Revue du rhumatisme 78 (2011) 69–77

Disponible en ligne sur ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Recommandations

Recommandations pour le traitement de l'arthrose du genou : sont-elles applicables ?☆

Stéphane Poitras[a,*], Michel Rossignol[b], Jérôme Avouac[c], Bernard Avouac[d], Christine Cedraschi[e], Margareta Nordin[f], Chantal Rousseaux[l], Sylvie Rozenberg[g], Bernard Savarieau[l], Philippe Thoumie[h], Jean-Pierre Valat[i], Éric Vignon[j], Pascal Hilliquin[k]

[a] *École de rééducation, université d'Ottawa, Ottawa, Canada*
[b] *Département d'épidémiologie, de statistiques et de médecine du travail, université McGill, Montréal, Canada*
[c] *Service de rhumatologie A, université Paris 5, hôpital Cochin, Paris, 75014 France*
[d] *Service de rhumatologie, hôpital Henri-Mondor, Créteil, 94010 France*
[e] *Division de médecine de rééducation générale, université de Genève, Genève, Suisse*
[f] *Service de chirurgie orthopédique, OIOC, université de New York, New York, États-Unis*
[g] *Service de rhumatologie, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, 75013 France*
[h] *Fédération de médecine physique et de réadaptation, hôpital Rothschild, AP–HP, Paris, 75571 France*
[i] *Faculté de médecine, université François-Rabelais, Tours 37032, France*
[j] *Université Claude-Bernard, Lyon 69008, France*
[k] *Service de rhumatologie, centre hospitalier Sud Francilien, Corbeil Essonnes, 91106 France*
[l] *Agence Nukleus, Paris, 75013 France*

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Accepté le 2 août 2010
Disponible sur Internet le 20 octobre 2010

Mots clés :
Recommandations
Applicabilité
Obstacles
Partie prenante
Recherche qualitative

RÉSUMÉ

Objectifs. – Malgré l'existence de recommandations pratiques pour le traitement de la gonarthrose, des discordances dans leur application par les cliniciens et par les patients ont été constatées, entraînant des résultats incomplets. Les données de la littérature montrent que la simple diffusion de recommandations thérapeutiques n'entraîne pas l'adhésion. La recherche suggère que les obstacles à leur mise en application devraient être identifiés et explicitées afin d'améliorer l'adhésion. Le but de cette étude a été d'identifier les obstacles à l'utilisation des recommandations concernant le traitement conservateur de la gonarthrose tant de la part des patients, que des médecins généralistes et des kinésithérapeutes.
Méthodes. – Après avoir effectué une revue systématique des résultats et des recommandations de la littérature, 12 recommandations thérapeutiques principales ont été élaborées sur quatre thèmes : médicaments, exercices physiques, autogestion, activités professionnelles. Des groupes de discussion ont été formés comprenant des patients souffrant de gonarthrose, des médecins généralistes et des kinésithérapeutes, dans le but d'établir les obstacles à la mise en application de ces recommandations.
Résultats. – Les patients et les médecins généralistes sont apparus comme généralement fatalistes concernant la gonarthrose, alors que les kinésithérapeutes étaient plus positifs vis-à-vis de l'amélioration à long terme de la gonarthrose. Pour les traitements médicamenteux, des discordances ont été mises à jour entre les recommandations et l'opinion des cliniciens. Tant les patients que les médecins généralistes ont semblé ambivalents vis-à-vis des exercices physiques et de l'activité physique, reconnaissant leur utilité mais les identifiant dans le même temps comme des causes possibles de gonarthrose. Les patients et les médecins généralistes ont semblé considérer l'amaigrissement comme un objectif particulièrement difficile à réaliser.
Conclusions. – Des obstacles spécifiques à la mise en pratique de chaque recommandation du traitement de la gonarthrose pour chacun de groupes de sujets concernés ont été identifiés. Nous avons élaboré des recommandations pour combattre ces obstacles. Les résultats de cette étude peuvent être utilisés pour développer des stratégies de mise en application afin de surmonter les obstacles identifiés, dans le but de faciliter l'utilisation des recommandations et d'améliorer l'évolution de la gonarthrose.
© 2010 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

☆ Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais sa référence anglaise dans le même volume de *Joint Bone Spine* (doi:10.1016/j.jbspin.2010.08.001).

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : stephane.poitras@uottawa.ca (S. Poitras).

1169-8330/$ – see front matter © 2010 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.rhum.2010.09.004

1. Introduction

Afin d'optimiser la prise en charge de la gonarthrose, plusieurs recommandations pratiques basées sur les données scientifiques de la littérature ont été élaborées [1,2]. Néanmoins, les études ont mis en évidence les limites de leur acceptabilité et de leur utilisation à la fois par les professionnels de santé et par les patients, entraînant une prise en charge et une évolution non optimale [3–7]. Les raisons de ce défaut d'assimilation, les obstacles à l'utilisation et les stratégies pour améliorer la mise en pratique ont peu été étudiés [8]. L'analyse de la qualité des recommandations actuelles pour la gonarthrose avec l'instrument *appraisal of guidelines research and evaluation* (AGREE) [9] a montré que deux éléments clés de la mise en application avaient été négligés : l'implication des personnes concernées et l'applicabilité en pratique clinique [1,2]. L'applicabilité est déterminée principalement en évaluant les obstacles à l'utilisation avec les personnes concernées [9]. L'évaluation de l'applicabilité aide à comprendre pourquoi les recommandations sont utilisées ou non.

Si l'étude des obstacles à l'utilisation des recommandations pour le traitement de la gonarthrose a été considérée comme une priorité de la recherche [8,10], cela n'a été réalisé que pour deux modalités thérapeutiques : les médicaments [11–16] et les exercices physiques [17]. Ces études n'évaluent qu'un seul type d'intervention thérapeutique ou qu'un seul type de personnes concernées à la fois, ce qui en constitue une des limites. Toutefois, l'utilisation des recommandations est déterminée par l'interaction entre les diverses propositions thérapeutiques proposées et les personnes impliquées. De plus, on ne connaît pas le degré de concordance entre les points de vue du patient et du clinicien concernant le traitement de la gonarthrose. Une autre limite de ces études a été de ne prendre en compte que des médecins spécialisés (chirurgiens orthopédistes et rhumatologues) et non les intervenants de proximité ou de première ligne comme les médecins généralistes (MG) et les kinésithérapeutes (KT) qui constituent la pierre angulaire, à la fois de la prise en charge précoce et du suivi à long terme des patients atteints de gonarthrose. Une prise en charge de proximité efficace peut diminuer ou retarder l'utilisation de méthodes spécialisées et coûteuses. Deux études se sont intéressées aux obstacles à la mise en application chez différentes personnes concernées, incluant les patients et les MG, mais elles ne l'ont pas fait avec des recommandations thérapeutiques explicites [18–20]. De plus, l'évaluation de ces obstacles ne constituait pas le principal objectif de ces études.

Le but de notre étude a été d'évaluer l'applicabilité des recommandations de la prise en charge primaire de la gonarthrose, en identifiant les obstacles à leur utilisation perçus par les patients, les MG et les KT.

