

3. Résultat

Parmi les 98 patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde ancienne, 15 étaient des hommes et 83 des femmes, soit un sex-ratio (H/F) de 0,2. L'âge moyen était de $59,45 \pm 12$ ans. La majorité des patients (70,4 %) n'exerçait aucune activité professionnelle, et la moitié avait atteint au moins le niveau d'étude secondaire. Un niveau socio-économique bas a été observé chez 45,9 % des patients, tandis que près de 45 % présentaient un niveau socio-économique moyen. Un patient sur deux avait présenté une tuméfaction articulaire. Plus de la moitié des patients (56,1 %) avaient consulté au maximum 7 médecins généralistes, tandis que la quasi-totalité des patients (96,9 %) avait consulté au maximum 5 spécialistes non rhumatologues. Chez la plupart des patients, la maladie avait une durée d'au moins 6 ans (57,1 %). Dans la moitié des cas (52 %), le délai entre la première manifestation et la première consultation rhumatologique était compris entre 4 et 6

ans. La majorité des patients n'avaient aucune déformation articulaire (87,8 %) ni manifestation extra-articulaire (92,9 %) (**tableau 1**).

Tableau 1. Caractéristiques cliniques des patients avec polyarthrite rhumatoïde inclus dans l'étude

Variables	n=98 (%)
Motifs de la consultation	
Polyarthralgie inflammatoire	38(38,8)
Tuméfactions articulaires	52(53,1)
Tuméfaction + déformation	8(8,2)
Nombre de consultation en médecine générale	
Me (EIQ)	7(4-10)
≤7	55(56,1)
>7	43(43,9)
Nombre de consultation chez le spécialiste non rhumatologue	
≤5	95(96,9)
>5	3(3,1)
Durée de la maladie	
Me (EIQ), année	6(3-9)
≤6 ans	56(57,1)
>6 ans	42(42,9)
Délai 1^{ère} manifestation et 1^{ère} consultation rhumatologique	
1-3 ans	39(39,8)
4-6 ans	51(52)
>6 ans	8(8,2)
Déformations articulaires	
Doigt en boutonnière	1(1)
Poignet en dos de chameau	2(2,0)
Coup de vent cubital	4(4,1)
Doigt en boutonnière + pouce en Z	3(3,1)
Doigt en boutonnière + coup de vent cubital	2(2)
Aucunes	86(87,8)
Manifestations extra articulaires	
Nodules rhumatoïdes	5(5,1)
Pleurésie	1(1)
Syndrome sec	1(1)
Aucunes	91(92,9)

Me : médiane

EIQ : Espace interquartile

Parmi les comorbidités, la moitié des patients étaient hypertendus et 84,7 % étaient sédentaires. Sur le plan biologique, la vitesse de sédimentation et la protéine C-réactive étaient élevées respectivement de 40,5 mm/h et 15,1 mg/l. Les radiographies des mains montraient une déminéralisation épiphysaire en bande dans 69,4 % des cas et des érosions dans 16,3 % des cas (**tableau 2**). En ce qui concerne le régime thérapeutique avant la première consultation rhumatologique, 46,9 % des patients avaient eu recours à l'automédication et à une prescription médicale. 38,8 % des patients avaient bénéficié exclusivement d'un traitement médical, principalement à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), de corticoïdes et/ou d'antalgiques. Le recours à la médecine traditionnelle demeurait relativement faible (24,4 %). Les pratiques telles que la scarification et le port de bracelets en cuivre étaient faibles, chacune ne concernant que 6 % des patients (**tableau 3**). Concernant l'évaluation initiale des patients selon le DAS 28-CRP et l'indice HAQ, nous avons noté que la majorité d'entre eux (46,9 %) étaient en activité modérée, tandis que 37,8 % étaient en activité sévère. Par ailleurs, 82,7 % des patients présentaient un indice HAQ anormal (**tableau 4**). Plus de la moitié des patients (57,1 %) avait été référée par un médecin généraliste et 14,3 % avaient consulté d'eux-mêmes (**figure 1**). Parmi les causes présumées du retard de la consultation, on retrouvait essentiellement : l'absence de connaissances sur la maladie (99 %), l'automédication (67,3 %), le recours à la médecine traditionnelle (24,5 %) et la fluctuation des symptômes (22,4 %) (**figure 2**). En analyse univariée, les principaux facteurs associés au retard de diagnostic étaient le nombre de consultations ≤ à 7 en médecine générale ($p = 0,003$), la durée de la maladie ≤ 6 ans ($p < 0,001$), le manque de moyens ($p = 0,018$), l'absence de connaissance de la maladie ($p = 0,028$) et l'automédication ($p = 0,043$). Après ajustement de ces facteurs

