

**LA GONARTHROSE : SES REPERCUSSIONS DANS LA VIE
QUOTIDIENNE DE CEUX QUI EN SOUFFRENT ET
ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE**

Mémoire réalisé par

MOUAFO MOUNGANG Sylvie Lucrèce

Promoteur(s)

Professeur NZEUSSEU T. Adrien

Année académique 2017-2018

Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée

**LA GONARTHROSE : SES REPERCUSSIONS DANS LA VIE
QUOTIDIENNE DE CEUX QUI EN SOUFFRENT ET
ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE**

Mémoire réalisé par

MOUAFO MOUNGANG Sylvie Lucrèce

Promoteur(s)

Professeur NZEUSSEU T. Adrien

Année académique 2017-2018

Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Au terme de notre mémoire nous tenons à remercier sincèrement :

- Dieu tout puissant et miséricordieux qui a permis la réalisation de ce travail.
- Le professeur Nzeuseu Adrien, chef de clinique Saint-Luc, mon promoteur pour son accompagnement.
- Le professeur Isabelle Aujoulat pour ses conseils et son apport particulier à la réalisation de ce travail
- Tous mes professeurs durant ce parcours.
- Mr et Mme Adote merci pour votre soutien moral et le temps accordé.
- Ma maman Géraldine pour ses conseils.
- Les patients et le personnel soignant , merci pour votre collaboration
- Mon époux Steve Foko pour le soutien moral et la la richesse de ses conseils journaliers.
- Mes lecteurs : Céline, Steve, Innocentia
- Ma famille et mes amis pour leur grand soutien.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE

1.1. Présentation du problème	9
1.2. Justification du choix du sujet : motivation	10
1.3. Finalité de l'étude	10
1.4. Type et organisation du mémoire :	10

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : Description de la situation	11
1. Épidémiologie de l'arthrose	11
2. Différents types d'arthrose	11
3. Gonarthrose et son évolution :	12
3.1 Facteurs favorisant la gonarthrose	12
3.1.1 Age	14
3.1.2. Sexe	14
3.1.3. Activité professionnelle	14
3.1.4. Hérité	14
CHAPITRE 2 : Cadre institutionnel	15
1. Description des institutions : Valida et Saint Luc	15
CHAPITRE 3 : Revue de littérature	17
1. Justification de la méthodologie de la littérature	17
2. Clarification des termes et concepts	17
3. Revue de la littérature	18
3.1. Conséquences de la gonarthrose	18
3.1.1 La santé de l'individu : la douleur	18
3.1.1.1 Les mécanismes d'entretien de la douleur	19
3.1.1.2 Sur le plan physique	20
3.1.1.3 Sur le plan économique	21

3.1.1.4 Sur le plan psycho-social	21
3.2. La qualité de vie du patient souffrant d'une gonarthrose	21
3.3. Prise en charge de la gonarthrose	23
3.3.1 Préventive	23
3.3.2 Curative	24
3.3.2.1 Non médicamenteuse	24
3.3.2.2 Médicamenteuse	24
3.3.2.3 Chirurgicale	24
 CHAPITRE 4 : Cadre conceptuel	 25
1. Besoins en éducation thérapeutique du patient souffrant d'une gonarthrose ...	25
2. Cadre problématique	26
 <u>PARTIE PRATIQUE</u>	
 CHAPITRE 1 : Méthodologie	 27
1. Type d'étude et choix de la méthode qualitative	27
2. Cadre d'étude	
3. Méthodologie de récolte de données	27
3.1 Description de la population d'enquête :	27
3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	27
3.3 Caractéristiques de l'échantillon.....	28
3.4 Méthode utilisée : Entretien semi directif	28
4. Validation du guide d'entretien :	29
5. Méthodes d'analyse des résultats	29
5.1 Retranscription des interviews.....	29
5.2 Démarche inductive	29
6. Considération éthique	29
 CHAPITRE 2 : Présentation et analyse des résultats	 30
1. Analyse des interviews : Patients.....	30
1.1 Plan d'analyse des interviews semi-dirigés : patients atteints de gonarthrose	31
1.1.1 Facteurs favorisant la gonarthrose.....	32

1.1.2	Compréhension de la maladie par les patients.....	32
1.1.3	Qualité de vie avec la maladie.....	32
1.1.4	Astuces mises en place pour s'adapter au nouvel état.....	33
1.1.5	Attentes des patients vis-à-vis du personnel soignant.....	33
1.2	Plan d'analyse des interviews semi-dirigés : professionnels de la santé...	34
2.	Analyse des interviews : Personnel soignant.....	34
2.1	Evaluation des apports du personnel soignant aux patients.....	34
2.2	Besoins des patients atteints de gonarthrose.....	35
2.3	Perspectives pour améliorer la prise en charge.....	36
CHAPITRE 3 : Discussion des résultats		37
<u>LIMITES DE L'ETUDE</u>.....		39
<u>PERSPECTIVES D'AVENIR</u>.....		39
<u>CONCLUSION</u>.....		41
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>		
<u>RESUME</u>		
<u>ANNEXES</u>		

INTRODUCTION :

1.1. Présentation du problème

L'OMS cité par Touba & Thomas (2005) définit "l'arthrose comme étant la résultante des phénomènes mécaniques et biologiques qui déstabilisent l'équilibre entre la synthèse et la dégradation du cartilage et de l'os sous chondral". Selon Theiler R. (2002), l'arthrose est une pathologie très répandue dont la prévalence est élevée dans le monde entier et ce dans tous les groupes ethniques. Sa varie en fonction de l'âge. Elle est d'environ 9% à 20 ans, de 17% à 34 ans et peut atteindre 90% chez les plus de 65 ans. La symptomatologie clinique de l'arthrose peut être très variable au cours de son évolution, les données de la National Health and Nutrition Examination Survey américaine permettent de dire qu'il y a une incidence de symptômes cliniques de 3% entre 45-54 ans et de 15% entre 65-74 ans. Selon la Clinique de l'arthrose (2017), l'arthrose est une maladie dégénérative du cartilage articulaire.

En ce qui concerne la pathogenèse, plusieurs facteurs interviennent à savoir, l'âge (la première manifestation de l'arthrose est souvent entre 50 et 60 ans), le sexe (les femmes sont plus touchées après 55 ans), l'influence génétique, les contraintes professionnelles, les sports de contact, l'obésité, une malposition biomécanique des articulations et maladies rhumatismales inflammatoires. L'arthrose périphérique est répartie comme ceci : genou > hanche > main > épaule > pied.

Selon l'OMS (2003) l'arthrose est l'une des 10 maladies les plus invalidantes dans les pays développés et au niveau mondial, on estime que 9,6 % des hommes et 18 % des femmes âgés de plus de 60 ans en souffrent. Celle-ci limite les mouvements des sujets atteints dans 80 % des cas et 25 % se retrouvent dans l'impossibilité d'exécuter les tâches de la vie quotidienne.

J.Kennard (2016), inspiré par ArthritisFoundation dit que l'arthrose est généralement diagnostiquée avec un examen physique, un rayon X ou par arthroscopie. « *Le principal objectif du traitement est la prévention des dommages supplémentaires, la réduction des douleurs articulaires et l'inflammation et le maintien de la fonction articulaire* ». Les différents traitements possibles sont : la perte de poids, l'activité physique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, traitement par la chaleur et le froid, les injections de stéroïdes et la chirurgie.

En Belgique, cette maladie touche 1 million de personnes. Heureusement, la recherche biomédicale progresse et de nombreuses avancées significatives ont été réalisées ces dernières années dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques de l'arthrose (Osteoarthritis Research Society International, 2010).