2. Méthodes

2.1. Développement et sélection des recommandations cliniques

Pour cette étude, nous avons réuni un panel de 13 cliniciens chercheurs (cinq rhumatologues, trois KT, deux MG, un physiatre, un médecin du travail et un psychologue). Initialement, les membres du panel ont réalisé et publié deux revues systématiques des études [21] et des recommandations [1]. Sur la base de ces revues de la littérature, le panel a conçu des recommandations thérapeutiques et quatre thèmes thérapeutiques ont été identifiés : traitements médicamenteux, exercices thérapeutiques, autogestion et activités professionnelles. Les recommandations ont été développées par étape, alternant des réunions de sous-groupes de travail et des sessions plénières des membres du panel, jusqu'à ce qu'un consensus soit trouvé. Au début de la démarche, 36 recommandations avaient été élaborées. Les 12 recommandations les plus importantes ont été ensuite sélectionnées par la méthode Delphi, car il fut considéré qu'il s'agissait là du nombre maximum de recommandations qui pouvait être discutées dans les groupes. Les membres de l'équipe ont été interrogés individuellement par enquête sur le choix des 12 recommandations ayant le plus d'impact sur la gonarthrose. Les résultats ont ensuite été adressés à tous les membres. Au cours d'une réunion ultérieure, les résultats ont été discutés entre les membres. La discussion s'est poursuivie jusqu'à l'obtention d'un consensus sur les 12 recommandations (Tableau 1). Celles-ci sont

Tableau 1
Recommandations pour le traitement de la gonarthrose ayant été sélectionnées pour l'étude.

1. Traitements médicamenteux
1.1. L'objectif du traitement médicamenteux est de soulager la douleur et d'améliorer la mobilité articulaire afin de permettre le maintien d'une activité fonctionnelle satisfaisante pour les patients
1.2. Le paracétamol devrait être utilisé de première intention pour soulager les douleurs de la gonarthrose
1.3. Les AINS peuvent être utilisés en remplacement ou en association avec le paracétamol si le soulagement de la douleur est insuffisant. La posologie des AINS doit être la plus faible possible capable d'apporter le soulagement espéré par le patient. L'utilisation prolongée des AINS doit être évitée dans la mesure où la fréquence de ses effets indésirables augmente avec la durée de traitement
2. Exercices physiques
2.1. Les patients devraient être encouragés à reprendre et à maintenir leurs activités quotidiennes. Pour les patients nécessitant une aide, un programme d'exercices supervisé par un professionnel de santé peut être utilisé. Les exercices physiques peuvent majorer temporairement la douleur mais n'aggravent pas le processus arthrosique
2.2. Les patients qui effectuent des activités physiques exposant à des traumatismes devraient être incités à changer de type d'activité
2.3. Les patients et les professionnels de santé devraient fixer ensemble les objectifs des exercices physiques dans le but d'optimiser les résultats sur la douleur et la fonction. Le type d'exercice devrait être déterminé par le professionnel de santé en accord avec les besoins et les atteintes du patient
2.4. Les patients devraient être encouragés à réaliser régulièrement des exercices physiques, idéalement 15 à 30 minutes au moins trois fois par semaine. Pour exemple, ces exercices peuvent être la marche, la natation ou un programme d'exercices supervisé. L'intensité des exercices peut être adaptée aux variations de l'intensité de la douleur
3. Autogestion
3.1. L'activité est nécessaire au bon état de l'articulation du genou
3.2. Les patients devraient participer activement au traitement de leur pathologie articulaire, en discutant avec les professionnels de santé sur leurs besoins et leurs attentes. À chaque étape du traitement, les professionnels de santé devraient évaluer l'adhésion du patient au programme thérapeutique mis en place
3.3. Chez les patients obèses, les activités physiques aideront à stabiliser ou à perdre du poids. L'amaigrissement améliore la douleur et la fonction articulaire, alors que la prise de poids aggrave la douleur et la fonction articulaire
4. Activités professionnelles
4.1. Les patients devraient être incités à reprendre ou à maintenir leurs activités professionnelles dans la mesure où la douleur le permet et avec une exposition la minimale aux traumatismes
4.2. S'il y a une exposition à des traumatismes, l'environnement professionnel devrait être adapté pour diminuer cette exposition. Si cela n'est pas possible, un reclassement professionnel devrait être proposé

caractéristiques des recommandations actuelles pour la gonarthrose [1,2].

2.2. Design de l'étude

L'étude a été faite en employant des méthodes qualitatives dans la mesure où l'utilisation des recommandations impliquent des éléments complexes, multidimensionnels et à plusieurs niveaux [22]. Une approche par étude de cas avec analyse des points de vue et des perceptions des participants, c'est-à-dire des MG, des KT et des patients représentant les cas [23]. Des groupes de discussion, ont été utilisés pour collecter les données concernant les obstacles à l'utilisation des recommandations. Trois groupes de discussion ont été formés pour chaque type de participants (MG, KT et patients) afin de limiter les éventuels censures pouvant être induites par la perception hiérarchique au sein des groupes.

2.3. Recrutement des sujets

La taille de chaque groupe a varié entre six et 12 membres, cela pour stimuler une discussion de réflexion et augmenter l'interactivité [24]. Dans la mesure où les groupes de discussion se sont réunis à Paris (France), les sujets ont été recrutés dans la région parisienne. Les MG ont été recrutés et invités par contact téléphonique à partir d'un réseau de MG ayant un intérêt pour les pathologies rhumatologiques et travaillant dans la région parisienne. Les KT ont été recrutés par sélection randomisée dans des cabinets de kinésithérapie en utilisant les pages jaunes de la région parisienne. Les cabinets ont été contactés par téléphone et un seul KT par cabinet a été invité à participer à l'étude. Un échantillon de patients a été sélectionné en demandant à des cliniciens connus par les membres du panel et impliqués dans le traitement de la gonarthrose, de recruter des participants parmi leurs patients atteints de gonarthrose. Nous avons eu le souci de recruter des patients variant par le sexe, l'âge, l'ancienneté et la sévérité de leur gonarthrose, ainsi que des cliniciens ayant des durées d'exercice variables. Cela dans le but de favoriser la diversité des réponses et l'exhaustivité. Le recrutement a été poursuivi jusqu'à obtenir le nombre de six à 12 participants pour chacun des groupes de travail. Au cours du recrutement, le consentement verbal a été obtenu de la part de chaque participant puis confirmé avant la réunion des groupes de discussion, à l'aide d'un texte standardisé. Le caractère éthique de l'étude a été approuvé par le Conseil national de l'Ordre des médecins.

2.4. Développement des guides d'entrevue, recueil des données et analyse

Un guide d'entrevue a été créé par un des membres du panel (SP). Le contenu de ce guide a été basé sur la théorie du comportement planifiée d'Ajzen [25] qui établit que le comportement est influencé par les attitudes et les croyances (les croyances influencent le comportement et produisent une conséquence donnée), l'auto-efficacité (perception de la facilité ou de la difficulté à accomplir une action) et les normes sociales (perception des autres ou de la société). Ce modèle a été validé dans différentes circonstances, dont l'utilisation de recommandations cliniques [26]. Les thèmes abordés dans le guide d'entrevue ont été ensuite validés par tous les membres du panel. Au sein de chaque groupe de travail, les discussions ont été structurées et facilitées par un enquêteur professionnel, assisté d'un des membres du panel (SP). Dans chaque groupe, les opinions générales quant à la gonarthrose ont été discutées initialement, suivies par les discussions pour chaque recommandation. Les réunions des groupes spécialisés ont été enregistrées en audio et en vidéo, et retranscrites mot pour mot, la véracité des transcriptions ayant été vérifiée par un des auteurs participants.