dans une analyse multivariée, nous avons constaté que tous ces facteurs étaient associés au retard de diagnostic chez les patients suivis pour PR, à l'exception de la durée de la maladie ($p=0,448$). Les patients n'ayant pas les moyens et ceux qui s'automédaquaient couraient 4 fois plus de risque de consulter en retard. Ce risque était multiplié par 6 et 7 respectivement chez les patients n'ayant pas connaissance de leur maladie et chez ceux ayant des consultations chez leur médecin généraliste ≤ 7 fois (**tableau 5**).

Tableau 2. Comorbidités et bilan paraclinique des PR inclus dans l'étude

Variables	n(%)
Comorbidités	
– HTA	49(50)
– Diabète	9(9,2)
– Sédentarité	83(84,7)
– Obésité	27(27,6)
– Evènements cardiovasculaires	3(3,1)
– Prise d'alcool	9(9,2)
– Prise de tabac	1(1)
Bilan biologique, Me (EIQ)	
– FR (UI/ml)	8,5(5,2-23)
– Ac anti-CCP(U/ml)	-
– Glycémie à jeun (mg/dl)	89(82-99)
– VS (mm.h1)	40,5(22,7-61,7)
– CRP (mg/l)	15,1(6-43,5)
Radiographies des mains	
– Normale	12(12,2)
– Déminéralisation épiphysaire en bande	68(69,4)
– Erosion	16(16,3)
– Carpite bilatérale	2(2,0)

HTA : hypertension artérielle Me : médiane EIQ : Espace interquartile FR : facteur rhumatoïde

VS : vitesse de sédimentation CRP : protéine C-réactive.

Tableau 3. Régime thérapeutique des patients PR avant la première consultation rhumatologique

Régime thérapeutique	n (%)
Traitement avant consultation	
– Traditionnel	2(2)
– Médical	74(75,5)
– Traditionnel + médical	22(22,4)
Traitement traditionnel	
– Aucun	74(75,5)
– Port de bracelet en cuivre	6(6,1)
– Scarification	6(6,1)
– Consommation d'une potion	2(2)
– Badigeonnage d'une poudre	4(4,1)
– Port bracelet en cuivre + escarrification	4(4,1)
– Port bracelet + escarrification + potion et poudre	1(1)
– Scarification +consommation de potion et poudre	1(1)
Traitement médical	
– Automédication	14(14,3)
– Prescription médicale (AINS, Corticoïdes ou antalgiques)	38(38,8)
– Automédication + prescription médicale	46(46,9)

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

Tableau 4. Evaluation DAS 28-CRP et HAQ des PR avant prise des DMARDs

Variables	n (%)
-----------	-------

DAS 28-CRP	
– Faible activité	15 (15,3%)
– Activité modérée	46 (46,9%)
– Activité élevée	37(37,8%)
– Rémission	0 (0,0%)
HAQ	
– Normal	17 (17,3%)
– Anormal	81 (82,7%)

DAS=Disease Activity Score CRP : C-Reactive Protein PR : polyarthrite rhumatoïde
HAQ : Health Assessment Questionnaire DMARDs : Disease Modifying Anti-rheumatic Drugs.

Tableau 5. Les principaux facteurs associés au retard de diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde

Déterminants	Analyse univariée		Analyse multivariée	
	P	OR (IC95%)	P	ORa (IC95%)
Nombre de consultation chez le généraliste				
>7		1		1
≤7	0,003	5,8(1,4-24,6)	0,004	7,6(1,6-35,8)
Durée de la maladie				
>6 ans		1		1
≤6 ans	<0,001	1,2(0,4-3)	0,448	1,2(0,4-3)
Manque des moyens				
Non		1		1
Oui	0,018	2,9(1,2-6,9)	0,032	4,4(1,2-16,1)
Méconnaissance de la maladie				
Non		1		1
Oui	0,028	3,4(1,6-8,9)	0,029	6,3(1,8-18,5)
Automédication				
Non		1		1
Oui	0,043	3,6(1-14,9)	0,036	4,4(1,6-20,6)

