

LASER

• Laboratoire de recherche
sur la **santé** en région

UQAR

creq

Centre de Rhumatologie
de l'Est du Québec

176, avenue Rouleau, bureau 103
Rimouski (Québec) G5L 8W1

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay-
Lac-Saint-Jean

Québec



Évaluation de l'efficacité d'un modèle d'interventions interdisciplinaires sur l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde

Rapport de recherche soumis à UCB Canada

Sous la direction de

Hélène Sylvain, Ph. D., professeure associée, directrice du LASER (2009-2015), UQAR

Dre Isabelle Fortin, MD rhumatologue, Centre de rhumatologie de l'Est du Québec (CREQ) et CISSS du Bas-Saint-Laurent/Hôpital Régional de Rimouski

Octobre 2016

Chercheurs

Hélène Sylvain, inf., PhD., professeure associée, directrice du LASER (2009-2015), UQAR

Dre Isabelle Fortin, MD rhumatologue CREQ et CISSS Bas-Saint-Laurent

Frédéric Banville, psy. PhD, professeur, UQAR et Université de Montréal

Dre Bianca Lovisi, MD rhumatologue, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Avec la collaboration de

Nicole Ouellet, inf. Ph.D., professeure et chercheure au LASER, UQAR

Professionnelles de recherche

- Myriam Coutu, B. Sc. Biologie, agente de recherche, LASER – UQAR
- Sara Vicki Rochefort, B. Sc. Infirmière clinicienne recherche/rhumatologie/USIC CISSS du Bas-Saint-Laurent
- Annie Bruneau, B.Sc. Infirmière clinicienne, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Andréanne Couillard, B. Sc. Infirmière clinicienne recherche/rhumatologie CISSS du Bas-Saint-Laurent
- Ève Rioux M.Sc Biologie, CREQ
- Marie-Jeanne Rioux, M.Sc Biologie, CREQ

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à cette recherche, notamment l'équipe interdisciplinaire associée au CREQ :

- France Gervais, travailleuse sociale
- Francine Raymond, infirmière clinicienne en rhumatologie
- Johanne Beaudoin, physiothérapeute
- Jérôme Bérubé, kinésiologue
- Julie Lavoie, nutritionniste
- Clinique de physiothérapie Sylvain Trudel
- Caroline Boulianne, ergothérapeute

Rapport

Contexte

Il y a quelques années, devant la grande demande de soins en rhumatologie et une pénurie dans les ressources disponibles en région rurale, l'équipe de la docteure Fortin a créé une approche interdisciplinaire dans le but d'optimiser la disponibilité ainsi que la qualité des soins offerts aux patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde. Une approche interdisciplinaire, dans ce contexte, est définie comme une série d'interventions, basées sur un plan d'intervention partagé, réalisées par un groupe d'intervenants (rhumatologue, infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute, kinésiologue, travailleur social et nutritionniste) qui travaillent ensemble de pair avec le patient, dans le but de l'aider à améliorer son état de santé et à mieux vivre avec sa maladie. Pour assurer un soutien scientifique à cette démarche, Dre Fortin a contacté Dre Hélène Sylvain, directrice du Laboratoire de recherche sur la santé en région (LASER) de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) pour codiriger avec elle une recherche permettant de documenter l'intervention dans une approche interdisciplinaire et l'évaluer dans un devis comparatif. Dans le cadre de cette recherche, les effets des interventions interdisciplinaires ont été comparés à ceux obtenus par le biais d'une pratique plus usuelle en binôme (rhumatologue et infirmière).

Une équipe de recherche a été constituée et le site témoin identifié. Un devis de recherche a été soumis et approuvé par le comité scientifique d'UCB pharma Canada. À la suite de l'obtention de la subvention, une entente de contribution a été entérinée par UCB et l'UQAR.