L'analyse du contenu des transcrits a été réalisée dans le but d'organiser les données de manière systématique, selon un format structuré. Les retranscriptions des discussions ont été analysées selon une analyse thématique à l'aide d'un tableau mixte de codage [27]. Celui-ci a été conçu en utilisant le cadre conceptuel mentionnée plus haut et les transcrits ont été ainsi codés. Le logiciel d'exploitation des données qualitatives QSR NVivo V7 [28] a facilité le recueil et le codage de ces données. Lors d'une première étape de réduction des données, les éléments discutés par les participants ont été identifiés et classés, puis organisés au sein d'une matrice au cours de la deuxième étape. L'analyse comparative des cas a été faite au sein de chaque groupe pour préciser la convergence (la plupart des participants sont d'accord sur le même thème) ou la divergence (la plupart des participants rapportant un même thème mais étant en désaccord avec son impact) des thèmes. Les thèmes identifiés par un seul participant ont été exclus. L'analyse comparative des groupes a ensuite été réalisée en comparant les thèmes convergents entre les groupes. Dans de la troisième étape, les conclusions ont été élaborées lors de discussions au sein du panel, à partir des résultats obtenus au cours du processus de recueil et d'analyse des données.

3. Résultats

Onze patients atteints de gonarthrose, sept MG et dix KT ont participé aux groupes de discussion. Les caractéristiques des participants sont présentées au Tableau 2. Les réunions des groupes de travail spécifiques se sont déroulées en juin 2008 et ont duré entre deux heures et demi et trois heures chacune.

Tableau 2
Caractéristiques des participants à l'étude.

	Patients	Médecins généralistes	Kinésithérapeutes
Âge (ans)[a]	68 (55–82)	53 (48–77)	46,5 (24–69)
Sexe : femmes/hommes	9/2	2/5	4/6
Années d'exercice[a]	-	22 (10–46)	18 (2–39)
Pourcentage de la clientèle ayant une arthrose	-	-	-
Moins de 10 %	-	3	2
10–24 %	-	4	7
25–49 %	-		1
Ancienneté de la gonarthrose[a]	20 (3–50)	-	-
Intensité moyenne de la douleur au cours de la semaine précédente (échelle numérique de 0 à 10)[a]	7 (3–9)	-	-
Score de Lequesne[a]	12 (5–21)	-	-

[a] Médiane (extrêmes).

3.1. Opinions générales sur la gonarthrose

La plupart des patients avaient un point de vue fataliste sur la gonarthrose, déclarant qu'il s'agissait d'une condition liée à un âge avancé, résultant du processus normal de vieillissement et qu'il fallait vivre avec, une fois qu'elle était apparue. Ils pensaient que les MG partageaient cette vision fataliste et étaient peu intéressés par le traitement de cette pathologie, pensant que les spécialistes (rhumatologues et chirurgiens orthopédistes) étaient plus intéressés. La plupart des patients pensaient que le système de santé était basé essentiellement sur les traitements médicamenteux et chirurgicaux, et peu sur les autres modalités thérapeutiques comme les exercices physiques.

Les MG ont repris l'opinion fataliste des patients, la plupart déclarant que la gonarthrose était un problème de santé peu intéressant sur lequel il ne pouvait avoir que peu d'influence et qu'il ne pouvait pas guérir. Certains ont déclaré que la gonarthrose était rarement le motif principal d'une consultation mais était le plus souvent diagnostiqué en tant que comorbidité non attendue. La gonarthrose étant une pathologie chronique, la plupart des MG pensaient que l'accent n'était pas assez porté sur la prévention primaire. Néanmoins, la plupart des MG pensaient que leur contribution était essentiellement limitée au diagnostic et au traitement médicamenteux.

Les KT avaient des opinions plus diversifiées sur la gonarthrose, certains trouvant cette pathologie techniquement stimulante alors que d'autres la considéraient comme faisant partie de la routine. Tous les KT ont souligné la nécessité de la kinésithérapie pour rééduquer efficacement les patients souffrant de gonarthrose, dans la mesure où ils pensaient que les KT avaient la connaissance et la possibilité de prendre en charge correctement la gonarthrose et jugeant que la majorité des MG n'avaient pas cette compétence. La plupart des KT a déclaré que les potentialités de la rééducation dépendaient de l'ancienneté du handicap, les meilleurs résultats étant obtenus lors de prises en charges précoces. Tous ont dit que le bénéfice était obtenu à long terme, ce qui était souvent contradictoire avec les attentes des patients d'un bénéfice à court terme.

3.2. Thème 1. Traitement médicamenteux

3.2.1. Recommandation 1.1

L'objectif du traitement médicamenteux est de soulager la douleur et d'améliorer la mobilité articulaire afin de permettre le maintien d'une activité fonctionnelle satisfaisante pour les patients.

Les commentaires des patients concernaient principalement la difficulté de maintenir un niveau d'activité selon leurs souhaits. Ils exprimèrent leur frustration de ne pas être capables d'accomplir les activités souhaitées du fait de leur douleur. Ils insistèrent tout particulièrement sur l'impact négatif des poussées de la maladie sur leurs activités, le caractère imprévisible de ces poussées rendant difficile la planification de leurs activités. En conséquence, la plupart des patients limitait leurs activités dans la crainte des poussées, avec des conséquences négatives sur leur vie sociale. L'utilisation des traitements médicamenteux pour juguler les poussées était variable selon les patients, certains prenant des médicaments avec régularité, d'autres en prenant avant une activité, les derniers n'en prenant qu'en cas de poussée douloureuse. Toutefois, la plupart ont exprimé leur déception concernant l'efficacité des médicaments pour prévenir ou soulager les symptômes de leurs poussées de gonarthrose.

La plupart des MG était déçue par le peu d'effet des traitements médicamenteux sur la physiopathologie de la gonarthrose, leur intérêt se limitant essentiellement au soulagement temporaire de la douleur. Certains ont déclaré que la littérature actuelle et les recommandations actuelles négligeaient la contribution des anti-arthrosiques d'action lente (comme la glucosamine, la chondroïtine, la diacéréine et/ou les insaponifiables d'avocat et de soja) dont ils pensaient qu'ils pouvaient agir sur la physiopathologie de la gonarthrose à long terme.

Les KT aussi ont déclaré que les traitements médicamenteux actuels avaient pour principal effet le soulagement de la douleur et non la guérison de la gonarthrose. La majorité des KT a déclaré que plusieurs méthodes thérapeutiques devraient être utilisées avant d'avoir recours aux médicaments, ces méthodes incluant les mesures préventives, la kinésithérapie et les produits de santé naturels. Certains KT voyaient les médicaments comme un dernier recours dans la prise en charge thérapeutique, leur utilisation étant le témoin d'une prise en charge inadaptée au stade précoce de la gonarthrose.

3.2.2. Recommandation 1.2

Le paracétamol devrait être utilisé de première intention pour soulager les douleurs de la gonarthrose.

Le terme de paracétamol a été mal compris par les patients. Quand l'interviewer eut fourni une aide en donnant les noms des spécialités commerciales du paracétamol, tous les patients ont admis qu'il s'agissait du médicament de première intention. La plupart des patients pensaient que le paracétamol était souvent suffisant pour traiter la douleur en ayant l'avantage d'une bonne tolérance. Mais ils pensaient également que le paracétamol avait peu d'efficacité pendant les poussées.

Certains MG ont déclaré que les patients étaient insatisfaits quand le paracétamol leur était prescrit, dans la mesure où ils le percevaient comme inefficace, non spécifique de la gonarthrose et en vente libre. D'autres MG déclarèrent qu'il était de leur rôle d'éduquer les patients sur l'intérêt du paracétamol en tant que traitement de première intention. Certains MG ont souligné que le paracétamol étant en vente libre, cela encourageait l'automédication. Certains MG, tout en étant d'accord avec la première intention attribuée au paracétamol, pensaient que les recommandations surévaluaient le rôle du paracétamol au détriment des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et que ses risques étaient sous-estimés dans les recommandations.