OR : odds ratio

ORa : odds ratio ajusté

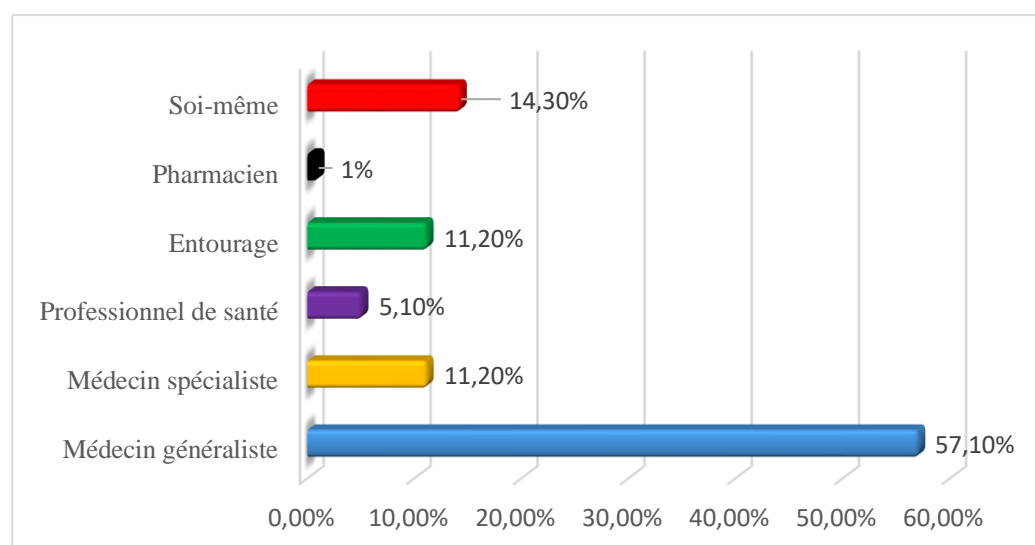


Figure 1. Répartition des patients selon le mode de référence.

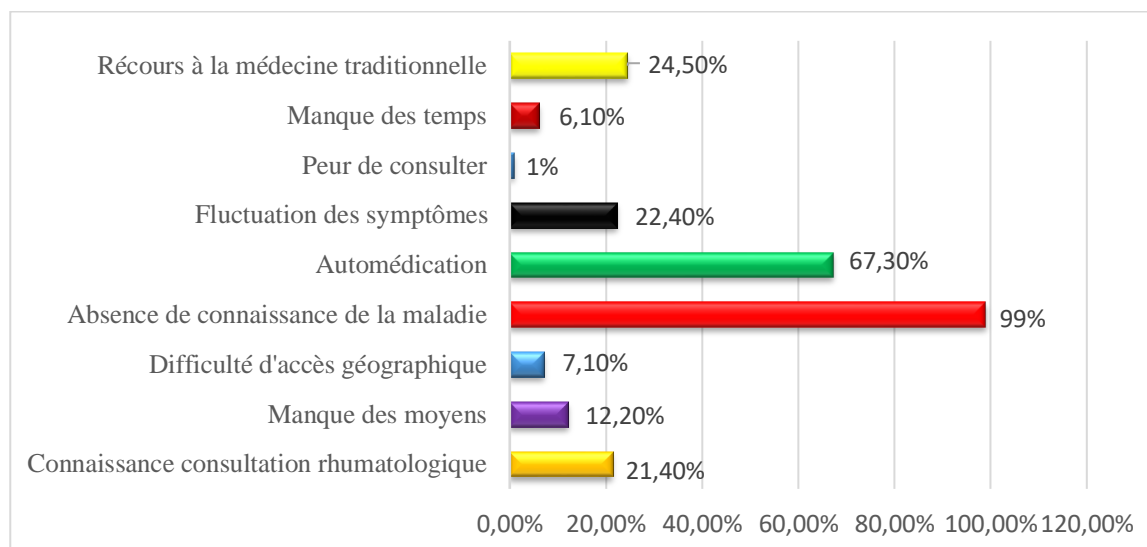


Figure 2. Répartition des patients selon les causes présumées du retard de diagnostic.

