



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels

RECOMMANDATIONS

Mars 2007

L'argumentaire scientifique de ces recommandations est
téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine
CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Recommandations.....	5
1. Introduction	5
1.1 Thème et objectifs des recommandations	5
1.2 Patients concernés	6
1.3 Professionnels concernés	7
1.4 Gradation des recommandations	7
2. Prise en charge globale des patients atteints de PR	8
3. Indications des traitements physiques	8
3.1 Techniques passives de masso-kinésithérapie.....	9
3.2 Techniques actives de masso-kinésithérapie	9
3.3 Balnéothérapie et thermalisme.....	12
3.4 Physiothérapie	13
3.5 Ergothérapie	14
3.6 Orthèses	15
3.7 Aides techniques et aménagements de l'environnement.....	15
3.8 Traitement spécifique de la main et du poignet	16
3.9 Traitement spécifique du pied	17
4. Indications de l'éducation thérapeutique du patient et du soutien psychologique	19
4.1 Information du patient.....	19
4.2 Éducation thérapeutique du patient.....	20
4.3 Prises en charge psychologiques.....	21
5. Indications des autres interventions non médicamenteuses	21
5.1 Diététique	21
5.2 Acupuncture	22
5.3 Ostéopathie	22
6. Stratégie thérapeutique.....	22
6.1 Place des interventions non médicamenteuses dans la stratégie globale	22
6.2 Place des différentes interventions non médicamenteuses selon l'activité et le stade d'évolution de la maladie et selon les objectifs	23
7. Aspects médico-sociaux.....	26
7.1 Demande d'exonération du ticket modérateur	26
7.2 Procédures d'aménagement professionnel.....	26

7.3	Procédures de protection sociale	27
7.4	Contact avec les associations de patients	28
8.	Modalités d'organisation de la prise en charge.....	28
8.1	Place des différents professionnels de santé.....	28
8.2	Prise en charge pluridisciplinaire.....	28
8.3	Réseaux de santé.....	29
Annexe 1. Points à considérer pour de futures actions ou recherches ...		30
Annexe 2. Abréviations.....		31
Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ».....		32
Participants		35
Fiche descriptive		40

Recommandations

1. Introduction

1.1 Thème et objectifs des recommandations

► Thème des recommandations

Les recommandations professionnelles sur le thème de la polyarthrite rhumatoïde (PR) ont été élaborées par la Haute Autorité de santé à la demande des caisses d'assurance maladie. L'Association nationale de recherche et d'évaluation en pédicurie-podologie (Anrep) a également sollicité des recommandations sur les aspects podologiques de la prise en charge de la PR.

La PR est un rhumatisme inflammatoire chronique entraînant une destruction articulaire progressive et des répercussions fonctionnelles, psychologiques, sociales et professionnelles parfois graves pour le patient¹. Les conséquences médico-économiques sont importantes pour la société. Il s'agit du rhumatisme inflammatoire le plus fréquent.

L'objectif principal du traitement de la PR est de contrôler l'activité de la maladie, de réduire la douleur, de prévenir et contrôler les destructions articulaires, de prévenir la perte de fonction dans les activités quotidiennes et au travail et d'optimiser la qualité de vie. Pour ce faire, une prise en charge globale est nécessaire : les prises en charge médicamenteuses, physiques, psychologiques et chirurgicales sont complémentaires et sont indissociables des mesures sociales et professionnelles. Afin de couvrir ces différentes approches, trois recommandations pour la pratique clinique ont été élaborées autour de la PR, le dernier thème correspond à ce travail :

- polyarthrite rhumatoïde : prise en charge au début ;
- polyarthrite rhumatoïde : prise en charge en phase d'état ;
- polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie – aspects médico-sociaux et organisationnels.

¹ Les manifestations initiales sont caractérisées par des douleurs articulaires associées à un enraidissement matinal et un gonflement articulaire (synovite). Il existe typiquement un syndrome inflammatoire, une atteinte articulaire (érosions, exceptionnellement destructions articulaires), et inconstamment des manifestations extra-articulaires telles que des nodules rhumatoïdes. L'évolution de cette affection se fait par poussées et, en l'absence de prise en charge, entraîne un handicap.

► Objectifs des recommandations

Les objectifs de ces recommandations professionnelles sont les suivants :

- mieux faire connaître des professionnels les effets démontrés des thérapeutiques non médicamenteuses afin de proposer une prise en charge optimale visant à restreindre autant que possible les conséquences de la pathologie en termes de douleur, déficiences, incapacités fonctionnelles et altération de la qualité de vie ;
- permettre à tous les patients atteints de PR d'accéder à une prise en charge coordonnée et adaptée, thérapeutique, sociale et professionnelle ;
- homogénéiser les modalités d'organisation des soins.

Ce travail répond aux questions suivantes :

- Quelles sont les indications des différentes prises en charge non médicamenteuses pour le traitement des patients atteints de PR ? Seront envisagées les interventions suivantes :
 - les traitements physiques et de réadaptation (techniques passives et actives de masso-kinésithérapie, balnéothérapie et soins thermaux, ergothérapie, orthèses, pédicurie-podologie),
 - les interventions éducatives (éducation thérapeutique, éducation gestuelle), psychologiques (cognitivo-comportementale et psychodynamique), et autres (relaxation, hypnose),
 - les autres traitements non médicamenteux (acupuncture, régimes diététiques, ostéopathie),
 - les prises en charge sociale et professionnelle.Sont exclus de ce travail les traitements médicamenteux, chirurgicaux et post-chirurgicaux.
- Quelle est la stratégie thérapeutique à adopter : place des différentes techniques entre elles en fonction de l'activité et du stade d'évolution de la pathologie, et de l'organisation pratique de la prise en charge ?
- Quelles sont les stratégies de prise en charge sociale et professionnelle à adopter : place de la médecine du travail, des aides sociales, des associations de patients ?

1.2 Patients concernés

Tous les patients adultes atteints de PR².

² La plupart des études cliniques retiennent comme critères d'inclusion de leur population des patients atteints de PR définie par les critères de classification de l'*American College of Rheumatology* (ACR). Néanmoins, les critères diagnostiques de la PR sont différents de ces critères de classification. Pour plus de précisions, se reporter aux recommandations « Polyarthrite rhumatoïde : prise en charge au début » HAS 2007 (à paraître).

1.3 Professionnels concernés

Les recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé et travailleurs sociaux impliqués dans la prescription ou la prise en charge des traitements non médicamenteux, notamment :

- médecins généralistes dont médecins à exercice particulier, rhumatologues, médecins de médecine physique et de réadaptation, médecins du travail ;
- assistants de service social, diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, orthésistes agréés, orthoprothésistes, pédicures-podologues, podo-orthésistes, psychologues.

1.4 Gradation des recommandations

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées (niveau de preuve 1) ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte (niveau de preuve 2) ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas (niveau de preuve 4).

En l'absence de preuves scientifiques, les recommandations reposent sur un accord professionnel entre le groupe de travail et le groupe de lecture.

L'absence de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles. L'absence de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

2. Prise en charge globale des patients atteints de PR

Le traitement de la PR nécessite une prise en charge globale où les prises en charge médicamenteuses, physiques, éducatives, psychologiques, diététiques et chirurgicales sont proposées de manière complémentaire et sont indissociables des mesures sociales et professionnelles.

Les interventions thérapeutiques non médicamenteuses sont complémentaires des traitements médicamenteux ou chirurgicaux et ne s'y substituent pas. Elles doivent être systématiquement envisagées lors de l'élaboration du projet thérapeutique global quel que soit le stade d'évolution de la maladie.

Les différentes interventions thérapeutiques non médicamenteuses dans le cadre de la PR sont multiples. Elles comprennent les traitements physiques, les interventions éducatives, psychologiques ainsi que d'autres interventions telles que l'acupuncture ou les régimes diététiques.

Le recours à ces interventions fait suite à un examen clinique détaillé³ qui permet de définir avec le patient des objectifs thérapeutiques en fonction de l'activité et du stade d'évolution de la maladie et de suivre les bénéfices obtenus par le traitement.

3. Indications des traitements physiques

Les traitements physiques font appel aux techniques de rééducation et de réadaptation : kinésithérapie, ergothérapie, pédicurie-podologie et appareillage. Leurs principaux objectifs sont la diminution de l'état douloureux, la prévention ou le traitement des déformations, l'entretien ou la récupération de la mobilité et de la stabilité articulaires, l'entretien des performances musculaires et de la capacité aérobie, l'adaptation fonctionnelle à l'évolution du handicap.

