

• Pour l'ensemble des patients, les scores de coping passifs et actifs étaient  $2,1 \pm 0,4$  et  $2,1 \pm 0,5$ , donc équilibrées. Les stratégies de *coping* actives consistaient en une réduction des demandes et les stratégies de coping passifs passaient par le repos.

*Selon le type d'arthrose* : Les scores étaient plus élevés pour les patients ayant deux localisations concomitantes par rapport aux patients n'ayant qu'une seule localisation. Les stratégies de coping n'étaient pas différentes selon la localisation de l'arthrose, mais les patients atteints de coxarthrose exprimaient plus de difficultés pour les items du domaine « repos ».

*Selon le sexe, l'âge et le poids* : Une différence selon le sexe et l'âge pour 4 dimensions du PCI a été trouvée. Les dimensions passives étaient significativement plus élevées chez les femmes, les sujets âgés, les sujets avec surpoids. On observait une différence significative ( $p < 0,001$ ) de stratégie entre les hommes et les femmes, en faveur d'un *coping* passif plus élevé chez les femmes.

*Selon le type de handicap* : Lors d'un handicap prioritaire portant sur les activités domestiques ou sociales, les dimensions passives de coping étaient plus importantes, essentiellement du repos. À l'inverse on observait un *coping* actif plus élevé lors d'un handicap prioritaire portant sur le sport, les loisirs, les activités extérieures.

## TO68 COMPARAISON DES PATIENTS SOUFFRANT DE GONARTHROSE ET DE COXARTHROSE DANS L'ÉTUDE ARTHRIX

F. Rannou<sup>(1)</sup>, S. Poiraudéau<sup>(1)</sup>, F. Coriat<sup>(2)</sup>, M. Kabir<sup>(2)</sup>, P. Bertin<sup>(3)</sup>, P. Sichere<sup>(4)</sup>, A. Serrie<sup>(5)</sup>, S. Perrot<sup>(6)</sup>

1. Hôpital Cochin, Université Paris V, Paris, France.
2. Laboratoire Sanofi-Aventis, Paris, France.
3. Service de Rhumatologie, CHU Limoges, Paris, France.
4. Cabinet de Rhumatologie, Paris, France.
5. CHU Lariboisière, Paris, France.
6. Hôpital Hôtel Dieu, Université Paris V, Paris, France.

**Introduction** : Les patients souffrant de gonarthrose et coxarthrose sont habituellement analysés séparément dans les études observationnelles et les essais cliniques. Il existe peu d'éléments montrant que ces deux populations se distinguent en terme de douleur, fonction, stratégies de *coping* et handicap.

**Objectifs** : Comparer deux populations de patients consultant leur médecin généraliste pour gonarthrose ou coxarthrose.

**Méthodes** : Étude observationnelle nationale, multicentrique, transversale. 1811 médecins généralistes ont inclus 5324 patients souffrant de gonarthrose et/ou de coxarthrose. Le questionnaire patient comprenait un recueil des caractéristiques démographiques et cliniques, une évaluation de la douleur au repos, au mouvement et en moyenne (8 jours) sur une échelle numérique (0-10), un questionnaire

WOMAC section fonction (0-100), l'analyse du handicap prioritaire et un questionnaire de coping (PCI) (0-4). Les comparaisons ont été faites par ANCOVA, des analyses factorielles suivies de rotations orthogonales ont été réalisées, les corrélations entre les scores ont été évaluées par le coefficient de Spearman.

**Résultats** : Les questionnaires de 4719 patients (88,6 %) étaient analysables (2781 gonarthroses, 1553 coxarthroses, 385 double localisations). Il n'y avait pas de différence entre gonarthrose et coxarthrose pour l'âge ( $66,7 \pm 9,1$  et  $67,4 \pm 8,7$  ans), le sexe (F : 59,5 % et 53,5 % de femmes), le BMI ( $27,7 \pm 4,4$  et  $26,6 \pm 3,9$ ), la situation familiale et professionnelle, la pratique d'activités sportives, l'ancienneté des symptômes, la douleur au repos ( $4,1 \pm 2,2$  et  $4,1 \pm 2,2$ ), au mouvement ( $5,9 \pm 1,8$  et  $5,9 \pm 1,8$ ), ou en moyenne ( $5,0 \pm 1,7$  et  $5,1 \pm 1,7$ ), l'incapacité fonctionnelle ( $46,6 \pm 18,1$  et  $50,6 \pm 16,9$ ), le type de handicap prioritaire (activités à la maison 31,5 % et 33,4 %) ou les stratégies de *coping* (score actif  $2,1 \pm 0,4$  et  $2,1 \pm 0,4$ , score passif  $2,1 \pm 0,5$  et  $2,1 \pm 0,5$ ). Les analyses qualitatives (analyses factorielles) de la fonction (WOMAC) et du *coping* (PCI) étaient superposables dans les deux groupes. Les corrélations entre douleurs et fonction étaient identiques dans les deux groupes.

**Conclusion** : Le retentissement de la gonarthrose et de la coxarthrose en terme de douleur, fonction, handicap et stratégies de *coping* semble ne pas être différent. Ces résultats devront être confirmés par des études prenant en compte les co-morbidités.

## TO69 VALIDITÉ DE CONSTRUIT DE LA SECTION FONCTION DU WOMAC : ANALYSE DES VERSIONS 17, 9 ET 8 ITEMS DANS L'ÉTUDE ARTHRIX

F. Rannou<sup>(1)</sup>, S. Poiraudéau<sup>(1)</sup>, F. Coriat<sup>(2)</sup>, M. Kabir<sup>(2)</sup>, P. Bertin<sup>(3)</sup>, P. Sichere<sup>(4)</sup>, A. Serrie<sup>(5)</sup>, S. Perrot<sup>(6)</sup>

1. Hôpital Cochin, Université Paris V, Paris, France.
2. Laboratoire Sanofi-Aventis, Paris, France.
3. Service de Rhumatologie, CHU Limoges, Paris, France.
4. Cabinet de Rhumatologie, Paris, France.
5. CHU Lariboisière, Paris, France.
6. Hôpital Hôtel Dieu, Université Paris V, Paris, France.

**Introduction** : Le questionnaire WOMAC est composé de 3 sections : douleur, raideur, fonction. La section fonction comporte 17 items mais des versions à 9 et 8 items ont récemment été proposées.

**Objectifs** : Comparer la validité de construit des sections fonction du WOMAC à 17, 9, et 8 items.

**Méthodes** : Étude observationnelle nationale, multicentrique, transversale. 1811 médecins généralistes ont inclus 5324 patients souffrant de gonarthrose et/ou de coxarthrose. Le questionnaire patient comprenait un recueil des caractéristiques démographiques et cliniques, une évaluation de la