4. Discussion

De juin 2023 à février 2024, nous avons mené une étude transversale multicentrique dans trois formations médicales de Kinshasa, portant sur les facteurs associés au retard de diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde. L'étude a inclus un échantillon de 98 patients. Il s'agit de la première étude à avoir permis d'identifier les facteurs associés au retard de diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde dans notre milieu. La taille relativement restreinte de l'échantillon pourrait avoir limité la puissance statistique de certaines analyses. Par ailleurs, en raison du caractère transversal de l'étude, les résultats ne permettent pas d'établir des relations causales et ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population. Sur le plan sociodémographique, la plupart des patients présentaient un niveau socio-économique moyen à faible ainsi qu'un faible niveau d'instruction, sans que ces facteurs ne soient significativement associés au retard de consultation. Ces résultats contrastent avec ceux rapportés par Javal et al. en 2023 [25], qui ont observé une association entre un faible statut socio-économique et un retard dans le diagnostic et le traitement. Cette divergence pourrait s'expliquer par la taille relativement réduite de notre échantillon. Par ailleurs, Cho et al. [26] ont montré qu'un bon statut socio-économique et un niveau d'éducation élevé favorisent un diagnostic précoce de la maladie ainsi qu'une meilleure évolution clinique. Dans notre série, la majorité des patients (57,1 %) avaient initialement consulté un médecin généraliste avant leur première consultation en rhumatologie. Ce résultat est concordant avec les données de la littérature, notamment celles rapportées par Feldman et al. [27] et Rodriguez-Polanco et al. [28], qui ont observé des proportions respectives de 60 % et 63 %. Cette situation pourrait s'expliquer, tant dans notre contexte que dans plusieurs pays africains, par des contraintes financières importantes limitant l'accès aux soins spécialisés, par l'absence ou l'insuffisance d'un système de sécurité sociale structuré, ainsi que par la pénurie marquée de rhumatologues formés, ce qui entraîne un recours préférentiel aux soins de première ligne. Le nombre de consultations en médecine générale était au maximum de 7, tandis que la quasi-totalité des patients avaient consulté un spécialiste non rhumatologue qu'à 5 reprises tout au plus. Ces résultats sont conformes aux données de la littérature, qui indiquent que le nombre moyen de consultations avant le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde (PR) varie entre 1 et 16 [28-30]. Le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation rhumatologique était compris entre 4 et 6 ans dans 52 % des cas. Ce constat ne correspond pas aux recommandations de l'EULAR de 2016, qui préconisent un diagnostic dans un délai de 6 semaines et l'instauration d'un traitement dans les 3 mois suivant l'apparition des premiers symptômes [31]. Toutefois, ces recommandations sont rarement suivies, comme en témoignent les divergences observées dans la littérature concernant le délai avant la première consultation en rhumatologie. Nos résultats diffèrent de ceux rapportés par Corominas et al. [32] et Widdifield et al. [33], qui ont observé des délais plus courts. D'autres auteurs ont même rapporté des délais d'environ trois mois [34-36]. Ce long délai pourrait s'expliquer par la rareté des consultations spécialisées en rhumatologie dans plusieurs structures médicales, mais également par le faible niveau d'instruction et le manque de ressources financières de nos patients. Dans notre milieu, un nombre de consultations d'environ 7 en médecine générale, le manque de moyens financiers, l'absence de connaissance de la maladie et l'automédication ont été associés au retard diagnostique de la polyarthrite rhumatoïde. Les données de la littérature sont en revanche divergentes quant aux facteurs associés au retard de diagnostic chez les patients atteints de PR. En Tunisie, l'étude menée par Fazaa et al. en 2020 a mis en évidence une association significative entre le retard du diagnostic de la PR et plusieurs facteurs : milieu de vie rural, absence d'affiliation à la sécurité sociale,

apparition progressive des symptômes, présence de raideur matinale et la consultation initiale par un médecin généraliste, avec un nombre moyen de consultations avant le diagnostic de $7,3 \pm 4,2$ [37]. Cette observation se rapproche de nos résultats, mais uniquement en ce qui concerne le nombre moyen de consultations avant le diagnostic. Il en est de même pour les études de Hussein et al. [38] et de Javaid et al. [25], qui ont montré que plus le nombre de médecins généralistes consultés avant la première consultation rhumatologique est élevé, plus le délai de diagnostic de la PR et d'instauration des DMARDs est prolongé.

