



HAL
open science

Opinion des patients sur la prise en soins de la douleur et de la dépendance fonctionnelle dans la gonarthrose

Morgane Hamouric

► **To cite this version:**

Morgane Hamouric. Opinion des patients sur la prise en soins de la douleur et de la dépendance fonctionnelle dans la gonarthrose. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03239763

HAL Id: dumas-03239763

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03239763v1>

Submitted on 27 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Morgane Hamouric

Née le 03/08/1993 à Loudéac

**Opinion des patients
sur la prise en soins
de la douleur et de la
dépendance
fonctionnelle dans la
gonarthrose.**

**Thèse soutenue à Rennes,
le 28 Mai 2020**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

PU-PH en Médecine interne ; gériatrie et biologie du
vieillessement ; addictologie au CHU de Rennes /
directeur du jury

Gérard CHALES

Professeur émérite en Rhumatologie au CHU de
Rennes / *examineur et juge*

Agnès BANATRE

Maître de Conférences Associé en Médecine
générale ; membre du Département de Médecine
Générale / *examineur et juge*

Cécile ESCALAS

PH en Rhumatologie au CH de Dinan / *directeur de
thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Morgane Hamouric

Née le 03/08/1993 à Loudéac

**Opinion des patients
sur la prise en soins
de la douleur et de la
dépendance
fonctionnelle dans la
gonarthrose.**

**Thèse soutenue à Rennes,
le 28 Mai 2020**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

PU-PH en Médecine interne ; gériatrie et biologie du
vieillessement ; addictologie au CHU de Rennes /
directeur du jury

Gérard CHALES

Professeur émérite en Rhumatologie au CHU de
Rennes / *examineur et juge*

Agnès BANATRE

Maître de Conférences Associé en Médecine
générale ; membre du Département de Médecine
Générale / *examineur et juge*

Cécile ESCALAS

PH en Rhumatologie au CH de Dinan / *directeur de
thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES 2019 (01/09/2019)

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie

CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Emérite	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie

FERRE	Jean- Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
HUSSON	Jean Louis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion

LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative

MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie

SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES 2019 (1/09/2019)

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR- QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie

DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MCF associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER- JACQUET	Solène- Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion

ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie- Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Patrick JEGO, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. J'aimerais vous exprimer tout mon respect et mon admiration.

A Monsieur le Professeur Gérard CHALES, je vous adresse toute ma gratitude et vous remercie pour l'expérience que vous pourrez apporter à mon jury.

A Madame le Docteur Agnès BANATRE, je vous remercie de me consacrer de votre temps et de votre expérience en tant que médecin généraliste. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Cécile ESCALAS, un grand merci pour avoir accepté de diriger cette thèse ; merci pour ton expertise, ta disponibilité, ton engagement et ton soutien.

Aux patients, qui m'ont inspirée pour cette thèse, pour qui j'ai choisi ce métier et qui ont su s'investir dans nos entretiens.

A tous ces médecins que j'ai rencontrés, admirés et qui ont renforcé ma motivation et mon investissement dans ce travail.

A ma mère, mon père et mon beau-père pour leur présence et leur amour de chaque instant. J'espère pouvoir vous rendre fiers.

A ma sœur, soutien inestimé. Merci d'être à mes côtés depuis le début.

A toi Jean-Denis, merci de me soutenir, de m'encourager. Tu fais de moi quelqu'un de meilleur. Merci pour ton amour et aussi pour tout ce que tu as pu apporter à ce travail.

A Mathilde, merci pour ta participation.

Et à tous mes amis pour la bonne humeur et l'évasion qu'ils m'apportent au quotidien.

Table des matières

I – Introduction	14
II - Matériel et méthodes	15
A - Population	15
B – Intervention	15
C – Transcription et codage	15
III – Résultats.....	16
A – Population et intervention	16
B - Résultats	16
1) Définition et implications de l'arthrose pour les patients	16
2) Retentissement de la gonarthrose	17
3) Attentes et perceptions.....	17
4) Rôle du patient	18
5) Prise en charge	18
a – <i>Données générales</i>	18
b – <i>L'activité physique</i>	18
c – <i>Les antalgiques</i>	19
d – <i>Autres traitements par voie orale</i>	19
e - <i>La kinésithérapie</i>	20
f – <i>Les cures thermales</i>	20
g - <i>Les médecines douces</i>	20
h – <i>La physiothérapie</i>	21
i – <i>Les orthèses</i>	21
j – <i>Les infiltrations</i>	21
k – <i>La chirurgie</i>	21
1 - <i>L'ostéotomie</i>	21
2 – <i>L'arthroscopie préventive</i>	21
3 – <i>La prothèse</i>	21
6) Accessibilité.....	22
a - <i>Offre de soins</i>	22

<i>b - Non-remboursement</i>	22
7) Relations.....	22
<i>a - Avec le médecin traitant</i>	22
<i>b – Du côté du patient</i>	23
<i>c – Regards sur le spécialiste d'organe</i>	23
IV - Discussion.....	24
V - Conclusion	26
VI – Bibliographie	30
VII – Annexes	33
A – Guide d'entretien.....	33
B – Caractéristiques des patients.....	35
VIII – Glossaire	36
IX - Déclaration de liens d'intérêt	36

I – Introduction

L'arthrose est une maladie chronique articulaire dégénérative qui affecte le plus souvent les genoux, les hanches, le rachis et les mains. Elle se caractérise par une détérioration progressive et une perte du cartilage articulaire responsables de douleurs et d'une limitation des mobilités. Elle est confirmée radiographiquement ou par d'autres techniques d'imagerie. Son retentissement sur l'autonomie est fréquent et elle serait associée à une surmortalité cardiovasculaire en lien avec la sédentarité qu'elle induit⁽¹⁾.

L'arthrose est la pathologie articulaire la plus fréquente chez l'adulte, le genou étant la première localisation douloureuse⁽²⁾. La prévalence mondiale de la gonarthrose, en augmentation continue, est estimée en 2010 à 3,8 %⁽³⁾, avec un pic à l'âge de 50 ans. L'étiologie de l'arthrose est multifactorielle et mal identifiée, avec comme principaux éléments : la prédisposition génétique, l'altération des composants de l'articulation, le vieillissement et les facteurs mécaniques. En l'absence de traitement curatif, la prise en charge consiste à diminuer la douleur et à limiter le handicap fonctionnel⁽²⁾.