Problématique

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie inflammatoire systémique auto-immune qui cible principalement les articulations, ayant le potentiel de les détruire, elle génère par le fait même douleur et limitations fonctionnelles dans le quotidien. Le traitement de

la PR vise le contrôle de la douleur et de l'inflammation par la prise de médication nommée agent de rémission à action lente (ARAL). Les ARAL, tout particulièrement les agents modulateurs de la réponse biologique, ont modifié favorablement l'évolution de la PR. Il persiste cependant des limites dans le traitement de cette maladie, car plusieurs aspects de la vie quotidienne restent ignorés par les approches thérapeutiques actuelles, dont les approches pharmacologiques isolées. Avec l'intention d'optimiser l'offre de soin pour les gens souffrant de PR, cette recherche avait pour **but** d'évaluer les effets d'une pratique interdisciplinaire sur le contrôle de la maladie, soit l'abolition des douleurs et des gonflements articulaires et sur d'autres variables liées à la santé générale, à l'activation du patient (autoprise en charge), à la fatigue ainsi qu'à la satisfaction en lien avec les traitements.

Méthode

Devis : Cette étude a utilisé un devis de recherche quasi-expérimental avec groupe témoin apparié sur les variables propres aux participants telles que le genre, le nombre et l'âge moyen.

Éthique : Le projet de recherche, incluant les outils de collecte de données et les formulaires de consentement, a été soumis aux **trois comités d'éthique de la recherche** des établissements concernés qui ont délivré un certificat éthique pour le projet : l'UQAR (#CER-70-427), et les deux centres de santé et de services sociaux du milieu expérimental, le CSSS-RN (#05072012) et du milieu témoin le CSSS-C (#2012-021).

Échantillon (profil) : Initialement, l'inclusion des patients était prévue sur six mois, mais il en a fallu 24 pour obtenir la participation des 60 participants, prévus au protocole, recrutés dans deux cliniques de rhumatologie de deux villes jugées comparables en termes d'éloignement des centres urbains de même qu'en termes de population. Le groupe expérimental (programme interdisciplinaire) est composé de 28 participants (22 femmes et 6 hommes) alors que le groupe témoin (pratique conventionnelle) comprend 32 participants (26 femmes et 6 hommes). Il n'existe pas de différence significative entre les participants sur le plan de l'âge ($F [1,58] = 0,323$; ns) ou sur le plan de la mesure initiale

du seuil de douleur et d'inflammation obtenue par le *Disease Activity Score* (DAS-28) (F [1,58] = 0,085; ns), indiquant ainsi que les participants sont comparables sur le plan du genre, de l'âge ainsi que sur le plan des atteintes causées par la polyarthrite rhumatoïde (PR). Cependant, il existe une différence significative en ce qui concerne le nombre d'années écoulées depuis le premier diagnostic, le groupe expérimental ayant vécu davantage de temps avec la maladie que le groupe témoin (F [1,58]=5,40; p = 0,01).

Outils de mesure : En premier lieu, un questionnaire sociodémographique a été rempli pour chaque patient. Pour chaque temps de mesure, les patients ont été évalués par un rhumatologue qui, à l'aide de son examen physique, de l'évaluation du patient et du résultat de la CRP (Protéine C réactive) a calculé le **DAS-28**. Tous les participants ont également rempli à chaque temps de mesure les questionnaires suivants : **HAQ** : capacités fonctionnelles; **EVA** : qualité de vie; EVA : douleur (md et pt); **MAF** : fatigue; **SF-36** : qualité de vie liée à l'état de santé (physique et mentale); **PAM13**: autonomisation; **QSC-F** : questionnaire de satisfaction (pour le groupe expérimental exclusivement). Il est à noter que ces outils et leurs propriétés psychométriques ont été largement décrits dans la littérature scientifique ainsi que dans le protocole de recherche déposé à UCB en 2012.

Intervention (variable indépendante) :

GROUPE EXPÉRIMENTAL :

T0 : Inclusion et intervention Recrutement par le md; Passation questionnaires; Rencontre avec infirmière clinicienne; Rencontre avec les autres professionnels de santé: physiothérapeute, kinésologue, travailleuse sociale et nutritionniste; Rencontre de l'équipe interdisciplinaire (inclusion + ou – 1 mois) : élaboration du Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) avec le patient/proches (objectifs réalisables et quantifiables); Rencontres avec intervenants selon le PII; Rencontre équipe interdisciplinaire sans le patient (3 mois)

T1 : inclusion + 6 mois Passation questionnaires; Rencontre équipe interdisciplinaire avec patient/proches : révision du PII et réajustement des objectifs; Rencontres avec intervenants suivant le PII

T2 = inclusion + 12 mois Passation questionnaires et fin de l'intervention.