³ Cet examen clinique comprend une évaluation clinique de la douleur, des déficiences et incapacités fonctionnelles, de l'état psychologique et de l'environnement social et professionnel du patient ; il est réalisé par le médecin prescripteur et les différents professionnels de santé sollicités, chacun dans leur domaine spécifique. Les outils d'évaluation clinique spécifiques à la PR ne sont pas abordés dans ce document.

3.1 Techniques passives de masso-kinésithérapie

► Massage

Le massage n'est pas recommandé comme technique isolée (accord professionnel).

Le massage est un adjuvant⁴ du traitement physique. Ses effets antalgiques et décontracturants de courte durée sont constatés par les professionnels et les patients. L'indication et le choix de la technique de massage doivent respecter la fragilité cutanée, l'inflammation et le seuil douloureux.

► Mobilisations passives et postures

Les mobilisations passives et les postures sont recommandées pour entretenir ou restaurer les amplitudes articulaires (accord professionnel).

Elles sont indiquées lorsque les limitations d'amplitudes articulaires résultent de rétractions des tissus mous périarticulaires ; la restauration des amplitudes ne peut être obtenue que lorsque les limitations d'amplitudes sont récentes et non fixées. Elles sont mises en œuvre de manière progressive après échec ou insuffisance de résultats des autopostures et mobilisations actives aidées.

Elles sont réalisables à tout stade de la maladie y compris quand la PR est active, à condition de respecter le seuil douloureux du patient. Un traitement antalgique préventif adapté peut être prescrit avant les séances pour un meilleur confort du patient et une meilleure efficacité de la rééducation.

3.2 Techniques actives de masso-kinésithérapie

► Renforcement musculaire

Le renforcement musculaire est recommandé à tous les stades de la PR (grade B). Ses modalités doivent être adaptées à l'état général et articulaire du patient.

Les indications concernent tout patient atteint de PR et en particulier dès qu'une diminution isolée ou globale de la force musculaire est décelée.

Les modalités suivantes de renforcement musculaire ont fait preuve de leur efficacité (niveau de preuve 2) :

- renforcement analytique ou intégré dans un programme d'entraînement global ;

⁴ Le terme « adjuvant » signifie que le massage peut éventuellement être associé à un traitement physique principal (ex. mobilisation articulaire) dans la mesure où il en facilite l'application ou permet un effet antalgique complémentaire.

- renforcement isométrique ou dynamique, y compris isocinétique ;
- renforcement d'intensité modérée ou forte (50 à 80 % de la contraction maximale volontaire).

Le renforcement musculaire dynamique est bien toléré et n'expose pas à une réactivation de la maladie ni à une accélération de la destruction articulaire radiologique (niveau de preuve 2). Néanmoins, la sollicitation mécanique d'articulations sévèrement détruites doit rester prudente en l'absence de données suffisantes, en particulier à long terme (accord professionnel).

C'est pourquoi, lorsqu'une articulation est le siège d'une destruction majeure ou d'une poussée inflammatoire, il est recommandé de renforcer les muscles périarticulaires concernés selon les modalités suivantes (accord professionnel) :

- en condition isométrique ;
- contre résistances légères ou modérées ;
- en décharge s'il s'agit d'articulations portantes ;
- en respectant le seuil douloureux.

► Activités aérobies

La pratique régulière d'activités physiques aérobies⁵ favorisant l'endurance cardio-respiratoire est fortement recommandée à tout patient atteint de PR (grade B). Leurs modalités, en particulier leur niveau d'intensité, doivent être adaptées à l'état général, cardio-vasculaire et articulaire du patient.

Les activités aérobies d'intensité modérée ou forte (60 à 85 % de la fréquence cardiaque maximale), y compris les activités en charge avec impact articulaire modéré⁶, sont recommandées aux patients atteints de PR stable (grade B) et même active⁷ (accord professionnel).

Les activités aérobies d'intensité modérée ou forte chez les patients atteints de PR en phase d'état stable, sans antécédent cardiaque sévère, ont fait la preuve de leur efficacité sur la capacité aérobie (niveau de preuve 2).

⁵ Les activités physiques aérobies sont des activités physiques globales sollicitant l'endurance cardio-respiratoire (ex. marche, course, natation, Tai Ji Quan, bicyclette, etc.).

⁶ Exemples : marche rapide, course d'endurance, certaines danses.

⁷ Une PR est active si le score DAS 28 est strictement supérieur à 3,2. Pour plus de précisions sur le calcul du DAS 28 et les seuils permettant d'évaluer l'activité de la maladie et la réponse thérapeutique, se reporter aux recommandations pour la pratique clinique « Polyarthrite rhumatoïde : prise en charge au début » HAS 2007 (à paraître).

Dans les études, les effets thérapeutiques mesurés par comparaison intergroupe sur la force musculaire, les capacités fonctionnelles, l'état psychologique et la qualité de vie sont inconstants, même si ces critères de jugement s'améliorent dans le temps après activité aérobie (niveau de preuve 4).

Les activités aérobies contribuent à diminuer les comorbidités, en particulier cardio-vasculaires.

Elles n'ont pas d'impact, en particulier délétère, sur l'activité de la maladie, ni sur la destruction articulaire radiologique (niveau de preuve 4).

Quand la PR est très active ou quand l'atteinte articulaire des membres inférieurs est sévère, les activités aérobies en charge avec faible impact articulaire ou en décharge⁸ doivent être privilégiées. En cas de poussée, ces restrictions ne sont que transitoires et adaptées à l'état clinique du patient (accord professionnel).

Les activités aérobies peuvent être réalisées avec ou sans encadrement. En revanche, un avis médical périodique est nécessaire pour évaluer le niveau d'activité physique, prodiguer des conseils personnalisés et motiver le patient afin d'améliorer son observance à cette activité (accord professionnel).

► **Activités fonctionnelles**

Les techniques globales de kinésithérapie visant à maintenir les capacités fonctionnelles au déplacement (transferts⁹, marche) sont recommandées pour toute atteinte grave entraînant une restriction de ces capacités dans la vie quotidienne (grade C).

Ces techniques de rééducation sont en lien avec les mesures nécessaires de réadaptation fonctionnelle.

⁸ Exemples : marche (activité en charge avec faible impact articulaire) ou balnéothérapie (activité en décharge).

⁹ Les transferts sont les déplacements du corps d'une position donnée vers une autre position (exemple : passage de la position assise à debout).

3.3 Balnéothérapie et thermalisme

► Balnéothérapie

La balnéothérapie peut être proposée en complément de techniques actives (grade C) ou passives de kinésithérapie, en particulier lorsque ces techniques doivent être réalisées en décharge.

La balnéothérapie utilise les propriétés physiques de l'eau. Elle regroupe l'ensemble des techniques de rééducation passives ou actives en immersion dans une eau chaude¹⁰. Elle est bien tolérée, du moins en dehors des poussées très inflammatoires. Elle doit être effectuée dans un bassin suffisamment profond pour permettre une immersion complète du corps et donc un travail en décharge.

La balnéothérapie a fait la preuve de son efficacité en fin de traitement (niveau de preuve 2) sur :

- les capacités fonctionnelles ;
- certains critères de qualité de vie.

Dans les études, les effets thérapeutiques mesurés par comparaison intergroupe sur la douleur, la force musculaire et la capacité aérobie sont inconstants, même si ces critères de jugement s'améliorent en fin de traitement après balnéothérapie (niveau de preuve 4).

La balnéothérapie peut être proposée en vue (accord professionnel) :

- d'obtenir un effet antalgique et décontractant ;
- d'améliorer les amplitudes articulaires ;
- de participer au renforcement musculaire ;
- de favoriser la reprise d'une activité physique normale grâce à une activité aérobie sans risque d'augmentation de l'activité de la maladie.

Les données de la littérature mettent en évidence une efficacité des exercices en immersion, mais ne permettent pas de mesurer l'impact isolé de l'immersion dans l'eau chaude. Cette dernière permet la mise en œuvre de techniques de kinésithérapie en décharge qui ne sont possibles qu'en immersion aquatique.