La gonarthrose résulte de l'usure et de la destruction du cartilage articulaire du genou, ses facteurs de risque sont : le surpoids ou l'obésité, les antécédents de rupture du ligament croisé antérieur, les antécédents de résection des ménisques, la désaxation des membres en genuvarum ou valgum et la génétique fait également partie de ceux-ci (ERWAN S, 2014). Il s'agit d'un problème de santé publique fréquent avec une incidence qui augmente à cause de la population vieillissante.

Dans le but d'atteindre nos objectifs qui sont :

- Mettre en lumière les répercussions de la gonarthrose dans la vie quotidienne des patients qui en souffrent,
- Investir les conséquences physiques, économiques et psychosociales de la gonarthrose, nous avons pour condition de répondre à la question suivante :

Comment l'arthrose du genou affecte-t-elle la vie quotidienne des personnes qui en souffrent ?

1.2. Justification du choix du sujet : motivation

Nous avons fait le constat de l'ampleur de ce problème de santé publique qui touche un nombre considérable de personnes et qui a des répercussions sur leur qualité de vie. En effectuant une revue de la littérature, ce constat s'avère vrai. La population est vieillissante et les personnes les plus atteintes ont plus de 65ans.

1.3. Finalité de l'étude

Contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de gonarthrose par une prise en charge adaptée et par une éducation thérapeutique de ceux-ci.

1.4. Type et organisation du mémoire :

Ceci est un mémoire de type mémoire projet. En ce qui concerne l'organisation, ce travail comportera une partie théorie qui comprend quatre chapitres : la description de la situation, le cadre institutionnel, le cadre théorique et revue de la littérature et nous aborderons également

un dernier chapitre sur le cadre conceptuel. Il aura également une partie pratique dans laquelle on retrouvera la méthodologie, la présentation et l'analyse des résultats et la discussion des résultats. Nous terminerons par la conclusion et des perspectives d'avenir.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : Description de la situation

1 Épidémiologie de l'arthrose

L'arthrose selon l'OMS et l'American Academy of Orthopaedic Surgeon (1994), est une atteinte articulaire chronique, elle est la résultante des phénomènes mécaniques et biologiques qui déstabilisent l'équilibre entre la synthèse et la dégradation du cartilage et de l'os sous-chondral ce qui pourrait être engendré par divers facteurs : génétiques, métaboliques et traumatiques.

Environ 80% de la charge de morbidité totale de l'arthrose est représenté par l'arthrose du genou. Par exemple aux USA 19% de la population adulte de 45 et plus est confronté à l'arthrose du genou.

Depuis le milieu du 20^{ième} siècle la prévalence de l'arthrose du genou a doublé. Ce pendant on estime que l'indice de masse corporelle associé à l'augmentation de l'expérience de vie sont largement responsables de cette affection.

Le Dr Ian Wallace (Université Havard, Cambridge, Etats-Unis) précise : « nous avons constaté que la prévalence de l'arthrose du genou était de 16% durant la période post-industrielle et de seulement 6 à 8 au début de l'ère industrielle et durant la préhistoire...L'âge et le poids ont certainement une grande influence dans la sollicitation de l'articulation du genou, mais le manque d'activité physique joue également un rôle important. Du point de vue de l'évolution, l'arthrose du genou peut être considérée comme une maladie qui se produit plus souvent et sous une forme plus sévère parce que le corps ne s'est pas adapté parfaitement aux facteurs environnementaux modernes » (Wallace I. et al, 2018)

2 Différents types d'arthrose

Il existe plusieurs types d'arthrose : l'arthrose cervicale, lombaire, du genou, du pouce, de la cheville et des épaules. Pour ce travail nous nous limiterons à l'arthrose du genou.

3 Gonarthrose et son évolution :

La gonarthrose correspond à l'usure du cartilage situé à l'extrémité inférieure du fémur, à l'extrémité supérieure du tibia et à la face postérieure de la patella (rotule) qui ensemble font les mouvements articulaires par le glissement des surfaces cartilagineuses (Institut du genou de Paris 2016).

En ce qui concerne l'arthrose du genou, elle n'évolue pas de façon linéaire mais par des poussées douloureuses la plupart du temps, associées à un épanchement articulaire. Entre ces poussées, l'articulation peut connaître de longues périodes de stabilité, jusqu'au stade d'ulcération cartilagineuse. Lorsque l'articulation n'est pas traitée et/ou mise au repos, ces lésions persistent et s'aggravent. Au stade d'ulcération cartilagineuse, le cartilage a disparu et une partie de l'os est nu et les douleurs peuvent s'intensifier. (Laboratoires Expanscience, 2018)

3.1 Facteurs favorisant la gonarthrose

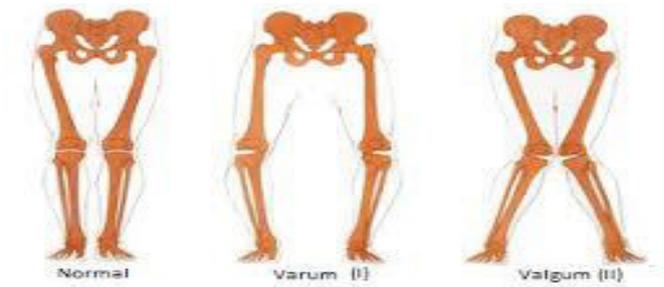
Les facteurs favorisant peuvent être héréditaires ou acquis. L'arthrose a une origine multifactorielle, son incidence est associée à plusieurs facteurs qui ont été classés en deux types :

- Facteurs individuels qui comprennent l'âge (>65ans), le sexe (féminin : gonarthrose et arthrose digitale), l'obésité, la génétique, la race/l'ethnicité et l'alimentation. L'obésité est un facteur de risque modifiable bien établi de l'arthrose du genou.
- Facteurs conjugués qui se rapportent à des facteurs qui sont uniques à une articulation particulière tels que: lésion, activité, type d'occupation et force musculaire (Plotnikoff et al. BMC Public Health, 2015)

En plus de cela, nous avons la surcharge pondérale, les anomalies architecturales (dysplasies, subluxations), les antécédents traumatiques articulaires et le surmenage articulaire (professionnel, loisirs)

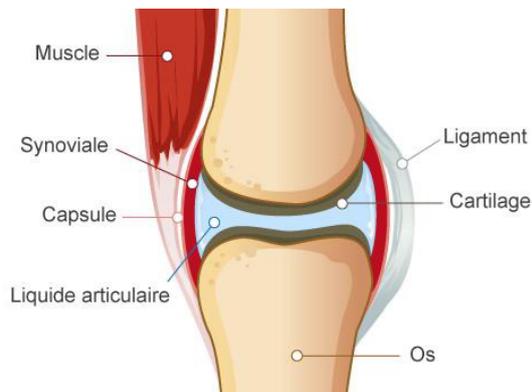
Pour ce qui est de la gonarthrose, Doherty (2001) dit que d'une part, les facteurs intervenant dans le développement de l'arthrose sont l'âge, le sexe, la profession, le poids et les activités récréatives, l'hérédité et d'autre part ceux qui jouent un rôle dans sa progression sont le poids et les facteurs diététiques.

Parmi ses facteurs de risque, on retrouve également la désaxation des membres en genuvarum ou valgum (ERWANS, 2014).