GROUPE TÉMOIN :

T0 : Inclusion Recrutement par le md; Passation questionnaires; Rencontre avec infirmière clinicienne en collaboration avec MD avec suivi habituel : Évaluation, éducation, traitement et suivi. Revoir dans 3 mois si instable; dans 6 mois si changement minime a/s médication; dans 12 mois si stabilité atteinte

T1 : inclusion + 6 mois Passation questionnaires; Suivi infirmier ou rhumatologue au besoin

T2 = inclusion + 12 mois Passation questionnaires et fin de l'intervention.

Résultats

Les résultats de l'étude sont apparus relativement surprenants à première vue, ce qui a obligé à faire plusieurs séries d'analyses complémentaires pour mieux les comprendre. Il y avait très peu de différence entre le groupe expérimental et le groupe témoin. De façon globale, les analyses statistiques ont démontré qu'il existe une amélioration significative de l'activité de la maladie (DAS-28 : $F[1,43] = 20,79$; $p = 0,0001$) et une amélioration de l'état de santé physique (SF36 [volet santé physique] : $F[1,44] = 3,62$; $p = 0,03$) des participants, indépendamment du groupe d'appartenance, les deux types de traitement étant efficace de manière comparable. L'effet optimal du traitement se manifestant entre 0 et 6 mois. Par la suite, il appert que l'état de santé physique général s'améliore pour les deux groupes lors de la période de 6 à 12 mois (SF 36 - T0-T2 [$t=-2,29$; $p=0,026$]) suivant le traitement. Cependant, les participants du groupe témoin ont démontré une plus grande capacité d'activation (PAM 13 - T1 : $F[1,56] = 4,17$; $p= 0,05$ / PAM13-T2 : $F[1,52] = 3,92$; $p = 0,05$) et une perception d'amélioration de leur état de santé (VAS patient : intra : $F[1,44] = 3,195$; $p=0.045$; inter : $F[1,44] = 4,15$; $p = 0,046$). Un effet de traitement est aussi visible sur le niveau de fatigue, les participants du groupe témoin étant moins fatigués au terme de l'étude (Interaction MAF * traitement : $F [1,44] = 3,86$; $p = 0,027$). Enfin, notons un haut taux de satisfaction chez les participants du groupe expérimental ainsi qu'une confirmation dans la réponse à certains énoncés que le traitement reçu respectait bien les « règles d'or » de l'interdisciplinarité dans la pratique clinique.

Discussion

Au terme de l'étude, la réduction de la douleur et de l'inflammation et l'amélioration de la santé physique générale chez les participants des deux groupes laissent suggérer, d'après une analyse a posteriori, que les deux interventions avaient un impact relativement similaire, à l'exception de la mise en place de rencontres interdisciplinaires de plan d'intervention chez le groupe expérimental. Les différences observées, sur le plan de la fatigue ainsi que de l'activation du patient, seraient, pour leur part, essentiellement attribuables au niveau de chronicité plus élevée observée chez les participants du groupe

expérimental (tel que mentionné précédemment). Ainsi, il est possible d'avancer que les interventions d'enseignement et de psychoéducation dispensées par l'équipe auraient eu moins d'impact dans une trajectoire plus avancée de la maladie.

À l'instar de Stukstette et al. (2013), qui ont aussi utilisé un devis avec groupe témoin apparié, notre étude a démontré l'efficacité de l'intervention interdisciplinaire (GE) bien que celle-ci soit comparable à l'intervention en dyade (GT). Plusieurs études ont démontré les effets d'une intervention interdisciplinaire sur la diminution des incapacités fonctionnelles (Kjeken, Dagfinrud, Heiberg, & Kvien, 2015; Meesters, Verhoef, Tijhuis, & Vliet Vlieland, 2013). Le fait que la réadaptation se déroule au début de la maladie pourrait expliquer les améliorations sur le HAQ dans l'étude de Meesters et al. (2013). Il faut aussi noter que la plupart des études qui ont trouvé une amélioration des fonctions physiques ou psychologiques (McCuish & Bearne, 2014) n'ont pas utilisé de groupe de comparaison (Bearne, Byrne, Segrave, & White, 2016). Nous sommes aussi tout probablement en face d'un effet de contamination, où les deux sites voulaient bien performer, étant donné la similitude entre les deux groupes sur le plan qualitatif (c.-à-d. sur le plan de la nature des interventions), les deux équipes dispensant toutes deux des interventions similaires de psychoéducation, de pharmacologie, de suivi infirmier.