Il n'existe pas de contre-indications de la balnéothérapie spécifiques à la PR. En revanche, des précautions particulières doivent être prises chez les patients immunodéprimés ou présentant des lésions cutanées, en particulier des pieds.

¹⁰ La température de l'eau est habituellement d'environ 35 °C.

► Thermalisme

Les cures thermales semblent apporter un bénéfice antalgique et fonctionnel aux patients atteints de PR stable ou ancienne et non évolutive (grade C).

Elles ne sont pas indiquées quand la PR est active (accord professionnel).

Les données de la littérature ne permettent pas de déterminer si les bénéfices apportés par les cures thermales sont dus à la composition chimique de l'eau des bains, aux interventions qui y sont pratiquées ou à la situation de mise au repos qui les accompagne.

3.4 Physiothérapie

La physiothérapie¹¹ n'est pas recommandée comme technique isolée. Elle peut être utilisée comme adjuvant¹² des traitements physiques ou du traitement symptomatique antalgique médicamenteux après évaluation avec le patient du rapport « bénéfice attendu/contraintes » (accord professionnel).

Les ionisations ne sont pas recommandées en raison du risque de brûlure majoré par la fragilité cutanée secondaire à la corticothérapie (accord professionnel).

La prescription de physiothérapie doit être envisagée au regard de ses bénéfices modestes et brefs et de ses inconvénients (traitements contraignants pour le patient, coût des appareils, effets secondaires potentiels). Les modalités d'application, en particulier le nombre de séances appliquées par un professionnel, doivent être adaptées aux résultats cliniques évalués par des bilans validés.

Les effets attendus ou démontrés de la physiothérapie en tant que traitement adjuvant diffèrent selon les techniques :

- effets sur la force musculaire : l'électromyostimulation ou électrostimulation à visée excitomotrice peut contribuer à maintenir ou à restaurer la force de certains groupes musculaires (accord professionnel) ;
- effets antalgiques :

¹¹ La physiothérapie regroupe l'utilisation, dans un but thérapeutique, des agents physiques délivrant de l'énergie : électrothérapie, ondes électromagnétiques et mécaniques (ultrasons), thermothérapie.

¹² Le terme « adjuvant » signifie que la physiothérapie peut éventuellement être associée à un traitement physique principal (ex. renforcement musculaire) dans la mesure où elle en facilite l'application ou être associée à un traitement antalgique médicamenteux en cas d'insuffisance, d'échec ou d'intolérance de ce dernier.

- la thermothérapie. L'application de chaleur (fango- ou parafangothérapie utilisant la paraffine) a un effet sédatif temporaire, antalgique et décontractant, sur des articulations peu ou pas inflammatoires, et peut être couplée aux exercices physiques (niveau de preuve 4). L'application locale de froid à visée antalgique peut être proposée dans de rares cas (accord professionnel). La thermothérapie par application directe de compresses chaudes ou froides représente le meilleur rapport « bénéfice attendu/contraintes » (accord professionnel),
- l'électrostimulation transcutanée analgésique. Les courants de très basse fréquence et d'intensité élevée ont fait preuve d'un effet antalgique de courte durée au niveau des mains (niveau de preuve 2), mais sont moins bien tolérés par le patient que les courants de type TENS conventionnel¹³ (niveau de preuve 4),
- les ondes électromagnétiques. Seuls les effets de la laserthérapie ont été étudiés. Son effet sur la douleur et la raideur matinale des mains est modeste et de courte durée après 4 semaines de traitement (niveau de preuve 2),
- les ultrasons. Une seule étude contre placebo met en évidence un effet antalgique de faible pertinence clinique en fin de traitement, évalué uniquement au niveau des mains (niveau de preuve 4).

3.5 Ergothérapie

Il est recommandé que tout patient atteint de PR soit orienté, si besoin, vers un ergothérapeute (accord professionnel).

L'ergothérapie est indiquée en vue de l'enseignement des règles de protection articulaire (éducation gestuelle ou économie articulaire), du choix ou de la confection des aides techniques, de l'aménagement de l'environnement. Elle occupe une place particulièrement importante dans la rééducation de ce rhumatisme destructeur touchant en particulier les mains. Les traitements physiques spécifiques à la main ont été regroupés dans le paragraphe « traitements spécifiques de la main ».

En 2007, l'orientation vers un ergothérapeute reste difficile. Les ergothérapeutes exercent essentiellement en établissement de soins spécialisés. L'activité libérale reste marginale, entre autres du fait des difficultés de prise en charge financière de leurs actes¹⁴.

¹³ Le TENS dit conventionnel correspond à une électrostimulation à visée antalgique utilisant des courants de fréquence située entre 50 et 100 Hz.

¹⁴ Une prise en charge financière peut être accordée sur demande d'entente préalable dans le cadre des prestations extra-légales.

3.6 Orthèses

Le port d'orthèses est recommandé dans un but antalgique, fonctionnel ou correctif après évaluation clinique dans les indications suivantes (grade C) :

- **immobilisation temporaire des articulations très inflammatoires (port de l'orthèse lors des périodes de repos) ;**
- **stabilisation des articulations détruites (port de l'orthèse lors des activités) ;**
- **correction de certaines déformations réductibles.**

L'évaluation régulière du bénéfice des orthèses par les professionnels de santé est recommandée (accord professionnel).

Cette évaluation porte sur la tolérance, l'effet antalgique, l'effet sur les déformations et l'observance. L'effet préventif sur les déformations n'est pas démontré.

Les orthèses sur mesure sont généralement mieux adaptées que les orthèses de série (accord professionnel).

L'orthèse doit être ajustée et ajustable (selon l'état inflammatoire local), facile à utiliser et à entretenir. L'utilisation des matériaux thermoformables répond généralement à ces exigences. Les orthèses sur mesure sont confectionnées par des professionnels qualifiés. Les régions les plus concernées sont le cou, le genou, les pieds et surtout les mains et poignets.

3.7 Aides techniques et aménagements de l'environnement

► Aides techniques

L'utilisation des aides techniques est recommandée pour faciliter la réalisation des activités quotidiennes douloureuses ou difficiles (grade C).

Les aides techniques des membres supérieurs sont indiquées pour faciliter les activités quotidiennes. Leur utilisation pendant les activités permet de réduire les douleurs (niveau de preuve 4) et les contraintes articulaires. Elles sont palliatives et améliorent l'autonomie en cas d'atteinte articulaire sévère. L'effet préventif sur les déformations n'est pas démontré.

La prescription doit être personnalisée en fonction du bilan clinique et de l'évaluation conjointe de l'environnement du patient.

La prescription d'aides techniques à la marche ou au déplacement est recommandée lorsque la marche est douloureuse ou difficile, afin d'améliorer l'autonomie fonctionnelle, de faciliter les déplacements et de

réduire la sédentarité. Le choix de l'aide de marche¹⁵ est établi après un bilan clinique des capacités du patient, en tenant compte des déficiences des membres supérieurs et de l'évaluation de son environnement.

En 2007, l'accès aux aides techniques adaptées prescrites est susceptible d'être entravé par des tarifs de prise en charge très inférieurs au coût réel pour le patient.

► **Aménagements de l'environnement**

Les aménagements de l'environnement sont recommandés en cas d'incapacité fonctionnelle importante et définitive (accord professionnel).

Ces aménagements concernent le domicile, en particulier son accessibilité, la cuisine et les sanitaires, les moyens de déplacement et le poste de travail s'il y a lieu, en lien avec le médecin du travail.

Leur choix revient à l'appréciation de l'ergothérapeute conjointement avec les masseurs-kinésithérapeutes et médecins chargés du patient. Du fait des difficultés d'orientation vers les ergothérapeutes, cette collaboration n'est pas toujours réalisable. L'obtention éventuelle d'aides financières existantes peut être évaluée avec l'assistant de service social.

3.8 Traitements spécifiques de la main et du poignet

► **Programmes spécifiques de protection articulaire**

Il est recommandé que tout patient atteint de PR bénéficie d'un programme éducatif de protection articulaire adapté au stade de la maladie, au patient et à son environnement (grade B).

Ce programme comprend :

- un apprentissage gestuel pour faciliter les activités manuelles quotidiennes en diminuant les douleurs et les contraintes articulaires afin de prévenir les déformations et de maintenir les capacités fonctionnelles ; cet apprentissage concerne essentiellement, mais non exclusivement, les activités manuelles ;
- la délivrance d'informations sur les aides techniques, les possibilités d'aménagement de l'environnement et les orthèses.