Si presque tous les KT étaient d'accord avec la première intention du paracétamol, la plupart ont souligné que d'autres méthodes thérapeutiques, dont la kinésithérapie, devraient être utilisées avant le paracétamol. Certains pensaient que le paracétamol pouvait masquer la douleur et la problématique physique sous-jacente, diminuant la capacité du patient à évaluer sa propre évolution et gênant le KT pour une prise en charge adaptée.

3.2.3. Recommandation 1.3

Les AINS peuvent être utilisés en remplacement ou en association avec le paracétamol si le soulagement de la douleur est insuffisant. La posologie des AINS doit être la plus faible possible capable d'apporter le soulagement espéré par le patient. L'utilisation prolongée des AINS doit être évitée dans la mesure où la fréquence de ses effets indésirables augmente avec la durée de traitement.

Comme pour le paracétamol, la plupart des patients n'avait pas une idée claire sur la notion d'AINS. Après avoir pris connaissance des noms des spécialités commerciales, la notion devint plus claire pour certains, mais restait floue pour environ la moitié d'entre eux. Les patients habitués aux AINS les prenaient pour traiter les symptômes des poussées de gonarthrose. Toutefois, la plupart d'entre eux limitaient leur utilisation du fait de la crainte ou de l'expérience personnelle des effets indésirables digestifs.

La plupart des MG considérait les AINS, non comme des antalgiques, mais comme des traitements purement anti-inflammatoires. Ils considéraient qu'il existait d'autres médicaments plus appropriés pour soulager la douleur, comme les

opioïdes. Certains MG considéraient que les AINS étaient parfois inappropriés, comme par exemple dans le cas de symptômes « mécaniques » de la gonarthrose, sans signe inflammatoire. La plupart s'interrogeait sur l'opportunité d'une prescription à la demande, plutôt que d'une prescription d'une durée fixe à prendre surtout pendant les poussées. Certains pensaient qu'une utilisation prolongée des AINS était adaptée pour traiter efficacement la gonarthrose, en citant la pratique de certains rhumatologues. Les MG ont exprimé des opinions diverses quant à l'importance de l'information sur les risques liés aux AINS qui devrait être fournie aux patients au moment de leur prescription. Certains pensant qu'une information trop alarmiste pouvait effrayer les patients et empêcher leur utilisation et l'adhésion au traitement. Ils pensaient aussi que les patients étaient déjà correctement informés sur les effets indésirables possibles des AINS. D'autres soulignant qu'il était du devoir du MG de discuter avec ses patients sur le risque associé à la prise d'AINS afin de partager la décision de leur prescription. La plupart des MG a déclaré que l'ibuprofène constituait un AINS intéressant dans la mesure où ils pensaient que cette molécule possédait moins d'effets indésirables et était en vente libre.

Les KT pensaient également que les AINS devraient être utilisés pour traiter l'inflammation et non la douleur. Les KT n'étaient pas d'accord entre eux sur l'utilité des AINS, certains adhérant à une prescription à la demande pour des périodes les plus courtes possibles, d'autres pensant que les effets indésirables dépassaient souvent les bénéfices attendus. La plupart des KT déclarait que les effets indésirables n'étaient pas seulement observés pour les traitements prolongés, mais aussi pour les traitements de courte durée. Ils déclaraient utiliser d'autres méthodes pour traiter l'inflammation et cela sans effet indésirable, comme les agents physiques et l'électrothérapie. Pour contrôler l'inflammation, certains KT déclaraient que les AINS seuls n'étaient pas suffisants et devaient être associés à la kinésithérapie. Certains ont aussi souligné l'importance du rôle du KT dans l'éducation du patient quant aux AINS et aux alternatives possibles.

3.3. Thème 2. Exercices physiques

3.3.1. Recommandation 2.1

Les patients devraient être encouragés à reprendre et à maintenir leurs activités quotidiennes. Pour les patients nécessitant une aide, un programme d'exercices supervisé par un professionnel de santé peut être utilisé. Les exercices physiques peuvent majorer temporairement la douleur mais n'aggravent pas le processus arthrosique.

Les patients ont généralement adhéré à l'accent mis sur le maintien des activités physiques malgré la gonarthrose, avec pour but d'accomplir les actes de la vie quotidienne et de participer le plus normalement possible aux activités sociales. La plupart ont trouvé cette recommandation encourageante et motivante. Néanmoins, tous ont trouvé qu'une antalgie efficace était essentielle pour maintenir ces activités physiques, ce qui était difficilement possible lors des poussées. Mais si cet objectif était considéré comme louable, la plupart des patients n'était pas convaincue par les bénéfices cliniques des activités physiques sur la gonarthrose et déclarait que l'activité physique pouvait aggraver la gonarthrose et entraîner des poussées.

L'impact de l'activité physique sur la gonarthrose était diversement apprécié par les MG. Certains ont cité un effet bénéfique sur la mobilité du genou et sur le bien-être général, tandis que d'autres ont souligné le risque d'aggravation des lésions arthrosiques. La plupart des MG ont déclaré qu'une antalgie efficace était nécessaire pour permettre aux patients d'accomplir leurs activités quotidiennes et que cela était difficile à obtenir chez certains patients. Le manque de motivation des patients à rester actifs malgré leur gonarthrose, surtout quand le patient avait été sédentaire pendant toute sa vie, a été exprimé par la plupart des MG comme un obstacle fréquent à l'activité physique. Certains MG pensaient que cette recommandation d'un maintien d'activité pouvait créer un espoir irréaliste et décourager les patients trop handicapés.

Tous les KT ont adhéré à cette recommandation, certains déclarant que l'activité pouvait être néfaste si elle était excessive, justifiant par là même le rôle du KT dans la prise en charge de cet aspect des activités physiques.

3.3.2. Recommandation 2.2

Les patients qui effectuent des activités physiques exposant à des traumatismes devraient être incités à changer de type d'activité.

Tous les patients étaient d'accord avec cette recommandation, soulignant l'importance de diminuer les activités source de douleur, signe possible de détérioration articulaire. Les MG et les KT ont généralement adhéré aussi à cette recommandation.

3.3.3. Recommandation 2.3

Les patients et les professionnels de santé devraient fixer ensemble les objectifs des exercices physiques habituels dans le but d'optimiser les résultats sur la douleur et la fonction. Le type d'exercice devrait être déterminé par le professionnel de santé en accord avec les besoins et les atteintes du patient.

La plupart des patients a souligné que les MG fournissaient rarement des instructions spécifiques concernant les exercices physiques et pensait que les KT avaient plus de connaissance dans ce domaine. Si les patients trouvaient le partage de décision concernant leur programme d'exercices comme un élément important, la plupart déclaraient que les cliniciens prescrivaient habituellement des exercices sans discuter de la question.

La plupart des MG a confirmé le point de vue des patients selon lequel les KT avaient la connaissance et l'expérience pour fournir un programme d'exercices physiques plus adapté qu'ils ne pourraient le faire eux-mêmes. Certains MG pensaient que l'implication des KT était nécessaire pour motiver le patient et organiser le programme d'exercices physiques.