Les traitements symptomatiques (pharmacologiques ou non) de la gonarthrose sont nombreux, avec une évaluation en général basée sur des critères subjectifs de douleur et de handicap et une efficacité démontrée souvent faible. Le bénéfice de la mise en place d'une activité physique, plus ou moins supervisée, a été largement démontré dans la gonarthrose⁽⁴⁾. Une récente étude Cochrane a pourtant montré que les patients étaient trop peu informés et qu'ils n'osaient pas pratiquer d'activités physiques⁽⁵⁾. La perte de poids améliore également les symptômes⁽²⁾. La kinésithérapie a prouvé son efficacité⁽⁶⁾ ainsi que l'usage, souvent par le kinésithérapeute, des champs électromagnétiques⁽⁷⁾, des Ultrasons (US)⁽⁸⁾ et du laser⁽⁹⁾. Par contre, la Neuro-Stimulation Electrique Transcutanée (TENS) n'a pas montré de réels résultats pour le moment⁽¹⁰⁾. Par ailleurs, les cures thermales ont démontré un effet positif⁽¹¹⁾, il en va de même pour la balnéothérapie dans une moindre mesure⁽¹²⁾. Les médecines parallèles : ostéopathie⁽¹³⁾, acupuncture⁽¹⁴⁾ et chiropraxie⁽¹⁵⁾ semblent avoir prouvé leurs vertus. Quelques études de qualité méthodologique discutable sont en faveur de la phytothérapie⁽¹⁶⁾ ; des compléments alimentaires, principalement à base de glucosamine et de chondroïtine^(17,18) et de l'homéopathie⁽¹⁹⁾. Les infiltrations intra-articulaires de corticoïdes n'ont jamais réellement fait la preuve de leur effet dans la littérature⁽²⁰⁾. La viscosupplémentation a, quant à elle, montré un bénéfice plus important et prolongé que les corticoïdes⁽²¹⁾. Enfin, les données sur les orthèses sont loin d'être probantes⁽²²⁾.

Compte tenu de la multiplicité de ces thérapeutiques, avec une efficacité discutable pour certaines, il est difficile pour le médecin généraliste de faire le tri, de proposer et d'informer les patients. Ainsi, l'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'opinion des patients sur leur prise en charge afin d'améliorer cette dernière. Une étude qualitative a ainsi été réalisée.

II - Matériel et méthodes

A - Population

La population était recrutée sur un territoire délimité par les villes de Rennes, Fougères et Dinan. Le recrutement s'est effectué de juin à septembre 2019 en libéral (cabinets de médecine générale et de kinésithérapie), en hospitalier (services de rhumatologie) et via les associations de personnes âgées.

Les critères d'inclusion étaient : une gonarthrose confirmée radiologiquement et considérée par le patient lui-même comme invalidante. Pour définir ce dernier critère, la question suivante était posée aux volontaires qui souhaitaient participer à l'étude : « Vous trouvez-vous invalidé par votre arthrose du genou au quotidien ? », les patients qui répondaient positivement étaient ainsi inclus dans l'étude.

Les critères d'exclusion ont été les suivants : présence de troubles cognitifs évidents, patients hors du secteur de l'étude et manque de disponibilité pour l'entretien. La présence d'une prothèse de genou n'était pas un critère d'exclusion.

Le recrutement s'est terminé dès l'obtention de la suffisance des données.

B – Intervention

L'étude réalisée a été de type qualitatif, sous la forme d'entretiens semi-dirigés. Le guide d'entretien a été établi selon les codes de l'étude qualitative (annexe A). Celui-ci s'est inspiré d'échanges avec des internes, des médecins (notamment gériatres et médecins de la douleur) ainsi que d'une revue des articles de recherche qualitative. Il a ensuite été testé par téléphone auprès de patients atteints de gonarthrose puis modifié au fur et à mesure des entretiens en fonction des réponses apportées par les patients afin de le rendre plus pertinent et compréhensible.

Les entretiens étaient réalisés au domicile des patients ou dans un lieu neutre (cabinet médical ou hôpital) selon la volonté des patients.

Au début de chaque entretien, un recueil de consentement et une information quant à l'anonymisation des données étaient effectués.

C – Transcription et codage

Les entretiens ont été enregistrés sur ordinateur et retranscrits le plus rapidement possible afin de faire apparaître la partie non verbale au plus proche de la réalité. L'analyse des *verbatim* a ensuite été réalisée avec l'aide du logiciel N'Vivo selon une analyse thématique par méthode inductive. Trois premiers codages ont été nécessaires avec des recoupes fréquentes dans les catégories. Un deuxième codage a ensuite été effectué par un tiers (interne en médecine générale) en aveugle. Il a ensuite été mis en relation avec le premier codage afin de confronter les disparités et d'apporter les informations manquantes. Une fois les catégories et sous-catégories définies et mises en commun, les résultats ont

pu être établis avec une relecture finale de l'article par l'interne tiers. Le *verbatim* sera ensuite détruit conformément aux règles de bon usage.

III – Résultats

A – Population et intervention

Au total, seize patients ont été inclus dans l'étude. Cinq patients ont été exclus pour : troubles cognitifs (un), hors secteur (un) et manque de disponibilité (trois). Le recrutement s'est effectué comme suit : huit patients via les cabinets de médecine générale ou de kinésithérapie ; quatre via les services de rhumatologie de Rennes et de Dinan ; quatre via les associations de personnes âgées.

La majorité des entretiens a été réalisée à domicile, deux à l'hôpital et un en cabinet médical. La durée moyenne des entretiens était de 35 minutes.

La population étudiée était composée d'autant d'hommes que de femmes, âgés en moyenne de 69,1 ans (entre 34 et 85 ans) avec une majorité de retraités (13 personnes). Environ la moitié des patients était installée en milieu rural. Seuls deux patients sur seize avaient un indice de Lequesne inférieur à 6 au moment de l'entretien ; avec une moyenne à 7,6 (Tableau 1). L'indice de Lequesne est un score d'évaluation du retentissement algo-fonctionnel utilisé dans la gonarthrose et la coxarthrose. Il permet un suivi des patients mais aussi d'appuyer une éventuelle indication chirurgicale.

Les principales difficultés ont été la nécessité de mettre les patients à l'aise, de devoir recentrer certains patients qui s'éloignaient du sujet principal et de réaliser des entretiens de qualité lorsqu'il existait une contrainte de temps.

B - Résultats

1) Définition et implications de l'arthrose pour les patients

Tous avaient bien compris que l'arthrose était liée à la destruction du cartilage. Ils pensaient par contre qu'il existait une concordance radio-clinique (*Patient 11 (P11) : « Si je suis au stade 2 (radiologique), c'est pas encore... (sous-entendu, trop grave) »*). L'idée serait alors, selon certains patients, de pouvoir recréer du cartilage pour améliorer leurs symptômes. Ainsi, quelques-uns pensent y être parvenus (*P10 : « J'ai fait une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) : il y en avait plus beaucoup (du cartilage). J'ai pris Arthrobiane pendant 1 ou 2 ans, en cures et tout ça. J'ai refait une IRM après et le médecin a dit : « oh ben ça va », parce qu'à l'IRM, j'avais de nouveau remonté mon cartilage. »*).

Le rôle de la musculature a été évoqué par plusieurs patients pour expliquer la majoration ou au contraire l'amélioration des douleurs (*P2 : « J'ai pris rendez-vous pour le kiné parce que je sens bien que c'est des faiblesses qu'on a sur les côtés. »*).

Les entretiens ont aussi laissé transparaître de nombreuses confusions, notamment avec la fibromyalgie et l'ostéoporose (*P11 : « Investigateur (I) - Vous avez de l'arthrose diffuse ? - Oh ben moi*

j'ai de l'ostéoporose quand même à un stade... I - C'est différent... - C'est différent mais on ressent quand même les effets, moi je trouve, de l'humidité... » ; P4 : « J'ai simplement une cousine à moi qui fait de la fibromyalgie... C'est pas pareil ? »).