Les programmes éducatifs de protection articulaire ont fait la preuve de leur efficacité sur la raideur matinale, la douleur et les capacités fonctionnelles (niveau de preuve 2).

¹⁵ Différents types de cannes, déambulateur, éventuellement personnalisés.

► Exercices thérapeutiques des mains

La pratique régulière d'exercices des mains est recommandée pour toute atteinte rhumatoïde de la main (grade C). Les exercices sont enseignés par un professionnel de santé, puis réalisés par le patient seul en autoprogramme (accord professionnel).

Les exercices des mains sont indiqués pour :

- entretenir les amplitudes articulaires (niveau de preuve 4) ;
- améliorer la force musculaire (niveau de preuve 2) ;
- prévenir l'enraidissement des déformations non fixées (accord professionnel) ;
- réduire l'incapacité fonctionnelle (accord professionnel).

► Orthèses du poignet et des mains

La prescription d'orthèses de repos est recommandée en poussée lors d'une atteinte inflammatoire locale des mains (grade C).

L'orthèse de repos la plus prescrite est l'orthèse statique globale de repos poignet-main-doigts. Elle immobilise la nuit ou quelques heures dans la journée les articulations inflammatoires, si possible en position de fonction.

En dehors des poussées, l'effet préventif présumé des orthèses de repos sur les déformations n'est pas démontré.

La prescription d'orthèses de fonction est recommandée pour faciliter la réalisation des activités quotidiennes (accord professionnel).

La prescription d'orthèses de correction est recommandée pour corriger certaines déformations potentiellement réductibles (accord professionnel).

Les orthèses de correction sont portées pendant les phases de repos et parfois pendant les activités si elles améliorent la fonction.

► Physiothérapie au niveau des mains

La physiothérapie n'est pas recommandée comme technique isolée. Elle peut être utilisée comme un adjuvant des traitements physiques ou du traitement symptomatique antalgique médicamenteux après évaluation avec le patient du rapport « bénéfice attendu/contraintes » (accord professionnel).

3.9 Traitements spécifiques du pied

Il est recommandé d'inclure dans la pratique médicale courante un examen régulier des pieds, du chaussage et des orthèses (accord professionnel).

► **Éducation du patient**

Tout patient atteint de PR doit être informé des règles d'hygiène des pieds, ainsi que de l'intérêt du recours éventuel aux soins de pédicurie-podologie. Il doit recevoir des conseils de chaussage (accord professionnel).

► **Pédicurie**

Le recours à un pédicure-podologue est recommandé pour traiter les anomalies unguéales et les hyperkératoses localisées des pieds des patients atteints de PR (accord professionnel).

Ces soins doivent être effectués avec prudence et une asepsie rigoureuse du fait du risque infectieux important et des difficultés fréquentes de cicatrisation chez ces patients.

En 2007, l'accès aux soins prescrits de pédicurie est susceptible d'être entravé par des tarifs de prise en charge très inférieurs au coût réel pour le patient.

► **Orthèses podologiques**

Les orthèses plantaires sur mesure sont recommandées en cas de douleurs du pied en charge ou de troubles statiques du pied (accord professionnel).

Une surveillance adaptée du pied et des orthèses est recommandée du fait de la grande fragilité du pied rhumatoïde, en particulier lors de port d'orthèses correctrices (accord professionnel).

Les orthèses plantaires sont indiquées :

- à visée antalgique (niveau de preuve 4) ;
- à visée correctrice quand les déformations installées sont réductibles en charge (accord professionnel) ;
- à visée palliative pour décharger les zones d'appui pathologiques ou douloureuses (accord professionnel).

Les orthèses doivent être réalisées sur mesure, éventuellement thermoformées ou thermomoulées, en matériau non agressif (accord professionnel).

Les orthoplasties (orthèses d'orteils) sur mesure peuvent être correctrices ou palliatives afin de rendre le chaussage possible (accord professionnel).

Le renouvellement de la prescription des orthèses du pied doit s'appuyer sur une évaluation objective de l'observance et du bénéfice individuel (réduction de la douleur, maintien ou amélioration des capacités fonctionnelles).

► Chaussage

Les chaussures de série extralarges ou les chaussures thérapeutiques thermoformées sur le pied du patient sont recommandées quand les pieds sont déformés et douloureux ou difficiles à chausser (grade C).

Elles réduisent les douleurs à la marche et améliorent les capacités fonctionnelles (niveau de preuve 4).

Les chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé (CHUP)¹⁶ sont indiquées après échec des autres types de chaussage. De façon palliative quand l'atteinte des pieds est majeure, des chaussures thérapeutiques sur mesure¹⁷ peuvent être prescrites.

4. Indications de l'éducation thérapeutique du patient et du soutien psychologique

4.1 Information du patient

L'information du patient est recommandée dès le diagnostic posé ; elle doit être personnalisée et coordonnée par le médecin spécialisé en rhumatologie et le médecin traitant qui ont en charge le patient¹⁸ (accord professionnel).

L'information vise à améliorer les connaissances du patient sur la maladie et sa prise en charge. Elle est le prérequis indispensable de l'éducation thérapeutique. L'information est transmise oralement, éventuellement confortée par divers supports écrits ou vidéo, qui doivent s'adapter à la rapidité d'évolution des domaines thérapeutiques.

Les différents professionnels de santé et les associations de patients contribuent à diffuser l'information auprès des patients qui les sollicitent.

¹⁶ Prescrites par ordonnance médicale pour un usage temporaire ou prolongé, les chaussures thérapeutiques de série peuvent être remboursées dans certaines conditions par les organismes de sécurité sociale. Exemple de CHUP : chaussures thermoformées sur le pied du patient.

¹⁷ Les chaussures thérapeutiques à usage prolongé sur mesure sont classiquement appelées « chaussures orthopédiques ».

¹⁸ Pour plus de précisions sur le contenu de l'information à délivrer au patient lors de l'annonce du diagnostic de PR, se reporter aux recommandations pour la pratique clinique « Polyarthrite rhumatoïde : prise en charge au début » HAS 2007 (à paraître).

4.2 Éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP)¹⁹ est recommandée pour tout patient atteint de PR (grade B).

L'ETP vise à accompagner le patient dans l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, et à prévenir les complications évitables. L'ETP contribue à l'amélioration ou au maintien de l'état de santé et de la qualité de vie du patient et de celle de ses proches.

Dans le cadre de la PR, l'ETP est complémentaire de la prise en charge médicale, réalisée si possible par une équipe pluridisciplinaire en accord avec le médecin spécialisé en rhumatologie et le médecin traitant. Elle contribue au développement de compétences qui permettent au patient de :

- connaître et comprendre la maladie et les traitements médicamenteux et non médicamenteux ;
- acquérir les gestes respectant les règles de protection articulaire ;
- mettre en œuvre des modifications de son mode de vie (équilibre diététique, programme d'activité physique, etc.) ;
- prévenir des complications évitables ;
- faire face aux problèmes occasionnés par la maladie, etc. ;
- impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

L'ETP a fait la preuve de son efficacité concernant l'amélioration de la qualité de vie évaluée par le patient atteint de PR (niveau de preuve 2). Les bénéfices observés sur la douleur, les capacités fonctionnelles et le « faire face » sont de faible pertinence clinique.

Aucune recommandation spécifique à la PR ne peut être formulée quant au contenu et aux modalités précises des programmes d'ETP. Les données actuelles de la littérature montrent de multiples modalités sans qu'aucune en particulier ne se détache des autres (individuelle ou collective, avec ou sans les proches du patient, didactique ou interactive, de durée variable, assurée par des thérapeutes ou des patients, etc.).

¹⁹ L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient, qui permet d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Pour plus de précisions, se reporter au guide méthodologique « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ de la maladie chronique » HAS 2007 (à paraître).

4.3 Prises en charge psychologiques

La prise en charge médicale de tout patient atteint d'une PR doit systématiquement prendre en compte le retentissement psychologique de la pathologie (accord professionnel).

L'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre est une décision qui relève du patient, conseillé par le médecin traitant ou le spécialiste (accord professionnel).