5. Conclusion

Les données de cette étude suggèrent que le délai prolongé entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation spécialisée en rhumatologie est principalement lié à la multiplicité des consultations en médecine générale, aux limitations financières, à l'automédication et à une méconnaissance de la maladie par les patients. Ces résultats soulignent l'importance de mettre en œuvre des stratégies ciblées, comme le renforcement de la formation des médecins généralistes à la détection précoce de la maladie, ou la mise en place de programmes de sensibilisation à destination du grand public. Par ailleurs, l'élaboration d'un système de protection sociale efficace, intégrant la prise en charge des maladies chroniques, est essentielle pour favoriser un diagnostic plus précoce et améliorer la qualité globale de la prise en charge des patients.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Gibofsky A. Overview of epidemiology, pathophysiology, and diagnosis of rheumatoid arthritis. *Am J Manag Care* 2012 ;18(13 Suppl) : S295-302.
2. Srumsiri R, Mahlich J, Tanaka E, Yamanaka H. Productivity loss of Japanese patients with rheumatoid arthritis - A cross-sectional survey. *Mod Rheumatol* 2018 ;28 :482-9.
3. Verstappen SM. Rheumatoid arthritis and work : The impact of rheumatoid arthritis on absenteeism and presenteeism. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2015 ;29 :495-511.
4. Fautrel B, Gaujoux-Viala C. Medical and economic aspects of rheumatoid arthritis. *Bull Acad Natl Med* 2012 ;196 :1295-305.
5. Cush JJ. Early rheumatoid arthritis – is there a window of opportunity ? *J Rheumatol Suppl* 2007 Nov ;80 :1–7.
6. Egsmose C, Lund B, Borg G, Pettersson H, Berg E, Brodin U, et al. Patients with rheumatoid arthritis benefit from early 2nd line therapy : 5 year followup of a prospective double blind placebo controlled study. *J Rheumatol* 1995 Dec ;22(12) :2208–2213.
7. Tsakonas E, Fitzgerald AA, Fitzcharles MA, Cividino A, Thorne JC, M'Seffar A, et al. Consequences of delayed therapy with second-line agents in rheumatoid arthritis : a 3 year followup on the hydroxychloroquine in early rheumatoid arthritis (HERA) study. *J Rheumatol* 2000 Mar ;27(3) :623–629.
8. Anderson JJ, Wells G, Verhoeven AC, Felson DT. Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis : the importance of disease duration. *Arthritis Rheum* 2000 Jan ;43(1) :22–29.
9. Möttönen T, Hannonen P, Korpela M, Nissilä M, Kautiainen H, Ilonen J, et al ; FIN-RACo Trial Group. FINnish Rheumatoid Arthritis Combination therapy. Delay to institution of therapy and induction of remission using single-drug or combination-disease-modifying antirheumatic drug therapy in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002 Apr ;46(4) :894–898.
10. O'Dell JR, Paulsen G, Haire CE, Blakely K, Palmer W, Wees S, et al. Treatment of early seropositive rheumatoid arthritis with minocycline: four-year followup of a doubleblind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 1999 Aug ;42(8) :1691–1695.
11. Nell VP, Machold KP, Eberl G, Stamm TA, Uffmann M, Smolen JS. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2004 Jul ;43(7) :906–914.
12. Lard LR, Visser H, Speyer I, vander Horst-Bruinsma IE, Zwinderman AH, Breedveld FC, et al. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med* 2001 Oct ;111(6) :446–451.
13. Buckland-Wright JC, Clarke GS, Chikanza IC, Grahame R. Quantitative microfocal radiography detects changes in erosion area in patients with early rheumatoid arthritis treated with myocrisine. *J Rheumatol* 1993 Feb ;20(2) :243–247.
14. van der Linden MP, le Cessie S, Raza K, van der Woude D, Knevel R, Huizinga TW, et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum* 2010 Dec ;62(12) :3537–3546.