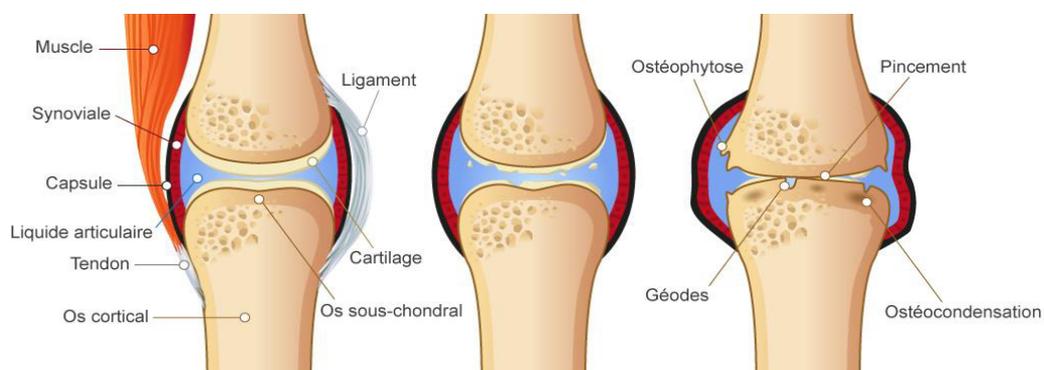
<http://www.institut-genou.com/causes-arthrose-genou.htm>

Articulation normale et cartilage



<http://public.larhumatologie.fr/grandes-maladies/arthrose/quest-ce-que-larthrose>

Représentation de l'évolution dans le temps d'une articulation arthrosique



<http://public.larhumatologie.fr/grandes-maladies/arthrose/quest-ce-que-larthrose>

Avec le temps, on observe un gonflement du cartilage, provoqué par la rupture du filet de collagène. Ce cartilage va se fragiliser et se fragmenter dans la cavité articulaire. Réaction inflammatoire de la membrane synoviale.

Chez les patients ayant une désaxation des membres, l'ostéotomie de Valgus améliore la fonction du genou et réduit la douleur (HILIGSMANN et al 2014).

Yoshimura et al. (cités par N.K. Arden et K.M Leyland, 2013) en explorant la relation entre le syndrome métabolique et l'arthrose du genou dans une cohorte de population à grande échelle au Japon ont constaté une augmentation avec le nombre de facteurs de syndrome métabolique présents le risque d'arthrose du genou incident. Les associations les plus fortes ont été observées avec l'obésité et l'hypertension.

3.1.1 Age

Les personnes ayant plus de 65 ans, l'incidence de l'arthrose est fortement corrélée à l'âge.

3.1.2. Sexe

L'arthrose du genou est plus fréquente chez les femmes ménopausées que les hommes et cela est causé par la baisse des hormones estrogéniques qui accélérerait la dégradation du cartilage.

3.1.3. Activité professionnel

Dans l'exercice de certains métiers, les patients sont amenés à répéter fréquemment certains gestes ou certaines actions ce qui peut créer des lésions microscopiques fragilisant les articulations. Il arrive que les carreleurs et autres professionnels travaillant fréquemment à genoux développent une gonarthrose..

3.1.4. Héritéité

Plusieurs études épidémiologiques ont mis en lumière l'existence d'un caractère héréditaire pour l'arthrose digitale et la gonarthrose. Par exemple, une femme a plus de risque de souffrir d'arthrose digitale si sa mère ou une de ses tantes (paternel ou maternel) en ont développé une.

CHAPITRE 2 : Cadre institutionnel

1 Description des institutions : Valida et Saint Luc

Le Centre Hospitalier Valida situé à Bruxelles tire son nom du terme revalidation, la remise sur pieds, la réadaptation. Il est le plus grand centre de réadaptation neuro-locomoteur et gériatrique de Bruxelles couplé à une polyclinique, il a actuellement 175 lits et plus de 350 collaborateurs. Cette institution offre des soins spécialisés et de qualité aux patients en tenant compte de leurs besoins personnels ainsi que ceux de leur famille.

Ses missions s'étendent sur plusieurs domaines : la réadaptation des patients (assurer la continuité de la prise en charge dans une approche sécurisée, de qualité et à taille humaine) ; Soigner la population et les patients hospitalisés (offrir un large éventail de consultations spécialisées et de traitements ambulatoires au sein de la polyclinique, accroître le confort et la sécurité des patients hospitalisés) ; Apprendre (accueillir les étudiants avec pédagogie, leur assurer un cadre stimulant et propice à l'apprentissage dans le but de les préparer au mieux à leur vie professionnelle future et l'occasion pour l'institution de se remettre en question et rester à la pointe des bonnes pratiques). (Valisana: missions, 2018)

Les valeurs du Centre sont la responsabilité qui est la nécessité morale de répondre de ses propres actes ou de ceux des autres ; le respect qui est une valeur institutionnelle qui concerne la relation thérapeutique avec les patients mais aussi les relations interprofessionnelles ; l'ouverture de l'esprit, des cultures, des innovations et des apprentissages ; l'équité qui dit que chaque patient, sans aucune distinction, doit être traité en fonction de ses besoins de manière juste et impartiale et idem pour les membres des équipes ; l'authenticité. (Valisana : valeurs, 2018)

Le Centre Hospitalier Valida accueille des personnes en processus de réadaptation du fait d'un accident ou d'une maladie. Ces derniers font l'objet d'un suivi médicalisé permanent, avec comme objectif leur retour vers la plus grande autonomie possible.

Il dispose de plusieurs outils : le plateau technique comprenant plusieurs salles de kinésithérapie, d'ergothérapie, un appartement thérapeutique ; l'hydrothérapie ; appartement thérapeutique ; un parcours de marché ; une salle d'essai matériel et une école du dos. (Valisana : outils, 2018)

Les Cliniques Universitaires Saint Luc accueillent leurs premiers patients le 23 Août 1976 et depuis lors, son activité n'a cessé de croître. Durant la même année, la Fondation Saint-Luc a été créée pour permettre à des professionnels de Saint-Luc de partir sur les chemins du monde pour se spécialiser dans les institutions les plus réputées et de mettre, ensuite, leur savoir à disposition des patients de Saint-Luc. Sa renommée en tant qu'établissement de soins de haut niveau, lieu d'enseignement et de recherche, dépasse depuis longtemps largement nos frontières. Ils poursuivent plusieurs missions telle que

- Fournir des soins au patient
- Assurer l'enseignement
- Soutenir la recherche
- Offrir des services d'expertise ou de conseil à la société

Ayant pour priorité d'offrir un service de qualité qui permettra d'assurer toutes les autres missions.

Saint Luc possède plusieurs services et départements :

Son service de rhumatologie fait des consultations de rhumatologie générale où ils examinent et soignent des patients rhumatisants « tout venant » et à côté de cela, son activité s'est focalisée sur certaines pathologies plus spécifique. C'est ainsi que les structures suivantes ont été développées : clinique du lupus, centre multidisciplinaire de prise en charge de la sclérodermie, clinique de l'arthrite rhumatoïde, clinique de l'arthrite débutante, clinique des rhumatismes de l'enfant et clinique de l'ostéoporose. Ces consultations sont organisées de manière multidisciplinaire, plus de 15000 par an. Le service de rhumatologie a ouvert une consultation de rhumatologie à Valida, dans le but d'offrir une prise en charge rhumatologique complémentaire aux patients de la zone nord de Bruxelles.

Ces deux institutions sont partenaires.

CHAPITRE 3 : Revue de littérature

1 Justification de la méthodologie de la littérature

Pour effectuer notre revue de littérature en lien avec notre sujet de recherche : la gonarthrose, la qualité de vie, l'éducation thérapeutique, nous avons utilisé plusieurs ressources à savoir, Google Scholar, Medline, Pubmed, la bibliothèque de l'UCL et également des cours magistraux dispensés à la Faculté de Santé Publique.

2 Clarification des termes et concepts

Gonarthrose : La gonarthrose correspond à l'usure du cartilage situé à l'extrémité inférieure du fémur, à l'extrémité supérieure du tibia et à la face postérieure de la patella (rotule) qui ensemble font les mouvements articulaires par le glissement des surfaces cartilagineuses (Institut du genou de Paris 2016).