Cette intervention vise à apporter au patient un soutien psychologique ; elle a pour objectif soit d'obtenir un changement de comportement du patient grâce à des interventions suggestives telles que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), soit de prendre en compte l'impact affectif lié à la maladie organique, aux soins et aux modifications existentielles incidentes grâce à des prises en charge psychodynamiques.

Le choix des modalités des prises en charges psychologiques doit être personnalisé. Les types d'interventions indiquées dans le cadre de la PR sont :

- les interventions psychodynamiques pour prendre en compte l'impact affectif lié à la maladie organique (accord professionnel) ;
- les thérapies cognitives et comportementales (TCC) pour améliorer la perception et la gestion de la maladie par le patient (niveau de preuve 2).

L'efficacité de l'hypnose n'apparaît pas spécifiquement démontrée dans le cadre de la PR, au vu des données actuelles de la littérature. Il en est de même pour l'efficacité de la relaxation.

En 2007, le recours à un psychologue est susceptible d'être entravé par l'absence de prise en charge financière.

5. Indications des autres interventions non médicamenteuses

5.1 Diététique

Les régimes alimentaires visant à contrôler la douleur ou l'activité de la maladie, y compris les régimes riches en oméga-3, ne sont pas recommandés aux patients atteints de PR en raison de l'efficacité clinique inconstante et modeste sur la douleur et la raideur et du risque de carences induit par les régimes déséquilibrés (grade B).

Les régimes d'exclusion en vue de contrôler la douleur ou l'activité de la maladie, en particulier les régimes carencés en produits laitiers, sont déconseillés (accord professionnel).

En revanche, des mesures diététiques appropriées sont nécessaires pour corriger les carences et pour prévenir ou traiter les comorbidités (surcharge pondérale, ostéoporose, pathologie cardio-vasculaire, diabète), certaines pouvant être iatrogènes du fait des traitements corticoïdes.

5.2 Acupuncture

L'acupuncture peut être proposée comme traitement adjuvant de la douleur chronique (accord professionnel).

L'efficacité de l'acupuncture n'apparaît pas spécifiquement démontrée dans le cadre de la PR, au vu des données actuelles de la littérature.

5.3 Ostéopathie

L'ostéopathie n'est pas recommandée dans le cadre de la polyarthrite rhumatoïde (accord professionnel).

6. Stratégie thérapeutique

6.1 Place des interventions non médicamenteuses dans la stratégie globale

Les interventions thérapeutiques non médicamenteuses sont complémentaires des traitements médicamenteux ou chirurgicaux et ne s'y substituent pas. Elles doivent être systématiquement envisagées lors de l'élaboration du projet thérapeutique global. Elles ont pour objet de restreindre les conséquences de la maladie, et non de réduire l'activité de la maladie ; elles sont sans incidence sur cette dernière.

La stratégie thérapeutique non médicamenteuse doit être définie et adaptée au même titre que le traitement médicamenteux et prendre en compte le projet du patient. Elle nécessite une évaluation clinique de la douleur, des déficiences et incapacités fonctionnelles, de l'état psychologique et de l'environnement social et professionnel du patient. Cette évaluation permet de fixer des objectifs thérapeutiques personnalisés.

6.2 Place des différentes interventions non médicamenteuses selon l'activité et le stade d'évolution de la maladie et selon les objectifs

Le recours aux traitements non médicamenteux est fréquent à tous les stades de la PR, mais les modalités thérapeutiques dépendent de l'activité et du stade d'évolution de la maladie (figure 1) et des objectifs thérapeutiques définis (tableau 1). Comme pour les traitements médicamenteux, il faut distinguer les traitements « symptomatiques » à action immédiate et de courte durée (traitements à visée antalgique) et les interventions « de fond » dont l'effet est différé mais durable (techniques actives de kinésithérapie, éducation thérapeutique, etc.).

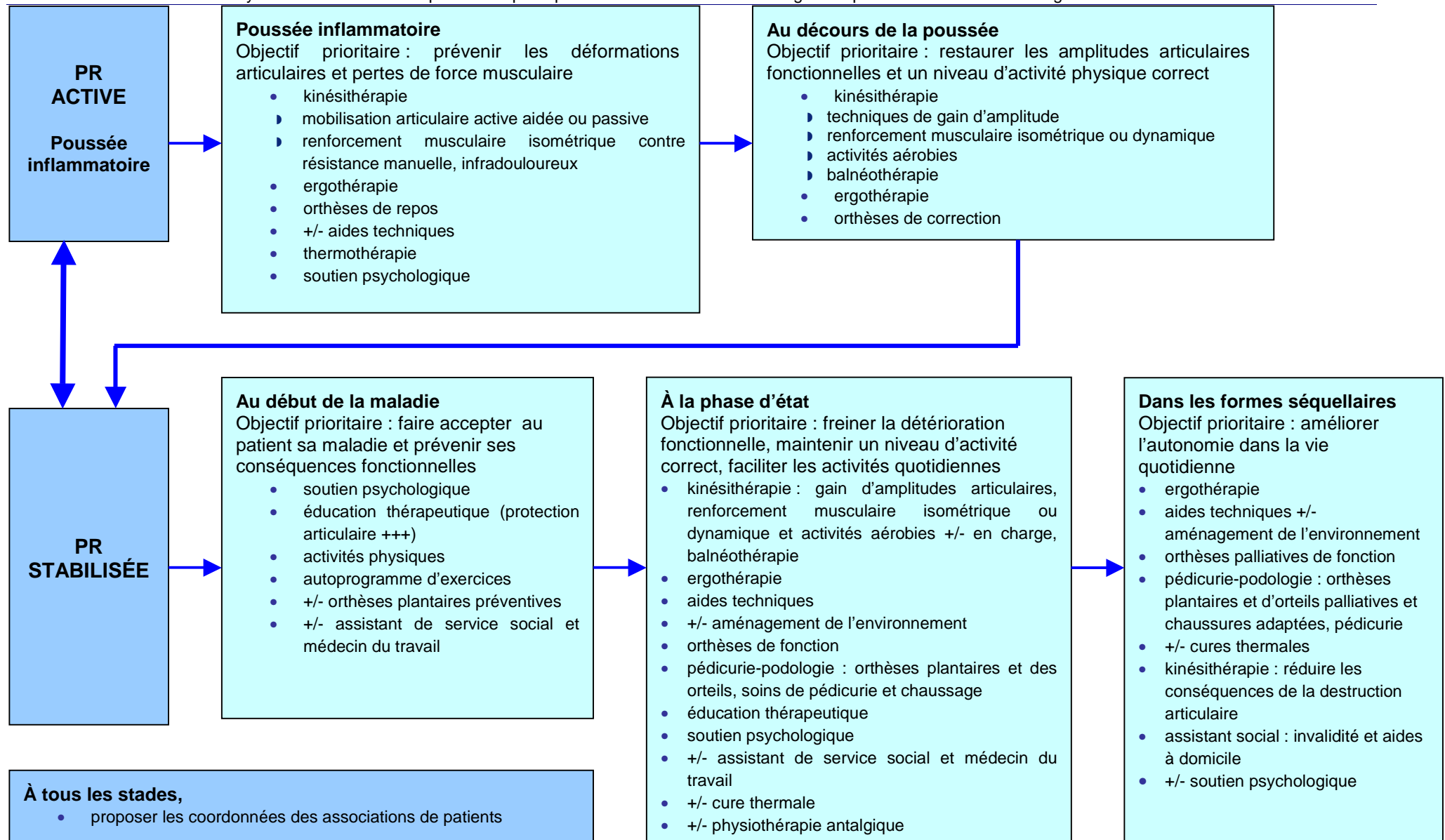


Figure 1. Place des différentes techniques selon l'activité et le stade d'évolution de la maladie

Tableau 1. Indications des interventions non médicamenteuses en fonction des objectifs thérapeutiques.