Les KT étaient d'accord avec la proposition selon laquelle la planification des exercices physiques relevait habituellement de leur mission, plutôt que de celle des MG. Certains KT ont remis en cause le processus de partage de décision avec le patient, argumentant que les avis et les attentes des patients reflétaient rarement leurs besoins. Ainsi, les KT, dans leur majorité, se percevaient eux-mêmes ceux sachant ce qui était le mieux pour leurs patients.

3.3.4. Recommandation 2.4

Les patients devraient être encouragés à réaliser régulièrement des exercices physiques, idéalement 15 à 30 minutes au moins trois fois par semaine. Pour exemple, ces exercices peuvent être la marche, la natation ou un programme d'exercices supervisé. L'intensité des exercices peut être adaptée aux variations de l'intensité de la douleur.

La plupart des patients croyait qu'un programme d'exercices n'était pas indispensable s'ils obtenaient les bénéfices liés à leurs activités quotidiennes. Les poussées de la maladie ont encore été soulignées comme étant un obstacle dans la planification et la réalisation d'exercices réguliers. La plupart des patients n'avait pas d'idée claire quant au type et à l'intensité des exercices physiques qu'ils devaient favoriser. La plupart ont mentionné que l'arrêt des exercices pouvait être bénéfique en diminuant les contraintes sur leurs genoux, alors que des exercices trop intensifs pouvaient aggraver leur maladie.

Les MG étaient en général d'accord avec les patients, déclarant que les bénéfices des exercices pouvaient être obtenus au travers des activités de la vie quotidienne. Certains MG ont souligné que la capacité des patients à effectuer régulièrement des exercices

dépendait de plusieurs facteurs comme la sévérité de leur handicap, leur âge, leur état général et leur motivation. Ainsi, ils remettaient en question la capacité de certains patients à réaliser régulièrement ces exercices.

La plupart des KT a estimé que cette recommandation était trop simpliste, argumentant que les programmes d'exercices devaient être déterminés au cas par cas par le KT. Toutefois, les KT n'étaient pas d'accord entre eux sur les modalités d'exercices physiques efficaces. Pour certains, les exercices devaient être effectués quotidiennement en petite quantité, tandis que pour d'autres ils devaient être plus longs mais moins fréquents. Pour l'adhésion, certains KT estimaient qu'il était préférable d'intégrer les exercices dans les activités quotidiennes, alors que d'autres étaient favorables à des programmes d'exercices structurés avec des dates précises de début et de fin. Tous ont souligné la nécessité d'un suivi par le KT afin d'évaluer l'état du patient et de l'encourager à poursuivre ses exercices.

3.4. Thème 3. autogestion

3.4.1. Recommandation 3.1

L'activité est nécessaire au bon état de l'articulation du genou.

Les trois groupes étaient d'accord pour penser que l'activité était nécessaire à la santé de l'articulation du genou, tout en mettant en garde sur le fait qu'une activité trop importante pouvait aggraver les lésions du genou. Mais l'avis des patients et des MG n'était pas clair concernant la quantité et le type d'activité nécessaire pour obtenir un effet positif sans aggraver la gonarthrose. Les KT ont souligné que leur rôle était de personnaliser l'activité du patient selon ses besoins et ses capacités.

3.4.2. Recommandation 3.2

Les patients devraient participer activement au traitement de leur pathologie articulaire, en discutant avec les professionnels de santé sur leurs besoins et leurs attentes. À chaque étape du traitement, les professionnels de santé devraient évaluer l'adhésion du patient au programme thérapeutique mis en place.

Les trois groupes étaient d'accord avec la nécessité de la participation active du patient au traitement de sa gonarthrose. Toutefois, la majorité des patients a insisté sur la nécessité d'être motivé pour le faire. Comme les MG, la plupart a fait remarquer que l'adhésion du patient était essentielle pour obtenir des résultats significatifs. Les MG pensaient que la majorité des patients faisait preuve d'un fatalisme vis-à-vis de leur gonarthrose, limitant ainsi leur adhésion aux recommandations thérapeutiques. Si les KT étaient en accord avec la nécessité d'une participation active des patients, certains ont déclaré qu'il était fréquent que les patients aient des connaissances et des croyances fausses concernant la gonarthrose et qu'il était finalement du ressort du KT de prendre en charge les patients de manière appropriée.

3.4.3. Recommandation 3.3

Chez les patients obèses, les activités physiques aideront à stabiliser ou à perdre du poids. L'amaigrissement améliore la douleur et la fonction articulaire, alors que la prise de poids aggrave la douleur et la fonction articulaire.

L'avis des patients était flou en ce qui concerne les bénéfices de l'amaigrissement sur la gonarthrose. La plupart s'interrogeait sur les relations entre le poids et la gonarthrose, faisant remarquer que des personnes de poids standard, certains se trouvant dans la salle, avaient aussi une gonarthrose. La plupart estimait que l'amaigrissement constituait plus une mesure de prévention primaire et avait une influence limitée sur une gonarthrose établie. La plupart a estimé que si l'amaigrissement avait un effet positif sur la gonarthrose, cela ne pouvait être qu'à très long terme. La plupart estimait également que l'intérêt de l'amaigrissement n'était pas spécifique à la gonarthrose, mais avait surtout une influence bénéfique sur la mobilité en général. La plupart des patients a insisté sur la difficulté de perdre du poids, compte tenu du rôle de facteurs non modifiables comme des facteurs génétiques, la composition corporelle et d'autres facteurs prédisposant. La plupart a estimé que l'amaigrissement était encore plus difficile pour les patients atteints de gonarthrose dans la mesure où l'activité, un élément important pour perdre du poids, était entravée par la douleur et le handicap. Certains ont fait remarquer que la prise d'AINS nécessitait des prises alimentaires régulières, même en l'absence d'une sensation de faim, pour prévenir les effets indésirables gastro-intestinaux.

Les MG étaient en accord avec la plupart des opinions exprimées par les patients, déclarant que l'amaigrissement avait un impact limité sur la gonarthrose. La plupart des MG pensait que l'amaigrissement était plus efficace en prévention primaire et n'avait que peu d'efficacité sur la gonarthrose installée. La plupart a remis en question l'existence d'une relation physiopathologique directe entre le poids et la gonarthrose, argumentant que nombre d'autres facteurs était associé à la gonarthrose comme des facteurs traumatiques ou génétiques. L'amaigrissement était considéré comme particulièrement difficile à obtenir chez les patients atteints de gonarthrose, non pas seulement du fait de la diminution générale des activités, mais aussi parce que les patients étaient généralement plus âgés, moins actifs et avaient un métabolisme plus lent. Ainsi, la plupart des MG considérait que la diminution des apports alimentaires était une méthode plus pertinente que l'activité pour perdre du poids. Comme cela a été dit par les patients, la plupart des MG pensait que l'amaigrissement était efficace pour améliorer la mobilité en général et pensait que cela constituait une meilleure motivation pour inciter les patients à perdre du poids, que celle liée à l'influence potentielle sur la gonarthrose à long terme.

L'avis des KT était différent de celui des patients et des MG dans la mesure où ils adhéraient sans réserve à cette recommandation. La plupart a admis que la perte de poids était difficile dans la mesure où elle devait faire appel à de nombreux facteurs et nécessitait souvent un changement de mode de vie. Mais la plupart estimait que leur relation avec leur patient, développée au cours des nombreuses sessions thérapeutiques, les rendait plus à même de le convaincre d'un tel changement de mode de vie. Certains ont déclaré que l'amaigrissement n'était pas la panacée, et que d'autres éléments agissant sur le handicap fonctionnel du genou devaient être pris en charge par le KT, comme la distension ligamentaire, la force musculaire et la proprioception. Comme cela avait été dit dans les deux autres groupes, la plupart des KT a fait remarquer que l'amaigrissement n'était pas seulement bénéfique pour le genou, mais pour la mobilité en général.