En ce qui concerne les facteurs étiologiques, certains rapportaient des événements traumatiques (P9 : « *J'ai fait ma rupture des ligaments et l'arthrose s'est installée.* »). La plupart était bien conscient du rôle du poids dans la genèse de l'arthrose et la majoration des douleurs (P15 « *I - Au niveau du poids, vous avez vu un retentissement ? - Oh ben oui. I - Dans quel sens ? - On a quand même moins mal. (avait perdu plusieurs kilos)* »). Quatre patients ont évoqué l'hérédité comme cause de leur arthrose (P5 : « *Mon père était comme ça, plein d'arthrose aussi.* »). Beaucoup d'autres trouvaient des explications hasardeuses à la survenue de leur gonarthrose (P5 : « *On était dans l'eau, avec des bottes ; c'est peut-être ça qui a amené l'arthrose aussi, c'est point bon tout ça... (travaillait dans une laiterie)* »).

Quant à leur propre perception des facteurs aggravants, celle-ci pouvait être un levier comme un frein pour la prise en charge (P7 : « *J'évite (de trop marcher) pour retarder l'opération.* »).

2) Retentissement de la gonarthrose

Plusieurs patients ont utilisé le terme de « handicap » pour se qualifier ; ils ont aussi cité les adaptations mises en place au quotidien pour compenser ce handicap (P1 : « *Je cherche vite une chaise...* »).

Les patients encore en activité ou jeunes retraités ont parlé de leurs difficultés à concilier une prise en charge satisfaisante de leur gonarthrose avec leur travail (P14 : « *Je n'ai jamais pu m'investir avant parce que c'était contraignant.* »).

Quant au retentissement psychologique, la première vraie question du guide d'entretien (après la question brise-glace) était : « *Quel est l'impact de votre arthrose sur votre quotidien ?* ». Aucun patient n'a exprimé un retentissement psychologique de façon directe. Il existait néanmoins un franc retrait social et familial pour la plupart des patients qui se trouvent restreints dans les activités qu'ils pouvaient auparavant partager (P15 : « *Ma femme et mon fils étaient partis faire de la via ferrata. J'ai dit non, [...] je peux pas plier le genou donc j'allais bloquer tout le monde.* »).

Enfin, certains patients avaient des perspectives pessimistes en lien avec leur arthrose ; comme c'était le cas pour P5 qui avait peur de finir en maison de retraite s'il ne marchait plus.

3) Attentes et perceptions

Les patients étaient globalement en quête de soulagement. (P13 : « *Faut trouver des solutions...* », P12 : « *...qui enlèvent la souffrance.* »). Certains aimeraient même trouver un « *remède miracle* ». D'autres attendaient qu'on puisse recréer du cartilage (P16 : « *Ca existe déjà en téflon, ils arrivent à mettre des cales, ils progressent, je vois pas pourquoi ils vont couper les os, c'est faire souffrir les gens quand même...* »).

En général, les patients portaient une grande attention aux « on-dit » et au « bouche-à-oreille » avec parfois des constats infondés (P4 : « *La natation, la brasse, ça c'est très mauvais.* »), mais qui pouvaient aussi les conduire à tester d'autres thérapeutiques (P6 : « *On m'a dit tellement de bien de l'ostéopathe que...* »).

La quasi-totalité a eu le même discours, bien résumé par P6 : « *On peut rien faire, tant pis.* ». En découlait une certaine exaspération avec la sensation d'avoir tout essayé sans grand résultat pour quelques-uns (P16 : « *J'en ai marre de... I - De faire des choses ? - Oh oui...* »).

Le rôle du psychisme, évoqué préalablement, n'a été questionné que par un patient jeune, mais plutôt pour parler de l'adhésion et de la réussite de telle ou telle prise en charge (P9 : « *Il y a aussi une part de psyché je pense dans laquelle on croit ou pas.* »).

4) Rôle du patient

Les patients s'investissaient dans la prise en charge de leur maladie pour la plupart (P16 : « *Le rôle c'est le mien hein.* »). Pourtant, ils n'étaient pas les seuls à décider, la famille intervenait fortement dans les décisions de soins comme par exemple pour P13 qui laissait son mari aller en cure pour s'occuper de leur fille handicapée.

5) Prise en charge

a – Données générales

La prise en charge de la douleur de la gonarthrose se rapportait pour certains à celle de n'importe quelle douleur (P1 s'inspirait des techniques citées dans un livre destiné aux patients atteints de fibromyalgie).

Il est aussi ressorti de cette étude que les patients ne testaient (et ne préconisaient) que les pratiques conseillées ou connues ; notamment les plus âgés, qui étaient ceux qui avaient testé le moins de techniques pour se soulager et qui avaient le moins d'opinions sur celles-ci (P4 : « *On m'en a rien dit...* »).

Certains patients ont introduit la notion de « pensée positive » avec l'idée que la positivité leur permettait d'améliorer leur état (P3 disait « *C'est plus positif on va dire.* » quand il choisissait entre « assez facilement » et « avec difficultés » lors du questionnaire de Lequesne).

b – L'activité physique

L'intérêt de l'activité physique était un message qui semblait être véhiculé par l'ensemble des professionnels de santé et que les patients avaient bien assimilé (P6 : « *Ah oui ben ça à chaque fois, à chaque fois j'y ai droit.* »).

Pour la plupart, elle constituait un hobby en premier lieu ; d'autres (moins sportifs à l'origine) le ressentaient plus comme une corvée (P2 : « *La marche, c'est pas ma tasse de thé [...] je m'ennuie.* »). En effet, la marche était l'activité physique la plus rapportée par les patients.

La majorité avait modifié son activité physique pour la rendre la moins traumatisante possible (P3 envisageait d'acheter un vélo d'appartement, P4 l'expérimentait déjà. P9, P10 et P15, c'est-à-dire les patients les plus jeunes, faisaient du vélo en extérieur. P1, P3, P4, P10, P12, uniquement des femmes, pratiquaient une activité physique aquatique et P1, P4, P11 faisaient de la gymnastique).

Tous insistaient sur la notion d'équilibre à trouver afin de ne pas majorer leurs douleurs (P9 : « *Fallait que je trouve un point d'équilibre mais sans en faire trop ou trop peu.* »).

La motivation sociale pouvait être un tremplin pour certains (P14 : « *On va justement essayer de voir avec la MJC (Maisons des Jeunes Catholiques), on a vu qu'il y avait de la randonnée douce.* ») et un frein pour d'autres (P3 : « *Je suis un peu réticente car c'est beaucoup de commérages.* »).

Tous tiraient des résultats positifs de cette activité physique aussi bien sur les douleurs que sur leur mobilité et leur moral (P16 : « *Ca m'améliore sérieusement oui.* ») et s'accordaient sur le fait que l'immobilisme était un facteur d'aggravation (P9 : « *Et si j'arrête, je sais que j'aurai mal.* »).

c – Les antalgiques

Les antalgiques, parmi lesquels on retrouvait les Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) locaux, qui semblaient soulager une bonne partie des patients à qui ils étaient prescrits (P10 : « *La Voltarène calme.* »).