Douleur : La douleur est définie par l'Association Internationale d'Etude de la douleur (International Association for the study of pain- IASP) comme étant « *une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes* » (SFETD : société française d'étude et de traitement de la douleur, 2016)

Qualité de vie : L'OMS en a donné une définition assez consensuelle en 1994 : La qualité de vie est définie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ses croyances et sa relation avec les spécificités de son environnement* ». (BACRO F. et FLORIN A. 2014)

3 Revue de la littérature

Diagnostic

Celui-ci se fait au moyen de différentes méthodes : par un bilan radiographique qui comporte *un cliché comparatif des deux genoux debout de face en appuis bipodal en extension complète et à 30° de flexion (incidence dite « en schuss »), un cliché de profil couché en légère flexion et une vue axiale des rotules, genoux fléchis à 45°*. En se référant aux critères de l'American

College of Rheumatologie, la présence d'ostéophytes est indispensable pour porter le diagnostic de gonarthrose. D'autres méthodes diagnostic sont l'examen biologique qui est fait lorsque l'arthrose n'est pas évidente de manière radiologique ou lorsqu'il y a un épanchement articulaire ; l'échographie et pour poser un diagnostic différentiel : TDM (Tomodensitométrie) et IRM (Imagerie par résonance magnétique).

3.1. Conséquences de la gonarthrose

L'arthrose du genou a de multiples conséquences sur la vie des personnes qui en sont atteinte notamment la douleur qui est la principale indication de l'arthroplastie du genou mais il y a également la perte de fonction et l'incapacité. Ces conséquences sont accompagnées d'une baisse de la morale et de la spontanéité dans la prise d'initiative par rapport aux activités et cela crée une distance entre les patients et leurs proches et celles-ci baissent également leur performance au travail.

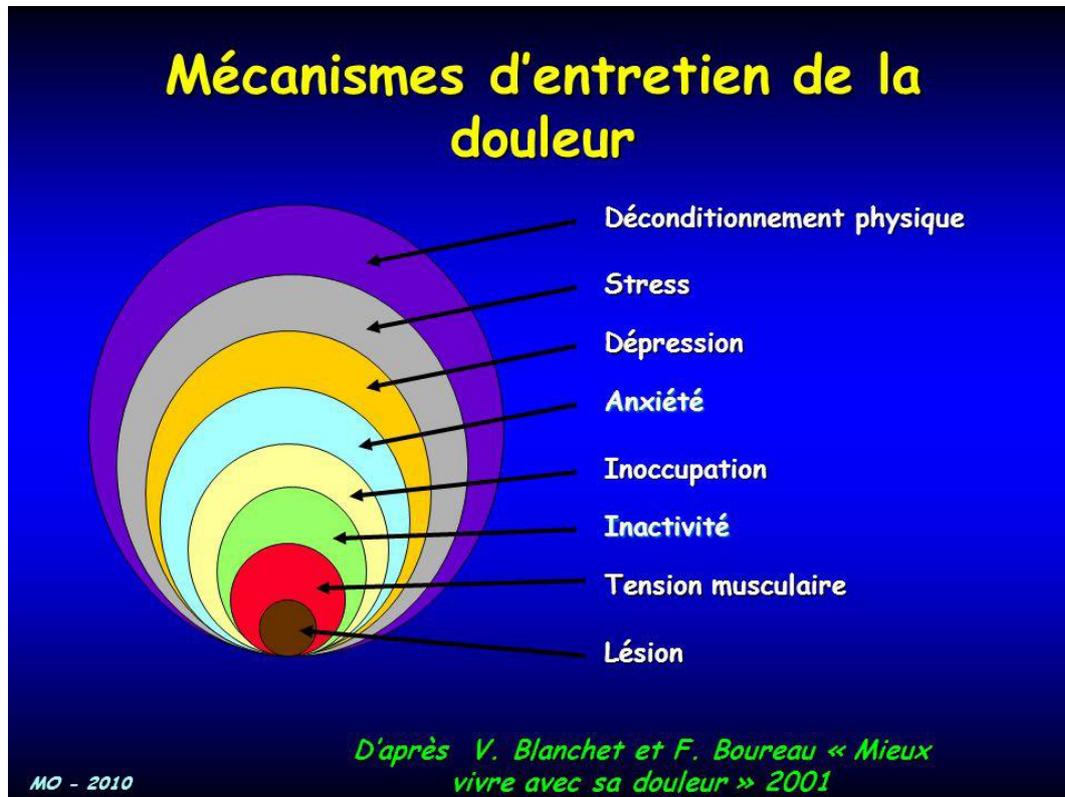
3.1.1 La santé de l'individu : la douleur

Selon Van Der Heyden dans l'enquête de santé 2013 (2014), la douleur physique entraîne des limitations physiques mais elle a également des conséquences négatives sur la santé mentale car elle une dimension importante du bien-être général. Celle-ci a un grand impact négatif sur la qualité de vie au niveau physique, mental et social mais elle a aussi un impact économique important et cela fait d'elle un problème de santé publique dont la reconnaissance est cruciale.

L'enquête de Santé 2013 montre que les personnes âgées sont souvent plus gênées par une douleur physique que les jeunes : au-delà de 75 ans, le score moyen de douleur est de 34 tandis que le score moyen de douleur chez les 15-24 est de 12. Plus on avance en âge plus ce score de douleur augmente.

Les troubles du sommeil peuvent découler d'une douleur chronique, mais aussi faire en sorte que la douleur persiste. C'est pourquoi il est important d'adopter une approche multidisciplinaire pour améliorer la qualité de vie des personnes sujettes à des douleurs physiques. Cette douleur ostéoarthritique est connue pour provoquer une détresse grave dans la vie des patients, elle les rend irritable et même parfois en colère ce qui pourrait créer une distance entre ces derniers et leur proches. Cela crée souvent un mal être et fait apparaître le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.(J NYVANG et al 2016)

3.1.1.1 Les mécanismes d'entretien de la douleur



https://www.google.be/search?q=m%C3%A9canisme+d%27entretien+de+la+douleur+Blanchet&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=RWE4g2CIT1JTFM%253A%252C3GVQylvQED7GQM%252C_&usg=__KwNLUeb6tnp8UX3ND9fUHq9qSuM%3D&sa=X&ved=0ahUKEwi_s5z1qPraAhXHUIAKHVMJCHUQ9QEIODAB#imgrc=RImpLKIMmEfw7M:

La douleur chronique entraîne des répercussions physiques et psychologiques : insomnie, anxiété... et ce peu importe son origine. Ces réactions agissent comme des cercles vicieux qui perpétuent et augmentent la douleur. (V. BLANCHET, F. BOUREAU et F. LAROCHE, 2008)

Les principaux facteurs d'entretien de la douleur sont les suivants :

➤ *Les mécanismes réflexes*

Lorsque la douleur est présente, elle entraîne par une réaction naturelle la contraction du muscle. Il s'agit d'une contracture ou d'une tension musculaire.

➤ *L'anxiété*

L'American Psychological Association (2017) par une adaptation de l'« encyclopedia of psychology » définit l'anxiété comme étant une émotion caractérisée par des sentiments de tension, des pensées inquiètes et des changements physiques comme l'augmentation de la

pression artérielle. Les personnes atteintes de troubles anxieux, peuvent éviter certaines situations par souci.

La persistance d'une douleur faire croire au malade que son cas est très sérieux et l'appréhension, la peur et la crainte de l'inconnu entretiennent la douleur. (V. BLANCHET, F. BOUREAU et F. LAROCHE, 2008)

➤ *La démoralisation, dépression*

Les signes de dépression tels que : peu d'énergie, perte d'intérêt pour la vie, la tristesse, perte de l'estime de soi accompagnent souvent les douleurs. Cette dépression est parfois méconnue ou niée par les malades.

➤ *L'insomnie*

Ce qui peut également contribuer au maintien de la douleur c'est un sommeil insuffisant ou de mauvaise qualité.