Compte tenu de nos résultats en regard de l'amélioration des deux groupes de patients, nous croyons avoir davantage comparé deux modèles interdisciplinaires de collaboration interprofessionnelle, l'un en équipe élargie et l'autre en équipe réduite. Cette affirmation s'appuie sur la définition même de la collaboration interprofessionnelle, qui est un « lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes de professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe » (École en chantier, 2007, p. 12).

La principale force de cette étude réside dans la mobilisation d'une équipe entière de spécialistes, dans un contexte médical où les ressources (humaines, financières, temporelles) sont limitées, dans le but d'implanter un important programme interdisciplinaire pour une clientèle qui présente des besoins multiples et complexes. La

principale limite de l'étude aura été de ne pas contrôler les variables qui concernent la date initiale du diagnostic de PAR.

Une prochaine étude suggère donc d'optimiser le modèle d'intervention et de répliquer l'étude comparative dans un devis contrôlé randomisé avec groupe témoin de type liste d'attente. Il serait intéressant également de poursuivre des travaux sur la clarification conceptuelle de différents modèles d'intervention interdisciplinaire (équipe élargie et réduite) et d'en évaluer l'efficacité.

Références

- Bearne, L. M., Byrne, A. M., Segrave, H., & White, C. M. (2016). Multidisciplinary team care for people with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology International*, 36(3), 311-324. doi: 10.1007/s00296-015-3380-4
- École en chantier. (2007). Collaboration interprofessionnelle: Cadre de référence. Sherbrooke: Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke.
- Kjeken, I., Dagfinrud, H., Heiberg, T., & Kvien, T. K. (2015). Multidisciplinary approach to rheumatoid arthritis. Dans A. J. Silman, J. S. Smolen, M. E. Weinblatt & M. H. Weisman (Éds.), *Rheumatology (Sixth Edition)* (pp. 809-814). Philadelphia: Content Repository Only!
- McCuish, W. J., & Bearne, L. M. (2014). Do Inpatient Multidisciplinary Rehabilitation Programmes Improve Health Status in People with Long-Term Musculoskeletal Conditions? A Service Evaluation. *Musculoskeletal Care*, 12(4), 244-250. doi: 10.1002/msc.1072
- Meesters, J., Verhoef, J., Tijhuis, G., & Vliet Vlieland, T. (2013). Functional disability in patients with rheumatoid arthritis admitted for multidisciplinary rehabilitation from 1992 to 2009. *Rheumatology*, 52(10), 1879-1883.
- Stukstette, M. J., Dekker, J., den Broeder, A. A., Westeneng, J. M., Bijlsma, J. W. J., & van den Ende, C. H. M. (2013). No evidence for the effectiveness of a multidisciplinary group based treatment program in patients with osteoarthritis of hands on the short term; results of a randomized controlled trial. *Osteoarthritis and Cartilage*, 21(7), 901-910

Annexe

Communications et formations liées à la recherche

Présentation à des congrès (communications arbitrées) :

Sylvain, H.; Banville, F. Fortin, I. Lovisi, B. Ouellet, N. Couillard, A. (2015) Évaluation de l'efficacité d'un modèle d'intervention interdisciplinaire sur l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde. VIe Congrès mondial du SIDIIEF. Montréal, 31 mai - 5 juin 2015.

Sylvain, H.; Banville, F. Fortin, I. Lovisi, B. Ouellet, N. Couillard, A. & Coutu, M. (2015) Comparaison des effets de deux modèles d'interventions sur la santé des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde. Résultats préliminaires. Poster. ACFAS Rimouski, 25-29 mai 2015 (voir ici-bas).