Traitements non médicamenteux	Interventions à visée antalgique	Interventions à visée articulaire	Interventions à visée musculaire	Interventions à visée fonctionnelle	Interventions à visée éducative	Interventions à visée psychologique	Interventions à visée sociale et professionnelle	Interventions visant d'autres objectifs
Recommandé¹ à tous les patients	-	Autoprogramme d'exercices (mains++) ^C	Activités aérobies ^B Autoprogramme d'exercices ^{AP}	Activités aérobies ^B	Information ^{AP} Éducation thérapeutique (protection articulaire++) ^B	Évaluation état psychologique ^{AP}	Demande de 100 % (selon critères ALD ⁵) ^{AP}	Transmission des coordonnées d'associations de patients ^{AP}
Recommandé en fonction de l'évaluation clinique, sociale et professionnelle	Orthèses ^C Pédicurie-podologie y compris chaussage ^{AP}	Techniques de gain d'amplitudes ³ y compris en balnéothérapie ^{AP} Orthèses ^C Pédicurie-podologie ^{AP}	Renforcement musculaire dynamique ou/et isométrique ^B Adaptation des activités aérobies en charge ou en décharge ^B , y compris en balnéothérapie ^C	Adaptation des activités aérobies ^B Ergothérapie ^{AP} Orthèses ^C Programmes MK ⁴ globaux ^C Pédicurie-podologie ^{AP} Aides techniques ^C Aménagement de l'environnement ^{AP}	-	Intervention psychologique ^{AP} (psychodynamique ou cognitivo-comportementale)	Entretien avec assistante sociale, médecin du travail ^{AP} Aménagement des conditions de travail ^{AP} Mesures de protection sociale ^{AP}	Diététique ^{AP}
Traitement adjuvant éventuel²	Balnéothérapie ^C Massage ^{AP} Physiothérapie ^{AP} Acupuncture ^{AP}	Massage ^{AP} Physiothérapie ^{AP} Postures ^{AP}	-	Cure thermale ^C	-	-	-	-

¹ Gradation des recommandations : ^A : grade A ; ^B : grade B ; ^C : grade C ; ^{AP} : accord professionnel.

² Traitement adjuvant : traitement associé au traitement recommandé, médicamenteux ou non, en cas d'insuffisance, d'échec ou d'intolérance de ce dernier, ou lorsqu'il facilite la mise en œuvre du traitement recommandé.

³ Techniques de gain d'amplitudes : autopostures, mobilisations actives aidées, mobilisations passives ; postures si échec des précédentes.

⁴ MK : masso-kinésithérapie.

⁵ ALD : affection de longue durée.

7. Aspects médico-sociaux

7.1 Demande d'exonération du ticket modérateur

Il est recommandé au médecin traitant²⁰, après discussion avec et accord du patient, d'adresser une demande d'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD) dès que les critères d'admission en ALD sont confirmés par le médecin spécialisé en rhumatologie (accord professionnel).

Il est recommandé au médecin traitant d'élaborer le protocole de soins en collaboration avec le médecin spécialisé en rhumatologie (accord professionnel).

7.2 Procédures d'aménagement professionnel

► Quand solliciter le médecin du travail ?

Il est recommandé, après discussion avec et accord du patient, de programmer un rendez-vous avec le médecin du travail dès que la PR entraîne une répercussion notable et durable dans la vie professionnelle du patient (accord professionnel). Cette mesure vise à promouvoir le maintien de l'activité professionnelle du patient.

Ce rendez-vous peut être programmé au cours d'un arrêt de travail (visite de préreprise). Ceci permet d'envisager les aménagements éventuels à organiser si la reprise du travail ne semble pas pouvoir être effectuée dans les conditions antérieures.

Il est recommandé au médecin traitant ou au médecin spécialisé en rhumatologie, après discussion avec et accord du patient et par son intermédiaire, d'adresser au médecin du travail toutes les informations utiles à l'évaluation de la sévérité et de l'évolutivité de la pathologie (accord professionnel).

²⁰ La loi de réforme de la sécurité sociale du 13 août 2004 confie au médecin traitant l'élaboration du protocole de soins. Néanmoins, afin de ne pas retarder la prise en charge à 100 % lorsque les conditions médicales sont satisfaites, une procédure dérogatoire existe : le médecin hospitalier ou spécialiste établit le protocole de soins pour demander une prise en charge à 100 % ; il en informe le médecin traitant, s'il est désigné. Il remet et fait signer au patient le volet qui lui est destiné. La prise en charge à 100 % est ouverte dans un premier temps pour 6 mois.

► **Quand solliciter une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ?**

Il est recommandé de conseiller au patient de faire une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé dès qu'il n'est plus en mesure d'assurer son emploi dans les conditions habituelles ou d'y postuler sans aménagement, du fait d'une altération durable de ses capacités physiques (accord professionnel). Cette reconnaissance est confidentielle et son utilisation auprès de l'employeur est laissée à l'appréciation du patient.

Cette reconnaissance s'obtient après avis de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)²¹ qui statue au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Elle permet l'obtention d'aides pour le patient et l'entreprise visant au maintien ou à la recherche d'emploi.

► **Quand solliciter une mise en invalidité ou une retraite anticipée ou retraite pour inaptitude ?**

Lorsque l'état de santé stabilisé impose une cessation totale ou partielle d'activité professionnelle, il est recommandé de solliciter un entretien avec un assistant de service social avant de déclencher les procédures de mise en invalidité, retraite anticipée ou retraite pour inaptitude (accord professionnel).

Du fait de la multiplicité des systèmes français de protection sociale, variant sensiblement selon le statut professionnel du patient, aucune recommandation générale ne peut être proposée sans une évaluation individuelle des droits du patient.

7.3 Procédures de protection sociale

Il est recommandé de programmer un entretien avec un assistant de service social dans les cas suivants (accord professionnel) :

- la situation sociale du patient est précaire ou difficile, en particulier en absence de couverture complémentaire (mutuelle, prévoyance, assurance complémentaire) et en attente de la prise en charge effective à 100 % des traitements et soins coûteux (délai de traitement administratif du dossier ALD) ;
- en cas d'arrêt de travail d'une durée prévisible de plus de 3 mois, afin que le patient connaisse rapidement ses droits et les adaptations prévisibles pour le maintien à l'emploi ;
- en cas de demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, mise en invalidité ou retraite anticipée ;

²¹ CDAPH : cette commission remplace les ex-Cotorep.

- en cas de gêne durable pour effectuer les actes de la vie quotidienne, au travail ou à la maison, afin d'évaluer ses besoins, de l'orienter vers la maison du handicap pour déposer l'ensemble des dossiers nécessaires et de l'aider à mettre en place les aides humaines ou matérielles nécessaires.

7.4 Contact avec les associations de patients

Il est recommandé d'informer tout patient atteint de PR de l'existence d'associations de malades, notamment dès que le diagnostic est formellement établi, et de lui en communiquer les coordonnées s'il le souhaite (accord professionnel).

8. Modalités d'organisation de la prise en charge

Aucun argument dans la littérature ne permet de préciser de façon fiable si des différences d'efficacité ou de coût-efficacité existent entre les modalités d'organisation de l'offre de soins.

8.1 Place des différents professionnels de santé

Il est recommandé que chaque patient soit suivi conjointement par un médecin spécialisé en rhumatologie et un médecin traitant. Ils élaborent un projet thérapeutique commun adapté aux besoins du patient, en accord avec lui (accord professionnel).

La mise en œuvre des traitements non médicamenteux est coordonnée par un médecin (médecin traitant ou spécialiste).

Lorsque cette mise en œuvre nécessite, pour un patient donné, l'intervention de nombreux professionnels, il est souhaitable que la coordination des traitements non médicamenteux soit assurée par un médecin de médecine physique et de réadaptation, dans la mesure où l'accès à cette spécialité est possible pour le patient (accord professionnel). Cette coordination s'effectue en lien avec le médecin traitant et le médecin spécialisé en rhumatologie.

8.2 Prise en charge pluridisciplinaire

L'accès à une prise en charge pluridisciplinaire est recommandé lorsque l'état clinique du patient nécessite l'intervention de nombreux professionnels (accord professionnel).

La prise en charge pluridisciplinaire est définie comme un travail coordonné autour du patient par une équipe de professionnels aux compétences complémentaires, intervenant de manière synergique et coordonnée, le plus souvent dans une même unité de lieu. Outre la prise en charge médicale et celle de la douleur, des séances d'éducation thérapeutique du patient, un programme de rééducation et de réadaptation, des conseils diététiques, un suivi psychologique, des entretiens avec un assistant de service social, des consultations chirurgicales peuvent être proposés en fonction des besoins du patient.

En 2007, aucune étude ne permet de distinguer l'efficacité des différentes modalités d'organisation de la prise en charge pluridisciplinaire. En France, en 2007, elle se réalise principalement en établissement de soins (hospitalisation traditionnelle ou de jour).