➤ *Le stress*

Se trouver dans des situations de stress peut accentuer la douleur. Les émotions liées au stress sont la colère, l'anxiété, le découragement,... et les manifestations physiques sont tensions, contractions musculaires,... qui peuvent aussi accentuer la douleur ce qui met en place un cercle vicieux qui se traduit comme suite « *la douleur fragilise l'individu soumis au stress et le stress accentue la douleur* »

3.1.1.2 Sur le plan physique

Toujours selon les mêmes auteurs (Nyvang et al 2016), plusieurs études quantitatives ont été réalisées sur la survie des prothèses, sur les complications physiques et autres mais les perspectives des patients n'ont pas suffisamment été étudiées. Les patients peuvent sentir un manque de fonction et de douleur persistante sans avoir une défaillance prothétique. La recherche qualitative est importante, il y a un écart entre les réponses obtenues à partir des questionnaires et celles données dans les entrevues, cette recherche permet d'en apprendre davantage sur les expériences des patients vivant avec l'arthrose et aussi leurs attentes pour une arthroplastie du genou. Sur leur lieu de travail, ils avaient du mal à se pencher ou se mettre sur leurs genoux ce qui leur donnait un rythme de travail plus lent.

3.1.1.3 Sur le plan économique

Selon HILIGSMANN M. et al (ESCEO 2014), autant en termes de coûts directs que de coûts indirects, l'arthrose est associée à des coûts élevés. On entend par coûts directs les traitements à long terme de la douleur, la chirurgie ainsi que la réadaptation et par coûts indirects, la perte de productivité. Pour pouvoir gérer efficacement la maladie et pour développer de nouveaux traitements, il faut faire une comparaison économique objective des stratégies thérapeutiques qui existent. En vue de cette comparaison, la Société Européenne pour les aspects Cliniques et Economiques de l'Ostéoporose et de l'arthrose (ESCEO) a publié un article qui montre la nécessité de définir un cas de référence et un consensus sur ce qui constitue « *En termes de meilleures pratiques cliniques* » qui pourraient servir de comparateur pour des interventions plus expérimentales.

Plusieurs personnes ayant l'arthrose du genou travaillaient à temps plein et d'autres travaillaient de plus courtes journées.

La qualité de leur sommeil a été affectée, les rendant fatigués pendant la journée et moins productif (J Nyvang et al 2016)

3.1.1.4 Sur le plan psycho-social

L'aspect psycho-social de cette problématique tient également une place très importante étant donné les répercussions que cela engendre sur les relations que les personnes atteintes par l'arthrose du genou ont avec leur entourage. Le fait de ne pas comprendre ou accepter ce qui leur arrive peut sembler-t-il rendre agressif et distant vis-à-vis des autres. La douleur dans certains cas rend parfois les personnes irritables et aussi par le fait qu'elle limite ceux-ci dans leur envie de se rendre disponible pour l'une ou l'autre activité de peur d'avoir mal

3.2. La qualité de vie du patient souffrant de gonarthrose

Définition de la qualité de vie : L'OMS en a donné une définition assez consensuelle en 1994 : La qualité de vie est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état

psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ses croyances et sa relation avec les spécificités de son environnement". (BACRO F. et FLORIN A. 2014)

Il existe des questionnaires pour mesurer la qualité de vie tels que WHOQOL, SEIQoL et plusieurs autres mais dans notre étude, on n'en fera pas usage, nous allons élaborer un guide d'entretien correspondant à ce que nous cherchons à obtenir comme résultats.

Les répercussions de l'arthrose peuvent être importantes sur la qualité de vie. La qualité de vie ne peut pas être réduite à celle de la santé : certains individus dont l'état de santé est jugé médiocre peuvent conserver une qualité de vie correcte et inversement. La mesure de la qualité de vie est subjective.

Autonomie et mobilité réduite

Plusieurs personnes avant de souffrir de l'arthrose du genou étaient physiquement très actives mais au fur et à mesure que les symptômes se manifestent, ils ont du abandonner leurs activités et le fait de ne plus pouvoir marcher comme ils le faisaient avant étaient vécu comme le pire de tout. Après les activités physiques, la douleur et les gonflements pouvaient durer plusieurs jours ce qui limitait encore plus le mouvement des personnes.

Il existe également un impact au niveau de la réalisation des tâches ménagères et de la gestion de l'hygiène quotidienne qui sont rendu difficile à cause de la grande charge impliquée sur le genou. (J Nyvang et al 2016).

La qualité de leur sommeil a été affectée, les rendant fatigués pendant la journée. Les douleurs peuvent perturber leur sommeil lors des poussées inflammatoires.

Impact social

Il y a une limitation des mouvements de la personne atteinte de gonarthrose dans 80% des cas, les douleurs sont chroniques et parfois très fortes. Une personne gonarthrosique sur quatre ne parvient plus à effectuer ses tâches de la vie quotidienne et au fil du temps on observe un isolement social des patients.

Dans les dernières recommandations de l'OARSI (Osteoarthritis Research Society International), consacrées à la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche (8), il est précisé que tout patient doit bénéficier d'un accès à l'information et d'une éducation concernant les objectifs du traitement et l'importance des modifications du mode de vie, de

l'adaptation des activités, de la perte de poids et d'autres mesures pour décharger la ou les articulations endommagées

3.3. Prise en charge de la gonarthrose

Chaque patient doit bénéficier d'un accès à l'information et d'une éducation concernant les objectifs du traitement et l'importance des modifications du mode de vie, de l'adaptation des activités, de la perte de poids et d'autres mesures pour soulager les articulations endommagées, cela apparaît dans les dernières recommandations de l'OARSI (Osteoarthritis Research Society International). (RAHAL F. et al, 2012)

Les professionnels de la santé ont des rôles clés à jouer autant dans la prévention de la gonarthrose que dans sa prise en charge lorsqu'elle est présente.

Le patient va participer au dépistage, il va être accompagné et écouté puis on l'orientera vers un médecin qui va poser le diagnostic d'arthrose puis le patient recevra idéalement une association de prise en charge non pharmacologique (en priorité) et pharmacologique (durant les phases symptomatiques).

Il existe plusieurs solutions pour traiter la gonarthrose, un traitement médical et chirurgical. Son traitement chirurgical peut être conservateur (ostéotomies qui ont pour but de corriger un défaut d'axe et la chirurgie arthroscopique) ou prothétique (prothèse unicompartimentale ou tricompartmentale dite totale). Le traitement doit être appliqué de manière globale en combinant autant que possible un traitement médical avec un traitement « de fond ».

3.3.1 Préventive

- une perte de poids en cas de surcharge pondérale ou d'obésité qui sera couplée à l'activité physique
- Un traitement hormonal est indiqué chez les femmes ménopausées chez qui l'arthrose du genou est plus fréquente par rapport aux hommes et cela est causé par la baisse des hormones estrogéniques qui accélérerait la dégradation du cartilage.
- Faire attention aux activités sportives pratiquées de manière intensive et prolongée
- Traiter rapidement un traumatisme articulaire (ex « traumatisme du tableau de bord ») qui serait responsable d'une lésion du cartilage qui est susceptible de favoriser l'apparition ultérieure d'une arthrose.

3.3.2 Curative :

3.3.2.1 Non médicamenteuse

D'une part nous avons un traitement non chirurgical qui comprend :

- l'éducation et la rééducation : repos ; perte de poids par des mesures hygiéno-diététiques qui permettrait une diminution de la douleur et une amélioration de la fonction articulaire ; massage, éviter le port de charges, les marches en terrain irrégulier et les stations debout prolongées.