3.5. Thème 4. Travail et activité

3.5.1. Recommandation 4.1

Les patients devraient être incités à reprendre ou à maintenir leurs activités professionnelles dans la mesure où la douleur le permet et avec une exposition minimale aux traumatismes.

Même si les patients jugeaient que la reprise du travail était importante pour l'insertion sociale, la plupart estimait que la reprise des activités professionnelles était impossible une fois que la gonarthrose s'était installée, du fait de son caractère incurable. Les poussées de gonarthrose furent mises en avant comme un obstacle majeur à la reprise du travail, empêchant la planification et l'accomplissement des tâches professionnelles. Certains ont souligné l'importance de la motivation pour une reprise du travail malgré la gonarthrose, un élément influencé par la signification des activités professionnelles dans la vie du patient.

Les MG ont fait remarquer que la reprise du travail était importante, apportant des bénéfices psychologiques et sociaux allant

bien au-delà de la gonarthrose. Même si l'objectif est d'intérêt, certains MG déclaraient que la reprise du travail n'entraînerait pas d'amélioration de la gonarthrose et que l'arrêt temporaire ou définitif du travail pouvait avoir un effet bénéfique sur la gonarthrose. La plupart des MG a indiqué que la reprise du travail dépendait de nombreux facteurs, parmi lesquels l'âge, le degré du handicap et la profession concernée. Pour que la reprise du travail soit couronnée de succès, la plupart des MG a insisté sur l'importance d'une reprise progressive, d'un bon contrôle de la douleur et d'un évitement des tâches professionnelles susceptibles d'aggraver la gonarthrose. Les MG n'étaient pas unanimes quant à la reprise de l'activité usuelle quand la douleur diminuait, certains étant réticents à cause du risque d'aggravation des lésions arthrosiques, d'autres insistant sur l'effet positif de l'activité sur le bien-être général, et les derniers étant hésitants. Néanmoins, comme cela a été dit pour les patients, la plupart des MG pensaient aussi que la reprise du travail était difficile compte tenu du caractère incurable de la gonarthrose. La plupart des MG pensait que leur rôle dans le maintien des activités professionnelles, devait être plus un rôle d'accompagnement qu'un rôle dirigiste, insistant par là même sur l'importance de discuter de cette question avec le patient. La plupart ont déclaré qu'au bout du compte, le maintien au travail dépendait surtout de l'intérêt et de la motivation du patient à le faire. Toutefois, certains MG ont insisté sur l'importance de ce message pour aller à l'encontre du fatalisme souvent exprimé par les patients à l'égard de leur pathologie.

La plupart des KT a souligné l'importance de la reprise du travail et du maintien des activités professionnelles, principalement pour les bénéfices psychologiques associés. Ils ont aussi déclaré que le retour aux activités, y compris professionnelles, constituait un des principaux objectifs de la kinésithérapie. Toutefois, la plupart des KT s'est interrogée sur la pertinence de cette recommandation, pensant que l'absentéisme professionnel était rare dans la gonarthrose.

3.5.2. Recommandation 4.2

S'il y a une exposition à des traumatismes, l'environnement professionnel devrait être adapté pour diminuer cette exposition. Si cela n'est pas possible, un reclassement professionnel devrait être proposé.

Les trois groupes ont été en accord avec cette recommandation, mais il existait un flou et des désaccords sur le type d'activité à risque pour la gonarthrose. La plupart des MG a fait remarquer la nécessité d'adapter l'environnement professionnel, mais a souligné leur manque de connaissance ou d'expertise dans ce domaine, précisant que cela relevait de l'ergothérapeute. Toutefois, la plupart des MG pensait que l'adaptation du poste de travail constituait un facteur associé principalement à la prévention primaire plutôt qu'au traitement. Les KT, quant à eux, ont fait remarquer que l'action concernant les modifications des activités professionnelles liées à la gonarthrose était limitée, pour l'essentiel, à l'ergonomie du poste de travail dans la prévention primaire, une tâche revenant aux ergonomes et non aux KT.

4. Discussion

Les obstacles à la mise en pratique des recommandations que nous avons identifiés dans cette étude fournissent des éléments importants pour améliorer l'acceptabilité des recommandations concernant la gonarthrose par les cliniciens et par les patients. De manière générale, l'opinion selon laquelle la gonarthrose n'est pas considérée comme une maladie et le sentiment que le traitement conservateur n'est pas efficace, pourraient être des raisons expliquant une prise en compte insuffisante par les patients et les MG [8]. Cette perception de l'efficacité limitée des thérapeutiques peut être discutée dans la mesure où il a été démontré que de nombreuses méthodes thérapeutiques sont efficaces [1,2]. Si les patients soulignent de manière répétée le rôle des poussées de la maladie sur la capacité à participer aux activités sociétales, les MG et les KT n'ont pas évoqué cette problématique des poussées, ce qui laisse penser que cette question pourrait ne pas être prise en compte de manière adaptée dans la stratégie thérapeutique établie par les cliniciens.

En comparaison avec les patients et les MG, les KT ont été plus optimistes sur les effets potentiels de la rééducation dans la gonarthrose et ont été confiants dans leurs propres compétences à traiter cette pathologie. Toutefois, les discordances entre les différents KT sur la question des techniques spécifiques posent la question de la logique et de l'utilité de celles-ci. Ces différences de pratique suggèrent que ce n'est peut-être pas le traitement spécifique fourni par le KT qui est crucial, mais plutôt la prise en charge générale et l'accompagnement que fournissent les KT qui jouent un rôle au sein du processus thérapeutique. Les publications concernant les exercices physiques dans la gonarthrose pourraient aller dans ce sens, car elles montrent que les exercices généraux sont aussi efficaces que les exercices spécifiques [29]. Dans d'autres pathologies, il a été démontré que l'implication des KT améliore l'adhésion aux exercices [30], mais les études manquent dans le cadre de la gonarthrose. Les questions demeurent sur les éléments de la prise en charge par le KT qui ont le plus d'impact dans la gonarthrose. De même, les KT se positionnent eux-mêmes comme des experts dans le traitement de la gonarthrose, diminuant la participation du patient dans les décisions thérapeutiques. Cela pourrait freiner le processus de décision partagée et limiter l'adhésion aux recommandations thérapeutiques [15]. Cette insistance concernant l'expertise et la nécessité de l'implication du KT pourrait être motivée non pas seulement par les bénéfices perçus, mais aussi par les enjeux de pouvoir et de légitimité associés à leur place au sein du système de santé dans le domaine du traitement de la gonarthrose.