Tous les patients ont eu une prescription d'AINS par voie orale, en général par leur médecin traitant, avant la consultation au spécialiste. Les patients en consommant le moins semblaient être ceux suivis par un rhumatologue. La quasi-totalité avait bien conscience du danger que peuvent présenter ces médicaments, notamment les plus âgés (P8 : « *Ca calme bien les douleurs mais ça démolit ailleurs.* »), via des alertes de la part des médecins. Ces alertes semblaient plus coercitives de la part des rhumatologues. Pourtant, plusieurs patients les utilisaient régulièrement (P13 : « *Ça me redonne, comme on dit, la pêche pour pouvoir bouger.* ») et ceux qui les avaient arrêtés avaient en fait présenté des effets indésirables importants.

Le paracétamol rendait certains sceptiques, d'autres comme P1 le considérait comme leur « *potion magique* ». Plusieurs patients confondaient encore paracétamol et anti-inflammatoires, y compris des patients jeunes (P15 : « *Nurofen 400. [...] C'est pas du paracétamol ça ?* »).

Enfin, la plupart des patients prônait une démarche de réduction de leur consommation de médicaments (P16 : « *Je ne veux pas de ces cochonneries.* »).

d – Autres traitements par voie orale

L'homéopathie était prescrite par certains médecins traitants avec des résultats positifs souvent en lien avec une demande de prescription émanant du patient (P10 : « *Je préfère me soigner comme ça pour certaines choses.* »).

La phytothérapie faisait aussi partie des habitudes de quelques patients, dont la moitié avait été conseillée par le médecin traitant et l'autre moitié : soit par le pharmacien, soit par des connaissances. Ils avaient tous ressenti une amélioration (P8 : « *A base de plantes, tout ça, c'est bien.* »).

Venaient ensuite les compléments alimentaires, testés par beaucoup (P2 : « *Je dirais que ça m'a pas mal réussi.* ») et pour lesquels seulement quelques-uns n'en ont pas tiré de bénéfice. Selon P12, il fallait prendre ces traitements régulièrement pendant un certain temps avant de conclure ou non à une efficacité (« *Il faut attendre un mois ou deux.* »).

Les autres patients étaient sceptiques quant à l'efficacité potentielle de ces traitements oraux et ne les avaient jamais essayés.

e - La kinésithérapie

L'activité physique passait aussi par le kinésithérapeute. Pourtant, certains patients n'en ont jamais bénéficié. La majorité de ceux l'ayant testé pour la prise en charge de leur gonarthrose en a tiré une amélioration. Les pratiques utilisées différaient selon les praticiens : massages, étirements, renforcement, ultrasons... Une grande partie des patients ayant bénéficié des ultrasons les a trouvés utiles mais a trouvé plus d'efficacité dans les étirements et le renforcement (P9 : « *J'ai trouvé pour le coup un truc très basique, je suis arrivé finalement à beaucoup travailler sur la notion d'étirement, d'assouplissement et de renforcement [...] plutôt que les ultrasons.* »), avec parfois l'impression d'une prise en charge un peu « superficielle » lorsque les ultrasons étaient utilisés seuls (P12 : « *Quand il nous mettait les électrodes, il nous faisait pas autre chose.* »). Les pratiques et la qualité de la prise en charge différaient aussi selon les kinésithérapeutes (P2 : « *Ça dépend de la valeur du kiné.* »).

Une pratique ressortait particulièrement des entretiens : la balnéothérapie. Selon les patients la pratiquant régulièrement (en dehors des cures thermales), l'amélioration était spectaculaire avec cette technique.

f – Les cures thermales

Les cures thermales, plutôt décriées par ceux qui ne les ont jamais essayées (P11 : « *Il y en a qui y vont, c'est « Club Med ».* »), sont pourtant source d'un soulagement important pour ceux qui les ont testées (P3 : « *Je revenais en forme, je prenais beaucoup moins de médicaments...* »). Seul un petit nombre d'entre eux a déjà eu une proposition de cure thermique par le médecin traitant. P4 disait : « *Mon docteur dit : « Ca sert à rien, après quand c'est fini, ça revient ».* ». Et certaines (mères) trouvaient difficile de s'absenter du foyer familial trois semaines consécutives pour aller en cure.

g - Les médecines douces

La moitié des patients avait recours à l'ostéopathie, le plus souvent spontanément, avant d'avoir vu leur médecin traitant. Ils en retiraient globalement un bénéfice avec le sentiment d'être pris en charge dans leur globalité (P15 : « *Des doigts de pieds jusqu'à la tête : elle m'a tout contrôlé.* »).

Quelques patients avaient déjà testé l'acupuncture pour d'autres soucis de santé avec un retour positif mais sans jamais y avoir pensé pour leur arthrose ; seule P1 y allait tous les ans pour ses douleurs de gonarthrose. Certains auraient envisagé cette option si on le leur avait conseillé.

La chiropraxie était inconnue pour la majorité. Seule P10 y avait déjà eu recours avec surtout des conseils alimentaires pour « *recréer du cartilage* » et quelques manipulations au niveau du genou.

h – La physiothérapie

Certains avaient recours aux poches de chaud, d'autres à la glace, plutôt sur les conseils de connaissances que sur des avis médicaux. Cette technique semblait peu contraignante et source d'un soulagement modéré (P12 : « *Le soir avant de se coucher. Ca a plus le temps de faire de l'effet.* »).

i – Les orthèses

Plusieurs patients se sont vus proposer semelles ou orthèses. Les patients les plus dynamiques ont évoqué le bénéfice des semelles et d'un chaussage adaptés (P9 : « *Ah ça m'a changé la vie moi les semelles !* »). Les genouillères permettaient une stabilité du genou et l'immobilisation antalgique des patients en crise. Elles ont surtout été considérées comme contraignantes par la plupart (P16 : « *C'est pas que ça sert à rien mais ça finit par créer des échauffements, des frottements, c'est douloureux.* »). D'autres patients ont trouvé utile, pour continuer à marcher, de prendre une canne.

j – Les infiltrations

Les infiltrations étaient globalement considérées comme un traitement de seconde intention (P12 : « *Parce que les infiltrations, c'est déjà quand on commence à avoir vraiment mal, il y a une progression dans les traitements.* »). Le risque septique a été évoqué par un seul des sujets. Seuls les patients les plus jeunes n'en ont jamais bénéficié. Les quelques infiltrations effectuées par les médecins traitants, l'ont été en zone rurale et la plupart des patients furent soulagés par ces dernières (acide hyaluronique ou corticoïdes, sans parvenir à se souvenir quel produit était injecté) (P7 : « *J'avais fait des infiltrations, ça m'avait très bien réussi.* »).

k – La chirurgie

1 - L'ostéotomie

Certains ont bénéficié d'une ostéotomie qui leur a permis d'être améliorés pendant plusieurs années (P15 : « *L'ostéotomie c'est plus douloureux mais c'est assez efficace.* »).

2 – L'arthroscopie préventive

D'autres ont bénéficié d'une arthroscopie thérapeutique à visée préventive, avec des avis partagés (P16 : « *On laisse ça comme ça sinon je vais plus rien avoir dans le genou.* »).

3 – La prothèse

Trois patients étaient déjà porteurs d'une prothèse avec absence de douleur pour deux, la dernière patiente décrivait des douleurs sur ses deux prothèses de genou déjà anciennes. Globalement, les

patients se basaient sur les avis extérieurs pour se faire leur idée quant à la prothèse et ceux-ci étaient plutôt positifs (P14 : « *Je connais des gens qui ont eu une prothèse du genou qui sont enchantés.* »).