La rééducation est quelque chose de fondamentale, elle permet de maintenir la trophicité musculaire par la gymnastique isotonique et isométrique qui diminue la douleur, lutte contre les attitudes analgésiques vicieuses (flessum du genou), améliore la tolérance fonctionnelle et maintient le jeu articulaire. (RAHAL F. et al, 2012)

3.3.2.2 Médicamenteuse

Les antalgiques du palier 1 ce sont les paracétamols qui peuvent être pris jusqu'à 4g/j et lors de périodes plus douloureuses (poussées congestives) ou lors d'un épanchement inflammatoire ou en cas de résistance au traitement antalgique, les AINS sont prescrits sur une courte période. Les antalgiques du palier 2 interviennent lorsqu'il y a une résistance aux antalgiques usuel et aux AINS, il s'agit du tramadol ou aux associationx paracétamol-codéine ou paracétamol-tramadol.

Les médicaments Antiarthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL).

Lorsqu'il y a un épanchement, il faut l'évacuer et l'analyser. Maximum 2-3 fois par an une injection de corticoïdes peut être pratiquée après évacuation de l'épanchement.

Ce qui est également important dans la prise en charge de la gonarthrose ce sont les traitements locaux à savoir les infiltrations de corticoïdes. Il existe également des injections d'acide hyaluronique qui sont utilisés en cas de gonarthrose résistante au traitement médical. (RAHAL F. et al, 2012)

3.3.2.3 Chirurgicale

D'autre part il y a un traitement chirurgical qui comprend des techniques conservatrices appelées ostéotomies qui sont réservées aux arthroses fémorotibiales internes (FTI) ou

externes (FTE) et l'arthroplastie qui est proposée après 70 ans ou lorsque l'ostéotomie est contre indiquée.

4.2% de la population Américaine de plus de 50 ans vivent avec un genou artificiel et plus de la moitié des personnes ayant une arthrose diagnostiquée subira une arthroplastie du genou.

Les arthroplasties du genou sont un traitement de plus en plus fréquent pour l'arthrose et l'indication principale est la douleur (Josefina et al 2016).

Toujours selon les mêmes auteurs, plusieurs études quantitatives ont été réalisées sur la survie des prothèses, sur les complications physiques et autres mais les perspectives des patients n'ont pas suffisamment été étudiées. Les patients peuvent sentir un manque de fonction et de douleur persistante sans avoir une défaillance prothétique. La recherche qualitative est importante, il y a un écart entre les réponses obtenues à partir des questionnaires et celles données dans les entrevues, cette recherche permet d'en apprendre davantage sur les expériences des patients vivant avec l'arthrose et aussi leurs attentes pour une arthroplastie du genou.

En ce qui concerne la gestion de la douleur, certaines personnes ne pouvaient pas fonctionner sans analgésiques tandis que d'autres ne les utilisaient qu'en dernier recours.

Chez les patients ayant une désaxation des membres, l'ostéotomie de Valgus améliore la fonction du genou et réduit la douleur (HILIGSMANN et al 2014).

CHAPITRE 4 : Cadre conceptuel

1 Education thérapeutique du patient souffrant d'une gonarthrose

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une démarche qui diffère de l'information mais l'information en fait partie, elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements et en améliorant sa qualité de vie, cela a été inscrite dans le parcours de soins du patient par le code de santé publique. L'ETP devrait être connu par les rhumatologues ainsi que ses principes, sa mise en œuvre et les bénéfices attendus dans le domaine des maladies ostéoarticulaires. Une personne ayant une maladie chronique voit modification complète de son mode de vie et doit s'adapter y compris avec les conséquences

de sa maladie et l'ETP a pour but d'aider cette personne et sa famille à comprendre la maladie et le traitement, de coopérer avec le personnel soignant, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer sa qualité de vie. Il s'agit d'une démarche pluridisciplinaire. Le rhumatologue a un rôle dans le processus éducatif, il peut réaliser lui-même l'ETP s'il est formé, seul ou en équipe, il a également un rôle important pour aborder avec le patient le vécu de sa maladie et de sa gestion. (C. Beauvais, J.S. Giraudet-Le Quintrec, 2010).

Autant à la phase médicale que chirurgicale, l'ETP fait partie de la prise en charge. Il faut une modification du mode de vie à la phase médicale surtout pour ce qui est de la pratique d'une activité physique ou de la réduction pondérale. À la phase chirurgicale, elle a pour objectif de préparer la récupération et d'améliorer l'autonomie après l'intervention dans le but de faciliter le retour à domicile. Cette éducation doit tenir compte du contexte économique et médical
« Le processus éducation dans la prise en charge de l'arthrose de genou débute lors de la prise en charge médicale initiale dès l'annonce du diagnostic et doit se poursuivre jusqu'à la prise en charge chirurgicale, en particulier au cours de la période préopératoire propice pour engager une démarche éducative ». (COUDEYRE E. et ESCHALIER B., 2013)

2 Problématique

Problématique :

- Altération de la qualité de vie des personnes qui ont l'arthrose du genou
- Les personnes souffrant d'arthrose de gonarthrose manifestent des signes de changement dans leurs habitudes quotidiennes qui affectent leur qualité de vie.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE 1 : Méthodologie

1. Type d'étude et choix de la méthode qualitative

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire qui vise à clarifier un problème qui a été plus ou moins défini. La méthode utilisée est celle qualitative parce qu'elle de comprendre la profondeur d'un phénomène qui se répète. L'occasion donnée aux personnes atteinte de gonarthrose d'exprimer librement leurs opinions, points de vue et expériences permet de recueillir une importante quantité d'informations liées à leur vécu.

Cette méthode permet de cerner la réalité telle que les personnes inclusent dans l'étude la définissent.

Cette méthode prend en compte également les expressions non verbales telles que les mimiques, gestes, postures, silence, respirations profondes...

2. Cadre d'étude :

Les lieux de notre étude sont : le Centre Hospitalier Valida à Bruxelles (Belgique) et les Cliniques Universitaires Saint Luc (Cf Chp 2 : Cadre institutionnel)

Période d'étude

Du 19/02 au 4/05/2018

3. Méthodologie de récolte de données

3.1 Description de la population d'enquête :

Les populations sollicitées ici pour l'enquête sont un groupe de patients âgés de 60 ans et plus souffrant de gonarthrose et le personnel soignant du Centre Hospitalier Valida et des cliniques universitaires Saint Luc intervenant dans la prise en charge de la gonarthrose

3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Personnes adultes hommes et femmes souffrant de gonarthrose, ayant 60 ans et plus pour ce qui est des patients.
- Etre capable de s'exprimer (absence de troubles psychiques et cognitifs)

- Faire partie du personnel soignant qui s'occupe des personnes atteintes de gonarthrose et travaillant aux Cliniques universitaires Saint Luc ou au Centre Hospitalier Valida.

Les critères d'exclusion :

- Personnes souffrant d'une affection autre que la gonarthrose

3.3 Caractéristiques de l'échantillon (patients atteints de gonarthrose)

Patient	Sexe	Age (années)	Date d'inclusion	Profession (auparavant)	Loisirs/ sport
A	F	75	19/02/2018	Ménagère	Tai Chi/ Gi Gong Etude des langues
B	M	77	19/02/2018	Ostéopathe D.O et kinésithérapie	Football, tennis, natation, golf, judo, ski, parachutisme, plongée
C	F	60	22/03/2018	Femme de chambre à l'Hôtel	Natation, Marche
D	F	69	26/03/2018	Chef cuisinière dans une société, gouvernante dans un hôtel	Marche
E	M	77	17/04/2018	Enseignant	Divers sports et marche
F	F	60	23/04/2018	Femme au foyer	Fitness et marche
G	F	69	23/04/2018	Fonctionnaire	Marche, natation
H	F	60	26/04/2018	Enseignante	Marche, vélo, lecture, cinéma, visites

Echantillon (professionnels de la santé) : ils sont au nombre de cinq. Cet échantillon comprend des médecins et kinésithérapeutes.

3.4 Méthode utilisée : Entretien semi directif

L'avantage d'un entretien semi directif est qu'il permet d'avoir des réponses argumentées.