Les obstacles aux recommandations impliquent principalement les activités/exercices, les traitements médicamenteux et l'amaigrissement. À la fois les MG et les patients apparaissent ambivalents sur le sujet des activités et des exercices physiques, reconnaissant leur utilité thérapeutique possible et dans le même temps les identifiant comme une cause d'apparition et d'aggravation de la gonarthrose. Cette ambivalence semble être la conséquence de l'incertitude concernant le type et la quantité des activités physiques nécessaires pour obtenir un bénéfice thérapeutique sans dégrader l'articulation du genou. Les MG et les patients semblent rechercher les types d'exercices les plus appropriés pour augmenter les bénéfices et diminuer les dégâts, alors que les KT pensent que leur rôle est de définir ces paramètres. Les données de la littérature montrent cependant l'efficacité des exercices physiques de manière générale et montrent que les caractéristiques de ces exercices devraient être plus dictées par l'acceptabilité par le patient (préférences, tolérance et accessibilité) dans le but d'améliorer l'adhésion [21]. Concernant les activités professionnelles, les trois groupes ont souligné les effets psychosociaux bénéfiques du maintien au travail malgré l'existence d'une gonarthrose, mais étaient dubitatifs sur sa faisabilité du fait du caractère incurable de la gonarthrose, des risques de détérioration articulaire et des incertitudes sur la nature des tâches professionnelles à éviter. Les recherches ont cependant démontré que les activités qui devaient être évitées, étaient celles entraînant des contraintes mécaniques anormales, excessives ou répétées sur l'articulation du genou [21,31,32].

Pour les traitements médicamenteux, nos résultats concernant le paracétamol semblent similaires à ceux trouvés dans une étude réalisée en Australie avec des patients et des MG [13]. Dans les deux études, des discordances se dévoilent entre les avis des patients et ceux des MG vis-à-vis du paracétamol, car les MG mettent en avant plus d'obstacles concernant l'adhésion des patients que ne le font les patients eux-mêmes. Il est possible que les MG surestiment la prévalence des patients sous-évaluant le paracétamol [33]. Les

croyances des MG qui anticipent des réactions négatives de la part des patients pourraient expliquer en partie la sous-utilisation du paracétamol dans le traitement de la gonarthrose. Des données récentes, disponibles après l'élaboration des recommandations, ont cependant remis en cause l'efficacité et la tolérance du paracétamol [34]. Il est particulièrement intéressant de constater que certains, mais non tous les MG, considèrent que l'efficacité du paracétamol est surestimée et que ses risques sont sous-estimés dans les recommandations sur la gonarthrose. Leur opinion semble en accord avec les connaissances scientifiques actuelles. Cela souligne la durée de vie limitée des recommandations [35]. Développer des recommandations, évaluer leur applicabilité et en diffuser les messages prennent du temps. Il est nécessaire de créer des méthodes plus réactives quand les recommandations sont élaborées, évaluées et diffusées.

De manière étonnante, les points de vue des patients concernant les AINS étaient plus en accord avec les recommandations que ceux des MG. Les MG participants étaient plus ou moins au courant des données de la littérature concernant l'effet analgésique des AINS, son rôle de complément par rapport au paracétamol et son utilisation limitée dans le temps, uniquement quand cela est nécessaire. Bien que les patients habitués aux AINS aient des opinions allant dans le sens des recommandations, un nombre significatif de patients ne savait pas que qu'étaient les AINS. Cette méconnaissance avait été observée dans d'autres études [15,16]. Dans la mesure où l'utilisation des AINS devrait être guidée par l'évaluation du rapport bénéfice/risque au sein d'un processus de décision partagée entre le MG et le patient, cette méconnaissance entrave cette démarche.

Les KT semblent minimiser le rôle des médicaments dans la prise en charge générale de la gonarthrose et soulignent l'importance du traitement par kinésithérapie avant d'avoir recours aux médicaments. Les discordances d'opinion entre MG et KT concernant les traitements médicamenteux peuvent être une source de confusion pour les patients. Cette réticence vis-à-vis des médicaments apparaît non fondée dans la mesure où ces médicaments, quand ils sont utilisés correctement, jouent un rôle important dans le traitement des symptômes de la gonarthrose [1,2]. Cette perception des choses semble en partie fondée sur des témoignages de patients pour lesquels les traitements n'ont pas été correctement utilisés, par exemple l'utilisation chronique d'AINS. Ce point de vue pourrait aussi être motivé par des enjeux de pouvoir et de légitimité, le médicament étant perçu par le KT comme entrant en compétition avec sa propre thérapeutique, au lieu de le concevoir comme complémentaire.

L'amaigrissement semble être la source des obstacles les plus importants tant chez les patients que chez les MG. La plupart remet en question l'impact de l'amaigrissement sur la gonarthrose établie, semblant ne pas connaître les preuves démontrant cette relation. Il est possible que les patients et les MG surestiment l'importance de la perte de poids nécessaire pour obtenir des bénéfices en termes de santé. Les données de la littérature montrent qu'une perte d'environ 6 kg (ou autour de 5 % du poids corporel) est suffisante pour obtenir un effet de petite taille sur la douleur et le handicap [36]. Néanmoins, aussi bien les patients que les MG mettent en doute la capacité des patients atteints de gonarthrose à perdre du poids de manière durable. Les difficultés d'une perte de poids pérenne sont bien connues dans la population générale, mais semblent encore plus complexes dans la population âgée atteinte de gonarthrose [37]. Bien que la perte de poids ait été démontrée efficace chez les patients atteints de gonarthrose dans des essais standardisés et supervisés [36], son efficacité dans la « vraie vie » doit être reconsidérée compte tenu des barrières émises par les participants. Si elle est inapplicable par la plupart des patients atteints de gonarthrose, il est probable que cette recommandation peut entraîner plus de mal que de bien par le biais d'une stigmatisation [38]. Bien que la perte de poids semble améliorer la gonarthrose, son effet taille est relativement modeste, au vu de ses difficultés et des facteurs impliqués. Néanmoins, les bénéfices de la perte de poids vont bien au-delà de la pathologie du genou.

4.1. Limites de l'étude

Comme pour toutes les études qualitatives, les résultats de cette étude sont limités au contexte dans lequel les participants ont été recrutés, c'est-à-dire dans la région parisienne en France. Néanmoins, un échantillonnage réfléchi a été effectué pour recruter des participants ayant des caractéristiques différentes, avec pour but d'obtenir une large diversité des points de vue. D'autres études sur des interventions sélectives et des personnes concernées ont trouvé des résultats similaires, augmentant la confiance dans les résultats. Les méthodes qualitatives utilisées permettent de mieux comprendre les raisons influençant la mise en application des recommandations thérapeutiques, une information qu'il est difficile d'obtenir avec des méthodes quantitatives. Toutefois, cette étude devrait être répliquée dans d'autres contextes et d'autres pays pour évaluer la transférabilité des résultats.

4.2. Recommandations

Au vu des obstacles précédemment mentionnés, les stratégies suivantes peuvent être utilisées dans le but de faciliter la mise en pratique des recommandations thérapeutiques :

- le fatalisme concernant la gonarthrose devrait être combattu par l'éducation des MG et des patients, pour ce qui concerne les options thérapeutiques conservatrices efficaces comme les traitements médicamenteux, les exercices physiques et la perte de poids ;
- les cliniciens de proximité devraient accentuer une prise en charge thérapeutique efficace des poussées, à l'aide de traitements médicamenteux appropriés et de la gestion des activités ;
- les cliniciens de proximité devraient être éduqués pour ce qui concerne l'effet antalgique des AINS à utiliser quand le paracétamol est insuffisant, mais ne devraient les utiliser que si nécessaire, comme en cas de poussée et avant des activités exigeantes ;
- les MG devraient discuter du traitement par AINS avec les patients dans le cadre d'un processus de décision partagée en évaluant le rapport bénéfice/risque ;
- les KT devraient être éduqués pour ce qui concerne les effets bénéfiques des traitements médicamenteux quand ils sont utilisés à bon escient, traitements qui peuvent être complémentaires de la kinésithérapie ;
- les patients et les MG devraient être éduqués pour ce qui concerne les bénéfices de l'activité et des exercices physiques qui sont supérieurs aux risques d'aggravation de la gonarthrose ;
- les cliniciens de proximité et les patients devraient être éduqués sur le fait que les caractéristiques des activités et des exercices physiques devraient être déterminées par le biais d'une décision partagée dans le but d'améliorer l'adhésion ;
- les patients et le MG devraient être éduqués quant aux bénéfices d'une perte de poids relativement faible sur la gonarthrose établie. La prise en charge ne devrait cependant pas stigmatiser le patient ayant du poids à perdre ;
- une aide (supervision, visites de suivi, kinésithérapie, aide familiale/sociale, diététicien) devrait être fournie aux patients ayant des difficultés concernant la reprise ou le maintien d'une activité physique, ou à ceux ayant besoin de perdre du poids ;
- les cliniciens de proximité devraient être éduqués pour ce qui concerne les relations entre la gonarthrose et les activités professionnelles. Si nécessaire, les médecins de proximité devraient

référer le patient à une structure de soins de seconde ligne, comme à un ergothérapeute quand se pose la question de l'activité professionnelle.