Se posait la question de la poursuite des activités après la prothèse pour les plus sportifs (P15 : « *Un de mes voisins s'est fait opéré, beaucoup plus jeune que moi, ils lui ont mis une prothèse, une demi-prothèse, il se sent très bien ; après je sais pas ce qu'il fait comme activités...* »).

En outre, les patients avaient conscience que la chirurgie requérait quelques conditions physiques (P3 : « *Elle m'a expliqué (la rhumatologue) que si j'en arrivais à avoir une prothèse, ça ne servirait à rien si les muscles autour et les tendons n'étaient pas assez forts...* »). Elle était considérée par la plupart des patients comme un dernier recours (P12 : « *Au dernier moment.* »). En serait-il différent pour certains ? (P7 : « *Une dame m'a dit : « on t'opère de suite ici... » ; Ah non, non, non, on va attendre.* »)

Quelques-uns étaient tout de même réfractaires à la prothèse (P16 : « *Ah non mais moi je veux pas en entendre parler des prothèses, ah non, non, non. Il n'en est pas question.* ») ; d'autres, plus pragmatiques (P4 : « *Il y a des gens chez qui ça réussit, il y a des gens chez qui ça ne réussit pas.* »). Point important : l'avis des patients vis-à-vis de la prothèse était étroitement lié à leurs expériences chirurgicales passées (P6 : « *Ah non, non, non, je veux plus me faire charcuter...* »).

6) Accessibilité

a - Offre de soins

Ils exprimaient pour la plupart des difficultés à trouver des professionnels compétents, proches de chez eux et disponibles ainsi que des structures adaptées (P13 : « *La balnéo bien sûr ! Mais il n'y en a pas beaucoup.* »). La région parisienne serait au contraire mieux dotée, avec notamment des praticiens spécialisés (P1 : « *J'allais voir un kiné selon l'endroit où j'avais mal.* »).

b - Non-remboursement

Le non-remboursement était décrit comme un frein à une bonne prise en charge : beaucoup de patients se désolaient que leurs compléments alimentaires ou encore l'acide hyaluronique ne soient pas remboursés. Certains trouvaient des solutions, en se rendant dans de grosses pharmacies pour faire baisser les coûts (P13 : « *On fait toute notre liste et on va à ...* »).

7) Relations

a - Avec le médecin traitant

La relation médecin traitant-patient était principalement basée sur une relation de confiance. Les patients comptaient sur leur médecin traitant pour les écouter, dialoguer, les guider, les conseiller ; même si le temps alloué à la consultation avait diminué au fil des années (P1 : « *Avant une consultation, ça pouvait durer une heure hein.* »). La relation était telle que beaucoup ne voulaient pas « contrarier » leur médecin (P4 : « *Oui mais s'il veut pas [...] je vais pas aller voir un autre médecin, il va pas être*

content ! [...] C'est une infidélité quand même ! »). Malgré cette relation privilégiée, certains ont évoqué un manque d'intérêt et de propositions (P1 : « *Malheureusement les médecins généralistes souvent, excusez-moi (confuse), ils connaissent l'allopathie et pas autre chose.* », rejointe par P10. P2, P6 et P8 trouvaient qu'« on » (sous-entendu les professionnels médicaux) ne leur avait « *pas fait grand-chose* »). Beaucoup ont évoqué un discours assez fataliste de leur médecin traitant (P10 : « *On m'a dit clairement : il y a rien à faire pour mon arthrose.* »).

Ceci en sachant que les propositions faites par les médecins généralistes étaient souvent suivies par les patients (P15 : « *Je suis passé - sur les conseils du généraliste - à des choses plus douces...* »). De plus, les patients se ralliaient pour beaucoup à l'avis de leur praticien (P4 : « *Ah non j'ai pas fait (les cures thermales) : mon docteur dit : « Ca sert à rien. »* »).

Néanmoins, il fallait prendre en compte le problème de la prise en charge des autres problèmes médicaux de la quasi-totalité de ces patients (P10 : « *Pour l'instant je ne lui ai pas parlé de ça parce que j'avais d'autres choses...* »).

b – Du côté du patient

Globalement, c'était le patient qui décidait (P8 : « *Je suis pas décidée non plus d'aller voir.* »). C'est aussi le patient qui « savait » ce qui pouvait ou non le soulager, sans pour autant que cela ne soit fondé (P7 : « *Je fais ce que je sais qui me fait du bien. Je suis arrivée à soigner par moi-même un mal de ventre terrible avec des bananes, des machins et pas de laitages...* »).

Ils avaient par ailleurs pour certains (surtout les plus jeunes) des exigences nouvelles vis-à-vis de leurs praticiens (P10 : « *Je sais que mon médecin traitant je lui demande souvent de l'homéopathie [...]. Du coup elle a acheté un livre d'homéopathie, voilà, elle a fait l'effort.* »).

c – Regards sur le spécialiste d'organe

Plusieurs patients ont tout de même évoqué l'incompétence de leur médecin traitant dans cette prise en charge (P2 : « *Elle m'a dit : « Vu ce que c'est, c'est pas la peine de revenir me voir.* » »). Pour P2, son médecin traitant aurait dû faire en sorte qu'il ait un rendez-vous plus rapidement avec le rhumatologue. Selon P4, le médecin traitant ne devrait même pas intervenir dans la prise en charge puisque « *Chacun son rôle hein.* ».

Par ailleurs, il semblerait que le rhumatologue agisse au plus près des recommandations, alors que le médecin traitant vise plutôt le soulagement de son patient en dépit des effets indésirables potentiels de certains traitements (P13 : « *Moi je me suis faite gronder par Docteur ... (rhumatologue) parce que Docteur ... (médecin traitant) m'avait prescrit beaucoup d'anti-inflammatoires.* »).

IV - Discussion

Cette étude apporte un regard différent sur la prise en charge de la gonarthrose en comparaison des études quantitatives qui explorent habituellement la présence ou l'absence d'efficacité de chaque modalité de traitement. On y recueille bien sûr l'opinion des patients sur ces éventualités thérapeutiques mais c'est surtout au patient, dans son ensemble médico-psycho-social, que l'on s'intéresse⁽²³⁾.

Comme nous avons pu le constater, les options à proposer sont nombreuses et les patients semblent un peu égarés. Il en ressort un sentiment global de déception en lien avec le manque d'efficacité des traitements et une certaine errance thérapeutique. Ce sentiment étant renforcé par une opinion fataliste de l'évolution de la maladie, entretenue par beaucoup de professionnels (« *Il n'y a rien à faire pour votre arthrose.* »)⁽²³⁾. D'autre part, plusieurs freins ont été retrouvés : la peur du regard des autres (notamment pour l'activité physique), le coût (pour les soins non remboursés), l'accessibilité : à la fois en termes humains et matériels mais aussi en termes de distance ou de disponibilités des patients (professionnelles ou familiales).

Pourtant, les patients semblent ne pas perdre espoir et tentent différentes options. Certains sont partiellement soulagés par une activité physique adaptée⁽⁴⁾, la kinésithérapie⁽⁶⁾, la balnéothérapie^(11,12), les médecines douces^(13,14,15) ; d'autres par les compléments alimentaires^(17,18) ou la phytothérapie⁽¹⁶⁾. Les infiltrations semblent aussi satisfaire la plupart des patients^(20,21) ; pourtant, ce geste simple est encore peu réalisé par les médecins traitants, surtout citadins.