Les entretiens ont été réalisés dans une salle calme avec l'utilisation d'un enregistreur vocal sur l'accord des interviewés. Une fiche d'identification du patient (Annexe 1), un guide d'entretien destiné aux patients (Annexe 2) et un guide d'entretien pour le personnel soignant (Annexe 3) ont été utilisés lors des entretiens.

4. Validation du guide d'entretien :

Un pré-test est fait auprès de deux patients et un professionnel de la santé afin de tester l'outil construit (guide d'entretien) et s'assurer de la bonne compréhension des questions.

5. Méthodes d'analyse des résultats

5.1 Retranscription des interviews

Les interviews qui sont enregistrés avec l'accord des personnes interrogées pendant la collecte des données sont entièrement retranscrits pour faciliter l'analyse et la répartition en catégories.

5.2 Démarche inductive

La méthode que nous avons choisit pour l'analyse de nos données est la démarche inductive. L'analyse inductive se définit comme étant un ensemble de procédures systématiques qui permettent de traiter des données qualitatives et qui s'appuie sur différentes stratégies utilisant prioritairement une lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories. Les quatre étapes suivantes intègrent la codification et mène à la réduction des données (M. BLAIS et S. MARTINEAU, 2006) :

Etape 1 : préparer les données

Etape 2 : procéder à une lecture attentive et approfondie

Etape 3 : procéder à l'identification et à la description des premières catégories

Etape 4 : poursuivre la révision et le raffinement des catégories

Les unités d'analyse sont créées au fur et à mesure de l'analyse et peuvent être organisées de différentes manières : fusion, subdivision, regroupement et hiérarchisation. Il est important de noter qu'une information peut être retenue comme importante parce qu'elle met en lumière une autre information, même si elle n'est pas citée par un grand nombre de répondants (Aujoulat, 2016).

6. Considération éthique

Une autorisation d'interroger les patients et les professionnels de la santé est reçue du Comité d'éthique de l'hôpital avant le début de notre étude. Un formulaire de consentement (Annexe 4) est annexé à chaque guide d'entretien dans lequel est expliqué le motif de l'enquête et les dispositions prises pour garantir l'anonymat et la confidentialité. Ce formulaire est signé par

chaque répondant. Il y a également une lettre informative donnant des informations aux patients sur l'étude qui est réalisée (Annexe 5).

Choix de l'échantillon :

L'échantillon est composé de 8 patients et de 5 soignants.

Type d'outils utilisés

Les réponses sont rapportées dans un guide d'entretien anonyme et composé de questions ouvertes (principales et de relance). Un dictaphone (enregistreur) est utilisé lors de l'entretien.

CHAPITRE 2 : Présentation et analyse des résultats

1. Analyse des interviews : Patients

Chaque interview a été entièrement retranscrit pour en extraire les idées principales. L'ensemble a été divisé en plusieurs catégories ensuite des extraits des interviews ont été reliés aux catégories permettant de mettre ces éléments dans un contexte plus significatif. Plusieurs de ces éléments ont été abordés dans la revue de la littérature. Le plan suivant ressort de cela et le vécu des patients tourne autour des éléments suivants (1 à 5).

1.1. Plan d'analyse des interviews semi-dirigés : patients atteints de gonarthrose

1) Facteurs favorisant la gonarthrose

- Age
- Lésion
- Manque d'activité

2) Compréhension de la maladie par le patient

- Douleur, notion de périodicité
- Détérioration, endommagé
- Ignorance
- Vieillesse

Répercussions de la gonarthrose

3) Qualité de vie avec la maladie

- Douleur
- Mobilité réduite
- Réduction/ cessation des activités
- Besoin d'aide d'autres personnes

5) Attentes des patients vis-à-vis du personnel soignant

- Plus d'informations sur la pathologie
- Soulager la douleur
- Soigner

4) Astuces mises en place pour s'adapter au nouvel état

- Faire des pauses
- Réduire ses activités
- Demande d'aide
- Adaptation aux situations
- Médication
- Matériel de soutien de l'articulation

1.1.1. Facteurs favorisant la gonarthrose

Selon les dires des patients souffrant de gonarthrose, cela serait dû à l'âge, à une lésion et au manque d'activité.

« un mal de vieillesse »

« Alors, je vais dire qu'il y a plusieurs années je me suis prise les pieds plusieurs fois dans un torchon, je suis tombée sur le genou et je n'ai rien fais, j'aurai du peut être allé faire une petite visite, voir qu'est ce qui s'était passé, or j'ai laissé aller. J'ai eu mal, l'arthrose s'y est mise certainement »

Cependant, certains patients ignorent les facteurs qui favorisent la gonarthrose.

1.1.2. Compréhension de la maladie par les patients

Lorsqu'il a été demandé aux patients ce qu'ils comprennent de leur pathologie ; la notion de périodicité, la douleur, la détérioration, le vieillissement ont été évoqués. Certains ne savaient pas l'expliquer.

« Je crois que c'est une usure du cartilage qui rend l'articulation moins mobile et sur laquelle peut s'ajouter une inflammation »

« Ah je, vieillissement sans doute, des vieillissements des tendons des cartilages, moi je pense enfin je ne s'avais pas... »

« Je ne sais pas, ça arrive périodiquement, de temps en temps ça vient après un certain moment ça fait comme ci ça disparaît, deux mois après ça revient ».

1.1.3. Qualité de vie avec la maladie

En ce qui concerne la qualité de vie depuis le diagnostic de la gonarthrose, les éléments suivants sont évoqués : la douleur, la mobilité réduite, réduction/cessation des activités et le besoin d'aide d'autres personnes (réduction d'autonomie). Nous comprenons par cela que la gonarthrose a eu des répercussions sur la vie de ces patients.

« Beaucoup moins de sport comportant la course comme le tennis, le football, basket. C'est handicapant quoi, avec les années ça augmente de plus en plus, la raideur dans les articulations accompagnées de douleurs »

« Ah Oui quand je je travaille bcp j'ai mal, quand je bouge beaucoup j'ai mal, je monte les escaliers j'ai mal, le sport euuh si je mets des des comment dire, des gestes surtout le genou adéquat j'ai mal »

« Et bien voilà c'est difficile de prévoir par exemple des trajets un peu plus longs qui se feraient à pieds, comme c'est assez aléatoire c'est un peu problématique dans l'organisation de la vie que ce soit professionnelle ou de loisirs puisque je ne sais jamais très bien dès qu'il s'agit de faire autre chose que de rester assis, si je vais pouvoir marcher beaucoup, pas beaucoup, c'est très aléatoire »

Certains ce sont vu dans l'obligation d'arrêter leurs activités professionnelles : *« Oui beaucoup, j'ai arrêté de travailler maintenant et je reste à la maison mais parfois je fais du ménage, je ne sais pas finir quinze minutes je m'assied ou j'arrête ou une demie heure ou une heure après je recommence, c'est comme ça, je prends huit heures pour une pièce... »*

1.1.4. Astuces mises en place pour s'adapter au nouvel état

Afin de s'adapter à leur nouvel état, les patients ont mis en place certaines astuces pour se faciliter la vie au quotidien. Cela passe par une réduction des activités, une adaptation aux situations, une demande d'aide et instaurer des pauses lors de la réalisation de certaines activités. Il y a également l'emploi d'une genouillère et la prise d'anti-inflammatoires

« Oui voila, j'emprunte parfois le chemin le plus long mais le plus sure, au lieu qu'il y ait des obstacles, j'essaie de les éviter en fait »

«...c'est par exemple des escaliers, on demande de les descendre en arrière, se tenir à la rampe et descendre d'abord celui qui fait mal et puis l'autre, descendre celui là qui fait mal bien tendu et puis l'autre et ainsi de suite. Tandis que si on descend vers l'avant, eeeh , il ya plus de risque de faire le plongeon »