8.3 Réseaux de santé

Les réseaux de santé constituent une des modalités organisationnelles de mise en œuvre d'une prise en charge pluridisciplinaire de la PR. Ils pourraient permettre d'améliorer la prise en charge de la PR en favorisant l'accès aux professionnels de santé, en facilitant le recours à certaines thérapeutiques et en assurant une meilleure transmission de l'information.

Une évaluation clinique et organisationnelle de leur fonctionnement et de leurs résultats est nécessaire au moyen des critères généraux d'évaluation définis pour l'ensemble des réseaux de santé²².

²² Pour plus de précisions, se reporter au guide méthodologique « Guide d'évaluation des réseaux de santé » Anaes 2004.

Annexe 1. Points à considérer pour de futures actions ou recherches

Suite à ce travail, un certain nombre de constats ont été faits. Ils pourraient faire l'objet de points à considérer pour de futures recherches, en vue d'améliorer la connaissance scientifique de l'efficacité des thérapeutiques non médicamenteuses ou des différentes modalités organisationnelles de la prise en charge globale de la PR.

► Améliorer l'accès aux soins

La prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints de PR et l'accès à certaines catégories professionnelles sont hétérogènes sur l'ensemble du territoire national.

Dans le cadre ambulatoire, l'accès en particulier aux ergothérapeutes et psychologues est difficile.

Il serait souhaitable de favoriser la prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints de PR dans les structures existantes (services et centres de rééducation) et l'accès en ambulatoire à l'ensemble des catégories professionnelles.

► Codifier l'éducation thérapeutique du patient

Les interventions d'ETP dans le cadre de la PR sont très hétérogènes d'une structure à l'autre.

Il serait souhaitable de codifier les interventions d'ETP et de faciliter la mise en place de structures d'éducation thérapeutique en France. Ces structures pourraient être développées dans des lieux traditionnels de suivi des patients atteints de PR (cadre ambulatoire, établissements de santé) ou implantées dans les lieux de cure thermale.

► Développer la recherche clinique pour les thérapeutiques non médicamenteuses

Le manque et la difficulté de réalisation des études cliniques sur les thérapeutiques non médicamenteuses pénalisent la reconnaissance scientifique de techniques bien codifiées en pratique et reconnues par les patients. Il est nécessaire d'encourager et soutenir ce type de recherche.

► Évaluer la pertinence des réseaux de santé dans le cadre de la PR

Le manque d'études évaluant l'efficacité des réseaux de santé dans le cadre de la PR présents en France ne permet pas d'en mesurer l'impact. Il est nécessaire d'encourager une évaluation de leur fonctionnement et de leurs résultats cliniques.

Annexe 2. Abréviations

Tableau 1. Abréviations les plus courantes

Mots	Abréviation
<i>American College of Rheumatology</i>	ACR
Affection de longue durée	ALD
Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes	Canam
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	Cnamts
Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel	Cotorep
Éducation thérapeutique du patient	ETP
Haute Autorité de santé	HAS
Polyarthrite rhumatoïde	PR

Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode *Recommandations pour la pratique clinique (RPC)* est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► **Choix du thème de travail**

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► **Comité d'organisation**

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les cibles professionnelles concernées. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► **Groupe de travail**

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est

désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► **Rédaction de la première version des recommandations**

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► **Groupe de lecture**

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (commission *Évaluation des stratégies de santé*).

► **Version finale des recommandations**

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la commission *Évaluation des stratégies de santé*. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

► **Validation par le Collège de la HAS**

Sur proposition de la commission *Évaluation des stratégies de santé*, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► **Diffusion**

La HAS met en ligne gratuitement sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► **Travail interne à la HAS**

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► **Gradation des recommandations**

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (paragraphe 1.4). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein des groupes de travail et de lecture.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable gratuitement sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)
- Association des diététiciens de langue française (ADLF)
- Association des diététiciens libéraux (ADL)
- Association française de lutte anti-rhumatismale (Aflar)
- Association française des polyarthritiques (AFP)
- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (Afrek)
- Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde (Andar)
- Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)
- Association nationale des kinésithérapeutes salariés (ANKS)
- Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (Apnet)
- Collège français d'acupuncture (CFA)
- Collège français des enseignants de rhumatologie (Cofer)
- Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cespharm)
- Fédération nationale des podologues (FNP)
- Groupe Intervention-Recherche "Psychologues et Santé Publique" (GIRPsySP)
- Société d'étude et de traitement de la douleur (SETD)
- Société française d'immunologie (SFI)
- Société française de biochimie et d'immunochimie (SFBC)
- Société française de kinésithérapie (SFK)
- Société française de médecine générale (SFMG)
- Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer)
- Société française de nutrition (SFN)
- Société française de radiologie et imagerie médicale (Sfrim)
- Société française de rhumatologie (SFR)
- Société française de santé publique (SFSP)
- Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)
- Société nationale française de médecine interne (SNFMI)

Comité d'organisation

Pr Philippe Bertin, rhumatologie, algologie, Limoges
Dr Sylvain Bouquet, médecine générale, Villepinte
Mme Christine Cheyron, masso-kinésithérapie, Paris
Pr Pascal Claudepierre, rhumatologie, Créteil
Dr Catherine Deguines, Afssaps, Saint-Denis La Plaine
Pr Maxime Dougados, rhumatologie, Paris
Pr Jean-Luc Drapé, imagerie médicale, Paris
Pr Claude Dreux, ordre des pharmaciens, Paris
M. Marin-Philippe Durafourg, masso-kinésithérapie, orthésiste agréé, Courbevoie
Dr Nathalie Dumarcet, médecin, Afssaps, Saint-Denis
Dr Jean-François Eliaou, immunologie, Montpellier

Pr Liana Euller-Ziegler, association de patients, Aflar, Nice
Mme Laurence Fond-Harmant, sociologie, épidémiologie clinique, santé publique, Luxembourg
M. Jean-Pierre Godard, masso-kinésithérapie, Vitry-Sur-Seine
Pr Christian Jorgensen, immunorhumatologie, Montpellier
Dr Lucile Musset, immunochimie, Paris
Mr Louis Olié, pédicurie-podologie, Montpellier
Dr François Rannou, médecine physique et de réadaptation, Paris
Dr Pascale Santana, médecine générale, Paris
Pr Alain Saraux, rhumatologie, Brest
Pr Daniel Wendling, rhumatologie, Besançon

Groupe de travail

Dr Marie-Anne Mayoux-Benhamou, médecine physique et de réadaptation, Paris, présidente du groupe de travail
M. Pascal Guillez, ergothérapie, Berck-sur-Mer, chargé de projet
Mme Joëlle André-Vert, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine
Dr Olivier Scemama, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine

M. Sylvain Célérier, masso-kinésithérapie, orthésiste agréé, Nancy
Pr Bernard Combe, immunorhumatologie, Montpellier
Dr Emmanuel Coudeyre, médecine physique et de réadaptation, Chamalières
Mme Elisabeth Donnet-Descartes, psychologie clinique, Rennes
Dr Romain Forestier, rhumatologie, médecine thermale, Aix-les-Bains

Dr Jean-Claude Guiraud, médecine du travail, Ramonville-Saint-Agne
M. Philippe Labarthe, masso-kinésithérapie, Cahors
Dr Marie-Martine Lefevre-Colau, médecine physique et de réadaptation, Issy-les-Moulineaux
Dr Michel Levêque, médecine générale, Thann
Mme Stéphanie Morel-Adam, psychologie clinique, Bruges

Mme Sandrine Rollot, assistante de service social, association de patients, APF, Paris
Mr Paul-Arnaud Salentey, pédicurie-podologie, Saint-Germain-en-Laye
Mme Karine Tilly, ergothérapie, Rennes

Mme Christiane Wachter, ergothérapie, Montpellier
Mme Anne-Sophie Woronoff, association de patients, Andar, médecine générale, Buthier
Un médecin acupuncteur a participé au groupe de travail et a refusé de signer les recommandations