Les patients qui ont testé le plus de thérapeutiques semblent avoir trouvé un meilleur équilibre sur le plan fonctionnel et douloureux. Les autres ont plus de difficultés à gérer leur maladie et ont parfois presque abandonné. Malgré tout, ces derniers semblent regretter qu'on ne leur ait pas proposé certains moyens évoqués lors des entretiens⁽²³⁾. En outre, dans ce parcours de soins difficile, la chirurgie semble représenter pour plusieurs une solution directe et rapide dans notre société de consommation. Pourtant, elle n'est pas dénuée d'effets secondaires et la plupart des patients est bien conscient qu'il s'agit plus d'une étape ultime que d'un passage obligatoire.

Concernant leurs connaissances sur l'arthrose, il semble que l'éducation soit à poursuivre^(23,24) avec notamment des confusions avec d'autres pathologies, des fabulations multiples quant aux facteurs étiologiques... Education qui paraît difficile, dans des contextes parfois poly-pathologiques, où l'arthrose est souvent reléguée au second plan et qui a pourtant montré qu'elle permettait d'améliorer la douleur et le handicap⁽²⁵⁾.

Sur le plan thérapeutique, seuls les plus jeunes et les plus téméraires testent diverses prises en soins de leur propre initiative car souvent non proposées par les médecins (le terme de « prise en soins » est utilisé ici car il revêt plus d'empathie et de positivité que celui de « prise en charge »). Le « bouche-à-oreille » occupe une place importante dans la prise de décision des patients mais la relation de confiance entre le patient et son médecin traitant, bien qu'entachée par la réduction du temps de consultation⁽²³⁾, permet à ce dernier de rectifier si besoin l'information reçue.

Ce qui ressort aussi de cette étude, c'est que la plupart des patients trouvent leur médecin traitant peu investi dans cette prise en soins, probablement en lien avec l'absence de traitement spécifique efficace⁽²³⁾. Certains redirigent rapidement les patients vers le rhumatologue, qui parfois n'est pas plus à l'aise. D'autres, misent sur les antalgiques ; mais le simple renouvellement de l'ordonnance semble dépassé avec des patients qui cherchent à réduire leur consommation de médicaments⁽²³⁾. Pour autant, les AINS, décriés pour leurs effets secondaires, sont toujours très prescrits et consommés par des patients conscients des risques, probablement parce qu'ils n'ont pas trouvé d'alternative efficace.

A l'inverse, d'autres médecins essaient de prendre le temps de discuter avec le patient de sa pathologie, de l'informer qu'il n'existe pas UN traitement unique et efficace mais plusieurs options qui peuvent contribuer à l'améliorer. Et c'est à lui, sous couvert des conseils médicaux, de voir ce qu'il est envisageable de faire, quelle activité physique serait la plus adaptée etc. Probablement que c'est ce temps d'écoute, de discussion et de conseils qui est primordial^(23,24). Et malgré l'absence de traitement efficace, l'association de plusieurs moyens thérapeutiques, adaptés à chacun, pourra permettre un soulagement partiel et une amélioration de la qualité de vie. C'est en tout cas ce que semble préconiser la plupart des patients « à l'équilibre ».

Enfin, pour pouvoir porter conseils aux patients, les médecins ont tout intérêt à explorer et connaître ces différentes options thérapeutiques⁽²³⁾, d'autant plus que la nouvelle génération semble exigeante.

En termes de retentissements, l'impact physique de la gonarthrose a bien été retranscrit à travers ces entretiens mais les impacts social et psychologique semblent globalement sous-estimés. Non questionnés spécifiquement par la plupart des professionnels de santé, ils sont même mis de côté par les patients eux-mêmes (c'est en tout cas ce qui ressort de ces entretiens, ceci pouvant être imputé au manque de temps et/ou surtout au manque de lien avec les patients interrogés). Il est pourtant évident que la présence d'un handicap associé à des douleurs récurrentes ne peut rester sans conséquence psychologique⁽²⁶⁾. La littérature est en faveur d'un dépistage de cet impact psychologique puisqu'il semble que la psychologie et les cognitions négatives du patient soient associées à une majoration des douleurs et du handicap⁽²⁷⁾. Au contraire, une meilleure santé mentale permettrait une amélioration de ces paramètres⁽²⁵⁾.

En ce qui concerne les limites de l'étude, l'une des principales est le biais de recrutement. En effet, le recrutement était limité à quelques structures et s'est fait sur la base du volontariat entraînant nécessairement un biais de sélection. La notion de « gonarthrose invalidante » comme critère d'inclusion était quant à elle très subjective. La puissance de notre étude est faible, en lien même avec le type d'étude. Enfin, il existe un biais d'interprétation, limité par la triangulation des données.

V - Conclusion

L'arthrose est une maladie fréquente et souvent invalidante. Il n'y a certes pas de « *remède miracle* » mais une multitude de possibilités s'offre aux patients. Le médecin traitant et le spécialiste ont alors plus à faire que de renouveler les antalgiques ; et le pilier de la prise en soins semble devoir reposer sur l'éducation du patient. Une information personnalisée et adaptée sur la pathologie et les différentes modalités de traitement ; la définition avec le patient de ses objectifs et possibilités et l'accompagnement en fonction de ces derniers permettraient d'obtenir une meilleure efficacité. Au-delà de l'association des thérapeutiques les plus adaptées, c'est aussi l'implication du patient et sa capacité à modifier ses comportements qui permettront une amélioration.

L'évaluation du retentissement psychologique semble également être importante pour accompagner au mieux le patient dans cette démarche. Peut-être que le meilleur traitement de la gonarthrose c'est finalement l'attitude du médecin qui la prend en charge^(23,24) ; d'autres études centrées sur l'impact thérapeutique de cette attitude seraient les bienvenues pour le confirmer.

Pour conclure, la phrase : « *Il n'y a rien à faire pour votre arthrose.* » ne devrait plus être entendue.

VI – Bibliographie

1. Corsi M, Alvarez C, Callahan LF, Cleveland RJ, Golightly YM, Jordan JM, et al. Contributions of symptomatic osteoarthritis and physical function to incident cardiovascular disease. *BMC Musculoskelet Disord*. 10 nov 2018;19(1):393.
2. Michael JW-P, Schlüter-Brust KU, Eysel P. The Epidemiology, Etiology, Diagnosis, and Treatment of Osteoarthritis of the Knee. *Deutsches Aerzteblatt Online* [Internet]. 5 mars 2010 [cité 11 nov 2019]; Disponible sur: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2010.0152>
3. Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. juill 2014;73(7):1323-30.
4. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee. Cochrane Musculoskeletal Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 9 janv 2015 [cité 11 nov 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004376.pub3>
5. Hurley M, Dickson K, Hallett R, Grant R, Hauari H, Walsh N, et al. Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review. Cochrane Musculoskeletal Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 17 avr 2018 [cité 18 nov 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010842.pub2>
6. Estrade J-L. Kinésithérapie de la gonarthrose fémorotibiale non opérée. *EMC - Kinésithérapie - Médecine physique - Réadaptation*. janv 2008;4(3):1-32.
7. Li S, Yu B, Zhou D, He C, Zhuo Q, Hulme JM. Electromagnetic fields for treating osteoarthritis. Cochrane Musculoskeletal Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 14 déc 2013 [cité 11 nov 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003523.pub2>
8. Rutjes AW, Nüesch E, Sterchi R, Jüni P. Therapeutic ultrasound for osteoarthritis of the knee or hip. Cochrane Musculoskeletal Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 20 janv 2010 [cité 11 nov 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003132.pub2>
9. Marquina N, Dumoulin-White R, Mandel A, Lilge L. Laser therapy applications for osteoarthritis and chronic joint pain – A randomized placebo-controlled clinical trial. *Photonics & Lasers in Medicine* [Internet]. 1 janv 2012 [cité 11 nov 2019];1(4). Disponible sur: <https://www.degruyter.com/view/j/plm.2012.1.issue-4/plm-2012-0030/plm-2012-0030.xml>
10. Rutjes AW, Nüesch E, Sterchi R, Kalichman L, Hendriks E, Osiri M, et al. Transcutaneous electrostimulation for osteoarthritis of the knee. Cochrane Musculoskeletal Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 7 oct 2009 [cité 11 nov 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002823.pub2>