Articles en préparation

Banville, F., Fortin, I., Sylvain, H., Lovisi, B., & Rochefort, S.V. (en préparation). Evaluation of new interdisciplinary model for the treatment of rheumatoid arthritis : A comparative study. Journal of Rheumatology

Formation, sous forme d'un atelier de 3 heures, associée au projet de recherche:

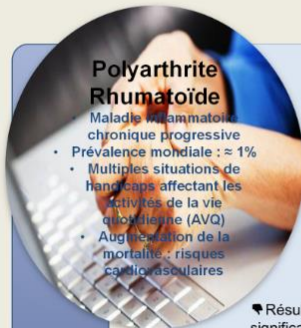
Sylvain, H.; Banville, F. (2013) Atelier sur « La collaboration interprofessionnelle en contexte de rhumatologie » s'adressant à l'équipe interprofessionnelle du CREQ de Rimouski et de Mont-Joli, le 4 avril 2013

Sylvain, H.; Banville, & F. Fortin, I. (2015) Atelier sur la collaboration interprofessionnelle s'adressant aux rhumatologues et aux médecins internistes du CISSS Bas-St-Laurent, le 23 janvier 2015

Évaluation de l'efficacité d'un modèle d'interventions interdisciplinaires sur l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde

Hélène Sylvain (CP*), Ph.D. inf.^a, Frédéric Banville, Ph.D. psy.^a, Isabelle Fortin (CP*), MD, FRCPC^b, Bianca Lovisi, MD, FRCPC^c, Myriam Coutu, B.Sc.^a

*CP: chercheure principale ^aUQAR; ^bCISSS du Bas-Saint-Laurent; ^cCIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean



Polyarthrite Rhumatoïde

- Maladie inflammatoire chronique progressive
- Prévalence mondiale : ≈ 1%
- Multiples situations de handicaps affectant les activités de la vie quotidienne (AVQ)
- Augmentation de la mortalité : risques cardiovasculaires

Introduction

But : Évaluer l'efficacité d'un modèle d'interventions interdisciplinaires par rapport à celui d'une pratique traditionnelle en rhumatologie, pour des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PAR)

État de la situation

- Peu de recherches sur le suivi interdisciplinaire

- Approche prometteuse (Hill, et al., 2003; Tijhuis, et al., 2003). Amélioration de la qualité de vie et satisfaction et gain fonctionnel

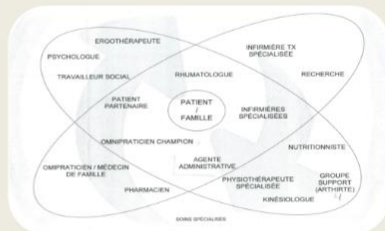
➤ Résultats contradictoires : pas de différence significative (pré et post-test) (Van der Stuis et al., 2009) quant aux indicateurs de satisfaction et de la qualité de vie lorsqu'un traitement interdisciplinaire était appliqué.

Hypothèse principale :

- Les personnes souffrant de PAR, suivies par une équipe interdisciplinaire, auront une meilleure réponse physiologique (score inférieur), estimée par le *Disease Activity Score* (DAS 28), que celle des personnes suivies par un rhumatologue en pratique usuelle.

Hypothèse secondaire :

- Suivi interdisciplinaire = meilleure réponse quant à leur santé, le degré de fatigue ressentie, leur autoprise en charge, la capacité de travail et de fonctionnement.



Interdisciplinarité

Mode de travail adopté par un groupe d'intervenants ayant une formation, des compétences et une expérience différentes, et travaillant ensemble à la compréhension d'un problème en vue d'une intervention concertée comprenant des objectifs communs et un partage de tâches.

	GE (29)		GT (27)	
	F	%	F	%
Genre du patient				
Femme	23	79,3	22	81,5
Homme	6	20,7	5	18,5
Plus haut niveau de scolarité				
Primaire/secondaire	9	31,0	15	55,6
Professionnel	8	27,6	4	14,8
Collégial	6	20,7	4	14,8
Universitaire	5	17,2	4	14,8
Donnée manquante	1	3,4	-	-
Âge à l'inclusion	Min	Max	Moy	ET
Rimouski	45	78	62,7	9,4
Chicoutimi	27	86	63,7	9,8
Nombre d'année avec la maladie				
Rimouski	2	35	12,9	9,7
Chicoutimi	1	29	8,1	7,4

Méthode

Groupe expérimental (n=29) : Centre de rhumatologie de l'Est, Rimouski

Groupe témoin (n=27) : Service de rhumatologie, Centre hospitalier de Chicoutimi

Recrutement : Échantillonnage est non probabiliste dit « à portée de main »

- Diagnostic PAR (exclusivement)
- 18 ans et + : Das > 2,6

Devis quasi expérimental à mesures répétées	DEVIS					
	0 mois	6 mois		12 mois		
GE	T0	X1	T1	X1	T2	
GT	T0	X2	T1	X2	T2	