Dans le but de faciliter l'utilisation des recommandations, d'améliorer la pratique des cliniciens et l'évolution des patients, des interventions basées sur les stratégies précitées devraient être développées. À l'avenir, l'efficacité de ces interventions dans l'amélioration des pratiques et de l'évolution de la gonarthrose devrait être évaluée dans des études.

Conflit d'intérêt

Cette étude a été financée par les laboratoires Expansciences, Courbevoie, France, qui produisent un des médicaments évoqués dans l'article (insaponifiables d'avocat et de soja) et dont les opinions et les intérêts n'ont pas eu d'influence sur le contenu du manuscrit.

Remerciements

Les auteurs remercient l'agence Nukleus d'avoir rendu possible cette étude, ainsi que Véronique Gordin et Sylvie Délézay pour leur aide précieuse.

Références

[1] Poitras S, Avouac J, Rossignol M, et al. A critical appraisal of guidelines for the management of knee osteoarthritis using Appraisal of Guidelines Research and Evaluation criteria. Arthritis Res Ther 2007;9:R126.
[2] Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. Osteoarthr Cartil 2007;15:981–1000.
[3] Jamtvedt G, Dahm KT, Holm I, et al. Measuring physiotherapy performance in patients with osteoarthritis of the knee: a prospective study. BMC Health Serv Res 2008;8:145.
[4] Yazdany J, MacLean CH. Quality of care in the rheumatic diseases: current status and future directions. Curr Opin Rheumatol 2008;20:159–66.
[5] Mazieres B, Scmidely N, Hauselmann HJ, et al. Level of acceptability of EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis by practitioners in different European countries. Ann Rheum Dis 2005;64:1158–64.
[6] DeHaan MN, Guzman J, Bayley MT, et al. Knee osteoarthritis clinical practice guidelines - how are we doing? J Rheumatol 2007;34:2099–105.
[7] Mitchell HL, Hurley MV. Management of chronic knee pain: a survey of patient preferences and treatment received. BMC Musculoskelet Disord 2008;9:123.
[8] Carr A. Barriers to the effectiveness of any intervention in OA. Best Pract Res Clin Rheumatol 2001;15:645–56.
[9] Agree Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care 2003;12:18–23.
[10] Foster NE, Dziedzic KS, van der Windt DA, et al. Research priorities for non-pharmacological therapies for common musculoskeletal problems: nationally and internationally agreed recommendations. BMC Musculoskelet Disord 2009;10:3.
[11] Fraenkel L, Bogardus Jr. ST, Concato J, et al. Treatment options in knee osteoarthritis: the patient's perspective. Arch Intern Med 2004;164:1299–304.
[12] Sale JE, Gignac M, Hawker G. How "bad" does the pain have to be? A qualitative study examining adherence to pain medication in older adults with osteoarthritis. Arthritis Rheum 2006;55:272–8.
[13] Barozzi N, Tett SE. Perceived barriers to paracetamol (acetaminophen) prescribing, especially following rofecoxib withdrawal from the market. Clin Rheumatol 2009;28:509–19.
[14] Cavazos JM, Naik AD, Woofter A, et al. Barriers to physician adherence to nonsteroidal anti-inflammatory drug guidelines: a qualitative study. Aliment Pharmacol Ther 2008;28:789–98.
[15] Carnes D, Anwer Y, Underwood M, et al. Influences on older people's decision-making regarding choice of topical or oral NSAIDs for knee pain: qualitative study. BMJ 2008;336:142–5.
[16] Fraenkel L, Wittink DR, Concato J, et al. Informed choice and the widespread use of antiinflammatory drugs. Arthritis Rheum 2004;51:210–4.
[17] Marks R, Allegrante JP. Chronic osteoarthritis and adherence to exercise: a review of the literature. J Aging Phys Act 2005;13:434–60.
[18] Rosemann T, Wensing M, Joest K, et al. Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses. BMC Musculoskelet Disord 2006;7:48.
[19] Brand C. Translating evidence into practice for people with osteoarthritis of the hip and knee. Clin Rheumatol 2007;26:1411–20.
[20] Brand C, Cox S. Systems for implementing best practice for a chronic disease: management of osteoarthritis of the hip and knee. Intern Med J 2006;36:170–9.
[21] Vignon E, Valat JP, Rossignol M, et al. Osteoarthritis of the knee and hip and activity: a systematic international review and synthesis (OASIS). Joint Bone Spine 2006;73:442–55.
[22] Saillour-Glenisson F, Michel P. Individual and collective facilitators of and barriers to the use of clinical practice guidelines by physicians: a literature review. Rev Epidemiol Sante Publique 2003;51:65–80.
[23] Yin R. Case study research: design and methods. 2nd ed. Beverly Hills: Sage Publishing; 1994.
[24] Tang KC, Davis A. Critical factors in the determination of focus group size. Fam Pract 1995;12:474–5.
[25] Ajzen I. Attitudes, personality and behavior. Chicago: Dorsey Press; 1988.
[26] Maue SK, Segal R, Kimberlin CL, et al. Predicting physician guideline compliance: an assessment of motivators and perceived barriers. Am J Manag Care 2004;10:383–91.
[27] Miles MB, Huberman M. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. Thousand Oaks, CA Sage; 1994.
[28] QSR. NVivo qualitative data analysis software. 8th ed; 2008.
[29] Roddy E, Zhang W, Doherty M. Aerobic walking or strengthening exercise for osteoarthritis of the knee? A systematic review. Ann Rheum Dis 2005;64:544–8.
[30] Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database Syst Rev 2005:CD003180.
[31] Jensen LK. Knee osteoarthritis: influence of work involving heavy lifting, kneeling, climbing stairs or ladders, or kneeling/squatting combined with heavy lifting. Occup Environ Med 2008;65:72–89.
[32] Maly MR. Abnormal and cumulative loading in knee osteoarthritis. Curr Opin Rheumatol 2008;20:547–52.
[33] Schwartz RK, Soumerai SB, Avorn J. Physician motivations for nonscientific drug prescribing. Soc Sci Med 1989;28:577–82.
[34] Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. Osteoarthr Cartil 2010;18:476–99.
[35] Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001;286:1461–7.
[36] Christensen R, Bartels EM, Astrup A, et al. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Ann Rheum Dis 2007;66:433–9.
[37] Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, et al. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO. The Obesity Society. Am J Clin Nutr 2005;82:923–34.
[38] Friedman JM. Modern science versus the stigma of obesity. Nat Med 2004;10:563–9.