11. Evcik D, Kavuncu V, Yeter A, Yigit İ. L'efficacité de la balnéothérapie et des boues thermales chez des patients souffrant de gonarthrose. *Revue du Rhumatisme*. 1 janv 2007;74(1):66-71.
12. Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Boers M, Cardoso JR, Lambeck J, de Bie R, et al. Balneotherapy for osteoarthritis. Cochrane Musculoskeletal Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 17 oct 2007 [cité 11 nov 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006864>
13. Altınbilek T. Osteopathic manipulative treatment improves function and relieves pain in knee osteoarthritis: A single-blind, randomized-controlled trial. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1 juin 2018;64(2):114-20.
14. Manheimer E, Cheng K, Linde K, Lao L, Yoo J, Wieland S, et al. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. Cochrane Musculoskeletal Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 20 janv 2010 [cité 18 nov 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001977.pub2>
15. NCT01188837. Comparing Manipulation, Rehabilitation and Combination of the Two in the Treatment of Knee Osteoarthritis. <https://clinicaltrials.gov/show/NCT01188837> [Internet]. 31 mai 2018 [cité 18 nov 2019]; Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.passerelle.univ-rennes1.fr/central/doi/10.1002/central/CN-01531195/full>
16. Long L, Soeken K, Ernst E. Herbal medicines for the treatment of osteoarthritis: a systematic review. *Rheumatology*. juill 2001;40(7):779-93.
17. Clegg DO, Reda DJ, Harris CL, Klein MA, O'Dell JR, Hooper MM, et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med*. 23 févr 2006;354(8):795-808.
18. Sawitzke AD, Shi H, Finco MF, Dunlop DD, Bingham CO, Harris CL, et al. The effect of glucosamine and/or chondroitin sulfate on the progression of knee osteoarthritis: A report from the glucosamine/chondroitin arthritis intervention trial. *Arthritis Rheum*. oct 2008;58(10):3183-91.
19. Long L, Ernst E. Homeopathic remedies for the treatment of osteoarthritis: a systematic review. *Br Homeopath J*. janv 2001;90(01):37-43.
20. Jüni P, Hari R, Rutjes AW, Fischer R, Silleta MG, Reichenbach S, et al. Intra-articular corticosteroid for knee osteoarthritis. Cochrane Musculoskeletal Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 22 oct 2015 [cité 18 nov 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005328.pub3>
21. Bellamy N, Campbell J, Welch V, Gee TL, Bourne R, Wells GA. Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. Cochrane Musculoskeletal Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 19 avr 2006 [cité 18 nov 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005321.pub2>

22. Duivenvoorden T, Brouwer RW, van Raaij TM, Verhagen AP, Verhaar JA, Bierma-Zeinstra SM. Braces and orthoses for treating osteoarthritis of the knee. Cochrane Musculoskeletal Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 16 mars 2015 [cité 18 nov 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004020.pub3>
23. Alami S, Boutron I, Desjeux D, Hirschhorn M, Meric G, Rannou F, et al. Patients' and practitioners' views of knee osteoarthritis and its management: a qualitative interview study. PLoS ONE. 5 mai 2011;6(5):e19634.
24. Baumann M, Euller-Ziegler L, Guillemin F. Evaluation of the expectations osteoarthritis patients have concerning healthcare, and their implications for practitioners. Clin Exp Rheumatol. juin 2007;25(3):404-9.
25. Vitaloni M, Botto-van Bemden A, Sciortino Contreras RM, Scotton D, Bibas M, Quintero M, et al. Global management of patients with knee osteoarthritis begins with quality of life assessment: a systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 27 oct 2019;20(1):493.
26. Park H-M, Kim H-S, Lee Y-J. Knee osteoarthritis and its association with mental health and health-related quality of life: A nationwide cross-sectional study. Geriatr Gerontol Int. 9 févr 2020;
27. Helminen E-E, Arokoski JP, Selander TA, Sinikallio SH. Multiple psychological factors predict pain and disability among community-dwelling knee osteoarthritis patients: a five-year prospective study. Clin Rehabil. mars 2020;34(3):404-15.

VII – Annexes

A – Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Morgane, je suis interne en médecine générale actuellement en 8ème année. Je vous ai fait venir aujourd'hui pour aborder ce que vous pensez des prises en charge que l'on peut utiliser dans l'arthrose du genou. Je ne cherche pas de vérité, simplement à recueillir votre opinion. Notre entretien sera enregistré et retranscrit avec une anonymisation de tous les propos. Celui-ci me servira de base pour analyser l'opinion des personnes souffrant d'arthrose du genou.

(Question brise-glace)

- 1) Tout d'abord, permettez-moi de vous demander : avec quoi occupez-vous votre temps libre ?
- 2) Pour rentrer dans le vif du sujet : Quel est l'impact de votre arthrose du genou sur votre quotidien ?

Les plaintes les plus fréquentes sont la douleur, la raideur matinale, la diminution de la stabilité et des amplitudes articulaires, la diminution de la force musculaire et des activités physiques, les crépitations intra articulaires et la déformation apparente du genou.

- 3) Qu'est-ce qui a déjà été fait pour vous ?
- 4) Qu'est-ce que vous auriez aimé qu'on fasse ?
- 5) Avez-vous entendu parler d'autres moyens/traitements pour soulager vos douleurs ou vous permettre d'être plus actif ?
 - *agents physiques (TENS, US, laser, champs électromagnétiques pulsés...)*
 - *thermalisme*
 - *exercice physique, thérapeutique ou non, kinésithérapie*
 - *médecines parallèles (ostéopathie, chiropraxie, acupuncture...)*
 - *orthèses*
 - *autres traitements (phytothérapie, homéopathie...)*
 - *infiltrations/chirurgie*
- 6) Quel est selon vous le rôle du médecin traitant dans cette prise en charge ?
 - *conseils hygiéno-diététiques*
 - *psychoéducation*
- 7) Quelle est pour vous la place de l'activité physique ?

- 8) Quels sont les moyens les plus efficaces pour le soulagement de la douleur et la récupération d'une activité à votre avis ? rapidement modifiée par : Que conseillerez-vous à un ami qui aurait de l'arthrose du genou ?