15. Finckh A, Liang MH, van Herckenrode CM, de Pablo P. Long-term impact of early treatment on radiographic progression in rheumatoid arthritis : A meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2006 Dec ;55(6) :864–872.
16. Hernández-García C, Vargas E, Abásolo L, Lajas C, Bellajdell B, Morado IC, et al. Lag time between onset of symptoms and access to rheumatology care and DMARD therapy in a cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2000 Oct ;27(10) :2323–2328.
17. Rodríguez-Polanco E, Al Snih S, Kuo YF, Millán A, Rodríguez MA. Lag time between onset of symptoms and diagnosis in Venezuelan patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2011 May ;31(5) :657–665.
18. Singh JA, Furst DE, Bharat A, Curtis JR, Kavanaugh AF, Kremer JM, et al. 2012 updates of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012 ;64 :625–39.
19. Irvine S, Munro R, Porter D. Early referral, diagnosis, and treatment of rheumatoid arthritis : evidence for changing medical practice. *Ann Rheum Dis* 1999 ;58 :510–13.
20. Gray M, Nuki J. Audit of delay between symptom onset and commencement of disease modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs) in patients with newly diagnosed rheumatoid arthritis referred to a hospital rheumatology unit. *Rheumatology (Oxford)* 2001 ;40(Suppl 1):60.
21. Niasse M, Kane BS, Ndiaye AA, Ndao AC, Djiba B, Fall S, et al. Severity of rheumatoid arthritis in sub-Saharan Africa: study of 403 Senegalese observations. *Open J Intern Med.* 2017;7(4):151-9.
22. Malemba JJ, Mbuyi-Muamba JM, Mukaya J, Bossuyt X, Emonds D, Deiteren K, et al : The phenotype and genotype of rheumatoid arthritis in the Democratic Republic of Congo. *Arthritis Research & Therapy* 2013 15 : R89.
23. Mulumba C, Lebughe P, Mbuyi-Muamba JM, Makulo JR, Lepira F, Mukaya J et al. Prevalence and associated factors of subclinical atherosclerosis in rheumatoid arthritis at the university hospital of Kinshasa. *BMC Rheumatol* 3, 37 (2019).
24. Cohen S, Emery P. The American College of Rheumatology/European League against Rheumatism Criteria for the classification of rheumatoid arthritis: a game changer. *Ann Rheum Dis* 2010 ; 69 :157-6.
25. Javaid U, Mahmud TH, Rasheed A, Javaid AUR, Riaz S, Zohaib A (January 31, 2023) Factors Leading to Diagnostic and Therapeutic Delay of Rheumatoid Arthritis and their Impact on Disease Outcome. *Cureus* 15(1) : e34481. DOI 10.7759/cureus.34481.
26. Cho SK, Kim D, Won S, Lee J, Choi CB, Choe JY, et al. : Factors associated with time to diagnosis from symptom onset in patients with early rheumatoid arthritis. *Korean J Intern Med.* 2019, 34 :910-6. 10.3904/kjim.2017.113.
27. Feldman DE, Bernatsky S, Haggerty J, Leffondré K, Tousignant P, Roy Y, et al. Delay in consultation with specialists for persons with suspected new onset rheumatoid arthritis : A population-based study. *Arthritis Rheum* 2007 ;57 :1419-25.
28. Rodríguez-Polanco E, Al Snih S, Kuo YF, Millán A, Rodríguez MA. Lag time between onset of symptoms and diagnosis in Venezuelan patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2011 ;31 :657-65.
29. De Cock D, Meyfroidt S, Joly J, Van der Elst K, Westhovens R, Verschueren P; CareRA study group*. A detailed analysis of treatment delay from the onset of symptoms in early rheumatoid arthritis patients. *Scand J Rheumatol* 2014 ;43 :1-8.
30. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017 ;76 :960-77.
31. Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Alvaro-Gracia JM, et al. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(6):948-59.
32. Corominas H, Narváez J, Díaz-Torné C, Salvador G, Gomez-Caballero ME, de la Fuente D, et al. Diagnostic and therapeutic delay of rheumatoid arthritis and its relationship with health care devices in Catalonia. The AUDIT study. *Reumatol Clin* 2016 ;12 :146-50.
33. Widdifield J, Bernatsky S, Thorne JC, Bombardier C, Jaakkimainen RL, Wing L, et al. Wait times to rheumatology care for patients with rheumatic diseases: A data linkage study of primary care electronic medical records and administrative data. *CMAJ Open* 2016;4:E205-12.
34. Zamora N, Waimann C, Florencia Marengo M, Citera G, Granel A, Marcos AI, et al. Delay in consultation and starting disease modifying anti-rheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis in Argentina: how early arthritis clinics impact on health barriers? *Arthritis Rheumatol* 2013 ;65 Suppl 10 : S75.
35. Van Doornum S, Tropea J, Tacey M, Liew D. Time to institution of disease modifying anti-rheumatic drugs in Australian patients with early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2013 ; 65 Suppl 10 : S565.
36. van der Linden MP, le Cessie S, Raza K, van der Woude D, Knevel R, Huizinga TW, et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum* 2010 ;62 :3537-46.
37. Fazaa A, Bettaieb H, Sellami M, Miladi S, Ouenniche K, Souebni L, et al. Journey of rheumatoid arthritis patients in Tunisia: From symptoms to treatment. *Arch Rheumatol* 2022 ;37(1) :85-93.
38. Hussain W, Noorwali A, Janoudi N, Baamer M, Kebbi L, Mansafi H, et al. From symptoms to diagnosis: An observational study of the journey of rheumatoid arthritis patients in Saudi Arabia. *Oman Med J* 2016 ;31 :29-34.