Groupe de lecture

Mme Brigitte Aumont, pédicurie-podologie, Toulouse
Pr Bernard Bannwarth, rhumatologie, Bordeaux
Mme Anne Bar, ergothérapie, Berck-sur-Mer
Dr Mireille Bénit, médecine générale, Creil
Dr Claudia Berr, médecine du travail, Frouard
M. Antoine Bioy, psychologie clinique, Dijon
Dr Jean-Louis Brasseur, radiologie, Montfermeil
Mme Hélène Brocq, psychologie clinique en service de médecine physique et de réadaptation, Nice
Dr Yann Bourgueil, santé publique, rapporteur CESS, Paris
Mme Laurence Carton, association de patients, Aflar, Créteil
Mme Patricia Chatelin, soins infirmiers, association de patients, Andar, Pignan
Dr Jean-François Chiariny, psychiatrie, Montpellier
Dr Cécile Coutarel, rhumatologie, Clermont-Ferrand
M. Patrick Danési, pédicurie-podologie, Trouville
Dr Jacques Darmon, médecine du travail, Fontenay-sous-Bois
Dr Christine De Laulanié, médecine du travail, Paris

M. Michel Decory, ergothérapie et masso-kinésithérapie, Aubagne
Dr Emmanuelle Dernis, rhumatologie, Le Mans
M. Benoît Dervaux, économie de la santé, Lille
Dr Richard Divo, médecine thermale, Amnéville
Dr Éric Drahi, médecine générale, rapporteur CESS, Saint-Jean-de-Braye
Pr René-Marc Flipo, rhumatologie, Lille
Dr Alain Françon, rhumatologie, médecine thermale, Aix-les-Bains
Mme Geneviève Geisser–Ourta, service social, association de patients, Andar, Condom
Mme Caroline Gérard, psychologie clinique, Paris
Mme Alice Gillardeaux-Baczynski, diététicienne, Paris
Dr Alain Goldcher, médecine générale, podologie et orthopédie médicale, La Varenne-Sainte-Hilaire
Dr Laure Gossec, rhumatologie, Paris
M. Gérard Guillaume, masso-kinésithérapie, ostéopathie, Billom
Pr Francis Guillemin, rhumatologie, santé publique, Nancy
Dr Gilbert Guiraud, rhumatologie, Muret
Dr Izabel Joubrel, médecine physique et de réadaptation, Pionsat

Mme Hélène Kwiatek, ergothérapie,
Nancy

Mme Déborah Lalou, diététique,
Suresnes

M. Christian L'amour, soins
infirmiers, Paris

Mme Catherine Lanfray-Morcette,
soins infirmiers, association de
patients, Apno affiliée à l'Aflar,
Rouen

Dr Slim Lassoued, rhumatologie,
Cahors

M. Claude Le Lardic, masso-
kinésithérapie, Nantes

Dr Yves Le Noc, médecine générale,
Nantes

Mme Odile Le Sage, service social,
Paris

Dr Françoise Lecompte, médecine
générale, acupuncture, Paris

M. Dominique Leroux, masso-
kinésithérapie, Pontoise

M. Pierre Lévy, économie de la
santé, Paris

M. Samuel Libgot, ergonomie,
Bruges

Dr Philippe Loré, rhumatologie, Tulle

Dr Milka Maravic, rhumatologie, Paris

Dr Antoine Martin, rhumatologie, Saint-
Brieuc

M. René Mazars, association de
patients, AFP, Luc-la-Primaude

Dr Alain Nys, médecine physique et
de réadaptation, Neuilly-sur-Seine

M. Michel Paparemborde, masso-
kinésithérapie, rapporteur CESS,
Lille

M. Michel Péré, masso-
kinésithérapie, Montpellier

Dr Serge Perrot, rhumatologie,
algologie, Paris

Dr Xavier Puéchal, rhumatologie, Le
Mans

M. Jean-Claude Rouzard, masso-
kinésithérapie, orthésiste agréé,
Montpellier

Pr Jacques Sany, rhumatologie,
Castelnau-le-Lez

Mme Cornélia Sensiau, service
social, Toulouse

Mme Claire Sévin, pharmacie,
orthopédie, Clamart

Pr Jean Sibilila, rhumatologie,
Strasbourg

Dr Geneviève Soudois, médecine
physique et de réadaptation,
médecine du travail, Chamalières

Dr Philippe Tauveron, rhumatologie,
Tours

Pr André Thevenon, médecine
physique et de réadaptation, Lille

Mme Séverine Thomas, ergothérapie,
Saint-Jean d'Aulps

M. Daniel, Vennin, pédicurie-
podologie, Lille

Mme Françoise Vigneron, masso-
kinésithérapie, Nice

Dr Fabien Wilpote, rhumatologie,
Niort

Dr Marc Wybier, imagerie médicale,
Paris

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont les noms suivent, pour leur implication particulière dans la rédaction de certains paragraphes ou annexes de l'argumentaire ou leur relecture en interne au sein de la HAS :

M. Sylvain Célérier, masseur-kinésithérapeute, orthésiste agréé, Nancy

Mme Élisabeth Donnet-Descartes, psychologue clinicienne, Rennes

Dr Jean-Claude Guiraud, médecin du travail, Ramonville-Saint-Agne

Mme Sandrine Rollot, assistante de service social, Paris

Dr Stéphanie Barré, chef de projet SEMESP, HAS, Saint-Denis La Plaine

Dr Emmanuel Corbillon, chef de projet SALDAC, HAS, Saint-Denis La Plaine

Dr Frédéric de Bels, adjoint au chef de service SRP, HAS, Saint-Denis La Plaine

Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet SRP, HAS, Saint-Denis La Plaine

Dr Olivier Obrecht, chef du SALDAC, HAS, Saint-Denis La Plaine

Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, chef de projet SRP, HAS, Saint-Denis La Plaine

Fiche descriptive

TITRE	Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date de mise en ligne	Mai 2007
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	<p>Mieux faire connaître des professionnels les effets démontrés des thérapeutiques non médicamenteuses afin de proposer une prise en charge optimale visant à restreindre autant que possible les conséquences de la polyarthrite rhumatoïde (PR) en termes de douleur, déficiences, incapacités fonctionnelles et altération de la qualité de vie.</p> <p>Permettre à tous les patients atteints de PR d'accéder à une prise en charge coordonnée et adaptée, thérapeutique, sociale et professionnelle.</p> <p>Homogénéiser les modalités d'organisation des soins.</p>
Professionnel(s) concerné(s)	<p>Tous les professionnels de santé et travailleurs sociaux prenant en charge des patients atteints de PR, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none">• médecins généralistes dont médecins à exercice particulier, médecins spécialisés en rhumatologie, médecins de médecine physique et de réadaptation, médecins du travail ;• assistants de service social, diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, orthoprothésistes, orthésistes agréés, pédicures-podologues, podo-orthésistes, psychologues.
Demandeur	Caisses nationales d'assurance maladie Association nationale de recherche et d'évaluation en pédicurie-podologie (Anrep)
Promoteur	Haute Autorité de santé, service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Mme Joëlle André-Vert, chef de projet, service des recommandations professionnelles de la HAS, sous la direction de M. Frédéric De Bels, adjoint au chef de service (chef de service : Dr Patrice Dosquet), et

HAS / Service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique / mars 2007

	<p>Dr Olivier Scemama, chef de projet, service évaluation médico-économique et santé publique de la HAS (chef de service : Mme Catherine Rumeau-Pichon) Secrétariat : Mme Isabelle Le Puil Recherche documentaire : Mme Gaëlle Fanelli, avec l'aide de Mmes Julie Mokhbi et Valérie Serrières-Lanneau, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)</p>
Participants	<p>Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Dr Anne-Marie Mayoux-Benhamou, médecin de médecine physique et de réadaptation, Paris), groupe de lecture : cf. liste de participants Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS.</p>
Recherche documentaire	<p>De janvier 1985 à décembre 2006 1 819 articles identifiés, 817 articles analysés dont 382 cités</p>
Auteurs de l'argumentaire	<p>Mme Joëlle André-Vert, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine M. Pascal Guillez, ergothérapeute, Berck Dr Olivier Scemama, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine</p>
Validation	<p>Avis de la commission Évaluation des stratégies de santé de la HAS Validation par le Collège de la HAS en mars 2007</p>
Autres formats	<p>Fiche de synthèse et argumentaire scientifique téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr</p>
Documents d'accompagnement	<p>RPC « Polyarthrite rhumatoïde : prise en charge au début » (HAS 2007) RPC « Polyarthrite rhumatoïde : prise en charge en phase d'état » (HAS 2007) Guide méthodologique « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ de la maladie chronique » (HAS 2007)</p>