X1 : approche interdisciplinaire; X2 : intervention usuelle

Intervention :

Groupe expérimental (GE) – Rimouski

- Équipe interdisciplinaire** : Rhumatologue, infirmière clinicienne, travailleuse sociale, physiothérapeute, kinésiologue, nutritionniste, patient
- Rencontres d'équipe avec le patient, plan d'intervention, rencontres avec divers professionnels

Groupe témoin (GT) – Chicoutimi

- Dyade traditionnelle** : rhumatologue et infirmière clinicienne

Outils : DAS-28 (douleur et enflure articulaires), HAQ (capacités fonctionnelles), EVA (qualité de vie), MAF (fatigue), WPAI/RA (AVQ et travail), SF-36 (qualité de vie liée à l'état de santé physique et mentale), AP13 (autonomisation), SCF (satisfaction)

Analyses :

Les sujets de l'étude sont comparables sur la variable d'âge et sur le DAS-28. Ils se distinguent par contre en ce qui concerne le nombre d'années avec la maladie.

Variable	GE (moy - ET)	GT (moy - ET)	p<0,05
Âge	62,72 (9,37)	63,94 (11,61)	ns
Nb années avec la maladie	12,93 (9,66)	7,44 (7,04)	Sig
DAS-28	4,09 (0,67)	4,20 (1,25)	ns

Les analyses de variance multivariées à mesures répétées (MANOVA à mesures répétées) ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS statistics-21 ©.

Résultats préliminaires (T0-T1)

Variables	Moy. (é-é)		F	Effet
	Prétest	Posttest		
DAS-28				
GE	4,31 (0,5)	3,02 (1,2)	F(1,43) = 3,146***	intrasujet
GT	3,78 (0,8)	3,14 (1,1)		
EVA_Médecin				
GE	54,27 (19,4)	29,6 (21,9)	F(1,42) = 1,521***	intrasujet
GT	40,59 (22,9)	25,45 (23,2)		
MAF				
GE	26,73 (9,3)	26,91 (10,4)	F(1,42) = 5,050*	site et intrasujet
GT	26,40 (10,3)	21,67 (12,3)		
SF36-mentale				
GE	43,80 (10,0)	42,36 (10,7)	F(1,44) = 7,799***	site
GT	41,40 (9,9)	46,36 (9,4)		

*** p < 0,001 ; * p < 0,05

- Il y a une amélioration globale de la douleur, selon l'évaluation du DAS-28, pour les deux groupes.
- La qualité de vie des patients, évaluée par le rhumatologue (EVA-Médecin), s'est améliorée indépendamment du site.
- Les patients du groupe témoin ressentent moins de fatigue (MAF) à l'issue du suivi et améliorent davantage leur état mental (SF36-mentale).
- Les groupes de ne distinguent pas sur les variables suivantes: état de santé globale (HAQ), qualité de vie liée à l'état de santé physique (SF36-physique), capacité à s'adonner aux activités de la quotidienne (WPAI-AVQ) et autonomisation (AP13).

Discussion

- Nos résultats ont démontré une amélioration globale du DAS pour tous les patients suivis dans cette recherche, tant pour le groupe expérimental que le groupe témoin.
- À l'instar de Stukette et al., (2013), qui ont aussi utilisé un devis avec groupe contrôle apparié, notre étude n'a pas démontré l'effet de l'efficacité d'une intervention interdisciplinaire.
- Toutefois, d'autres études ont démontré les effets d'une intervention interdisciplinaire sur la diminution des incapacités fonctionnelles (Meesters et al., 2013, Krishnan et al., 2012 et Uhlir et Kvien, 2009).
- Le fait que la réadaptation se déroule au début de la maladie, pourrait expliquer les améliorations sur le HAQ dans l'étude de Meesters et al., (2013).
- La plupart des études qui ont trouvé une augmentation des fonctions physiques ou psychologiques (McCuish & Bearn, 2014) n'ont pas utilisé de groupe de comparaison.
- La richesse de notre étude est donc d'avoir utilisé un groupe témoin pour comparer les effets de l'intervention.
- Le fait que les patients du GE vivent avec la maladie depuis plus longtemps que ceux du GT constitue une limite de comparaison des groupes de l'étude et pourrait expliquer les résultats.