PRECISIONS SUR LES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

- âge
- lieu de résidence
- situation matrimoniale
- profession(s) (+passée(s)) : travailleur sédentaire, mobile ou de force
- activité physique : passée et présente, de loisirs ou en compétition
- traitements et consommation de paracétamol (journalière, hebdomadaire, occasionnelle), d'AINS per os et locaux, de chondroïtine, de glucosamine, de diacéréine...

CHONDROSULF, STRUCTUM, DOLENIO, FLEXEA, OSAFLEXAN, STRUCTOFLEX, VOLTAFLEX, ZONDAR, PIASCLEDINE (insaponifiables de soja et d'avocat)

- co-morbidités notamment obésité ou surpoids, pathologies restrictives d'activités physiques (cardiovasculaires, pulmonaires, néoplasiques...)
- indice algo-fonctionnel de Lequesne
- échelle visuelle analogique sur les 48 dernières heures
- médecines parallèles pratiquées ou recommandées par leur médecin traitant
- patients ayant déjà bénéficié d'infiltrations (corticoïdes ou acide hyaluronique) ou d'une chirurgie (ostéotomie, prothèse)
- antécédents de traumatismes du genou ou de pathologies ayant touché le genou
- défaut d'alignement
- gonarthrose unique ou 2 localisations ou polyarthrose

B – Caractéristiques des patients

Patient	Sexe	Lieu de vie	Profession principale	Activité physique de base	Prise en charge conseillée par le patient	Durée d'entretien (minutes' secondes'')	Age (ans)	Indice de Lequesne*	EVA des 48 heures (/10)
Moyenne						35'	69.1	7.6	3.75
1	F	Rennes	Fonctionnaire	Débutée tardivement	Question non formulée	33'15"	77	9	6-7
2	M	Fougères	Electricien	Très peu	Marche et kinésithérapie	28'19"	67	6	2
3	F	Périphérie de Dinan	Sécurité sociale maritime	Importante	Perdre du poids et exercices physiques dans l'eau	44'06"	63	8.5	7
4	F	Périphérie de Dinan	Secrétaire	Importante	Kinésithérapie et shiatsu	65'10"	73	8.5	5
5	M	Périphérie d'Antrain	Laitier	Très peu	Infiltrations et chirurgie	20'35"	83	6.5	4
6	M	Périphérie d'Antrain	Electricien	Cyclisme	Ostéopathie	25'35"	84	6.5	6
7	F	Périphérie de Rennes	Restauration	Beaucoup de marche	Se ménager et voir par soi-même	25'47"	76	8	7
8	F	Périphérie de Rennes	Agricultrice	Vélo et marche	Chirurgie	29'32"	85	13.5	6
9	M	Rennes	Coordinateur social	Course, vélo, musculation, natation, volley	Activité physique à l'équilibre, kinésithérapie, arthroscopie	27'38"	43	3	0
10	F	Périphérie de Rennes	Art-thérapeute	Basket, danse, vélo, natation	Compléments alimentaires (afin de recréer du cartilage)	40'38"	34	8	0
11	F	Entre Dinan - St Briec - Loudéac	Secrétaire puis aide-soignante	Très peu	Prise en charge individualisée avec médecin de confiance, infiltrations	50'59"	66	6	0
12	M	Périphérie de Rennes	Enseignant	Vélo	A laissé madame répondre	45'03"	73	8.5	3.5
13	F	Périphérie de Rennes	Surveillante	Très peu	Infiltrations, balnéothérapie	45'03"	73	5.5	3
14	M	Périphérie de Rennes	Travailleur social, conducteur de bus	Très peu	Perdre du poids, prothèse	24'59"	68	11.5	4.5
15	M	Périphérie d'Antrain	Agent en assurances	Randonnée, vélo, foot	Chirurgie	29'56"	62	6.5	2
16	M	Périphérie d'Antrain	Travaux publics-forage	Randonnée, vélo	Faire avec	29'29"	80	6.5	3.5

Tableau 1 : caractéristiques des patients.

(*Une prothèse peut être envisagée à partir d'un score $\geq 10-12/24$.)

VIII – Glossaire

US : Ultrasons

TENS : Neuro-Stimulation Electrique Transcutanée

P : Patient

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

I : Investigateur

MJC : Maison des Jeunes Catholiques

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

IX - Déclaration de liens d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt.

HAMOURIC, Morgane - Prise en soins de la douleur et de la dépendance fonctionnelle dans la gonarthrose

36 feuilles, tableau 1 : caractéristiques des patients, 30 cm.- Thèse : Médecine Générale ; Rennes 1; 2020 ; N° .

Résumé : Contexte : La gonarthrose est une pathologie fréquente et invalidante. Les possibilités thérapeutiques sont nombreuses mais d'efficacité souvent faible provoquant ainsi une errance thérapeutique.

Objectif : Aiguiller le médecin généraliste afin d'améliorer la prise en soins de ces patients.

Méthodes : Une étude qualitative a été réalisée afin de recueillir l'opinion des patients sur leur prise en charge avec pour critère d'inclusion principal : la présence d'une gonarthrose jugée invalidante.

Résultats : L'activité physique occupe une place majeure dans la thérapeutique mais les autres modalités semblent insuffisamment proposées. Le rôle du médecin généraliste est essentiel de par sa relation privilégiée avec le patient. Il est souhaitable que le patient puisse être éduqué à sa pathologie pour ensuite définir avec lui les modalités thérapeutiques qui lui conviendront le mieux et qu'il saura s'approprier.

Conclusion : Il n'y a pas de « remède miracle » dans la gonarthrose mais l'amélioration de la qualité de vie semble résulter de l'association de thérapeutiques choisies et adoptées par le patient. Il faut aussi souligner la place essentielle du médecin dans l'éducation, l'accompagnement et l'évaluation du retentissement fonctionnel et surtout psychologique.

Abstract : Background : Knee osteoarthritis is a frequent and disabling disease. There are many therapeutic possibilities with frequently low efficiency causing therapeutic wandering.

Aim : To refer the general practitioner to improve patient care.

Methods : A qualitative study was carried out in order to collect patients'view on their medical care with this main inclusion criterion : knee osteoarthritis assessed disabling.

Results : Physical activity occupies a major place in therapy but the other modalities seem insufficiently proposed. The general practitioner's role is essential thanks to his privileged relationship with the patient. The patient should be educated to his pathology and determine the best therapeutic modalities he will appropriate.

Conclusion: There is no miracle cure for knee osteoarthritis but quality of life's improvement results from combination of chosen and adopted therapeutics. Moreover, physician's role is essential in education, support and evaluation of functional and psychological impacts.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE – PATHOLOGIE ARTICULAIRE

Mots-clés : gonarthrose, thérapeutique, éducation, médecins généralistes, relations interpersonnelles.

Mots-clés anglais MeSH : osteoarthritis, knee, therapeutics, education, general practitioners, interpersonal relations.

Président : Mr Patrick JEGO, PU-PH en médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie, CHU de Rennes.

JURY : Assesseurs : Mr Gérard CHALES, Professeur émérite en rhumatologie, CHU de Rennes
Mme Agnès BANATRE, Maître de Conférences Associé en médecine générale ; membre du Département de Médecine Générale.
Mme Cécile ESCALAS, PH en rhumatologie, CH Dinan, directeur de thèse.