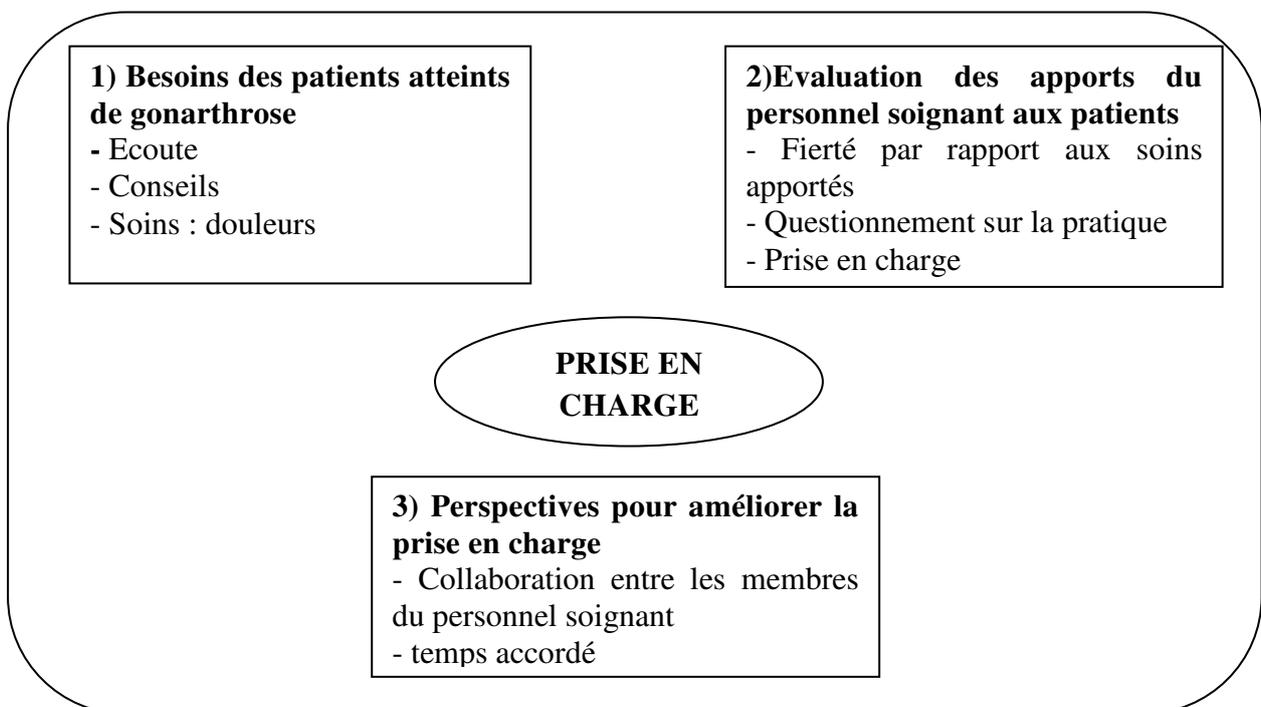
« J'ai fais du jardinage beh je me suis assise au lieu de me mettre à genou justement je me sui assise par terre j ai travaillé comme ça »

1.1.5. Attentes des patients vis-à-vis du personnel soignant

Les patients souhaitent que le personnel soignant ainsi que l'institution les soigne, soulagent leur douleur et leur fournissent les informations nécessaires sur leur pathologie.

« Oui moi j'aime bien les informations de toutes façon j'aime bien comprendre ce que j'ai, il faut, j'aime bien qu'on m'explique voilà j'aime bien qu'on m'explique ce qu'on fait aussi et je me renseigne aussi par moi-même évidemment mais comme vous savez aussi bien que moi sur internet on trouve le meilleur et le pire (rires) j'aime bien d'avoir un peu confirmation par des personnes compétentes quoi. Donc moi je n'aime pas qu'on me laisse dans le flou en fait, je sais qu'il y a des gens qui s'en fichent de savoir avoir précision ce qu'ils ont moi j'aime bien comprendre. Mais générale quand je pose des questions... il faut parfois poser plus de questions à certains qu'avec d'autres parce que certains sont parfois un peu plus avare d'explications, ont peur d'entrer dans les détails ou qu'on ne comprenne pas ce qu'ils disent, moi personnellement je préfère savoir ».

1.2. Plan d'analyse des interviews semi-dirigés : Professionnels de la santé



2. Analyse des interviews : Personnel soignant

2.1 Besoins des patients atteints de gonarthrose

L'écoute, les conseils ainsi que la prise en charge de leurs douleurs semblent être les besoins les plus évoqués par les patients auprès du personnel soignant.

« Ils ont besoin de conseils pour la gestion de la douleur, d'une ligne de conduite en cas d'apparition de gonflement (se présenter à la consultation en vue d'une éventuelle infiltration) et de conseils par rapport à la kiné et à l'activité physique +/- chirurgie ».

« Il faut leur donner des conseils diététiques aussi, c'est fort important également... Des conseils d'hygiène aussi... »

« Les douleurs, limitation fonctionnel dans le déplacement pour les activités de la vie quotidienne, prise intempestive des antalgiques »

2.2 Evaluation des apports du personnel soignant aux patients

Certains personnels soignants expriment l'efficacité des soins apportés aux patients ainsi que la collaboration interdisciplinaire. Nous avons également d'autres éléments de la prise en charge des patients par le personnel soignant.

« Je crois que chaque kiné, chaque thérapeute croit qu'il est le meilleur. J'ai essayé d'éviter de penser ça. J'ai essayé de beaucoup discuter avec des gens, et d'avoir des réunions et des machines comme ça pour un petit peu. J'étais très heureux quand j'avais de très bons résultats et puis quand j'avais quelque chose qui ne fonctionnait pas, là ça me faisait râler, je me réveillais parfois la nuit, j'écrivais sur un bout de papier, j'allais voir dans un bouquin, un truc comme ça. J'étais plutôt un passionné. Mais je crois franchement que les gens étaient très content de ce que je faisais parce que même maintenant il y a encore des gens qui me téléphonent au moins 2-3x fois par mois et pourtant il y a 6 ans que j'ai arrêté ».

« Bonne collaboration avec les kinésithérapeutes et les orthopédistes pour une approche la plus globale possible »

Et d'autres se remettent en question :

« Efficacité limitée mais par ailleurs pas de « solution miracle » si arthrose, mis à part chirurgie dans les cas sélectionnés ».

« Des progrès sont certainement à faire, notamment dans la gestion de la douleur au quotidien »

Le personnel soignant nous fait comprendre qu'il existe une cellule de coordination pour un certain type de patients : *« Il existe une cellule de coordination pour les patients sélectionnés sur arguments radio-cliniques pour l'arthroplastie du genou. Si vous êtes sélectionnés pour une arthroplastie, il existe tout une série de coordinations mises en place : une infirmière coordinatrice organise des formations sur l'éducation thérapeutique du patient, sur l'information de ceux-ci »*

2.3 Perspectives pour améliorer la prise en charge

Afin d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de gonarthrose, la collaboration entre les membres du personnel soignant de différentes disciplines et le temps accordé aux patients sont très importants.

« Recruter du personnel en plus pour rendre disponible plus la plage de consultation et prise en charge »

« Leur accorder plus de temps au niveau personnel et des séances d'informations et prise en charge pluridisciplinaire au niveau institutionnel »

Les deux institutions dans lesquelles nous avons menés notre enquête ont un fonctionnement similaire au niveau des consultations en ce qui concerne la prise en charge des patients atteints de gonarthrose. Cependant, les Cliniques Universitaires Saint Luc sont une structure plus grande que le Centre hospitalier Valida avec qui ils ont un partenariat. C'est le service de rhumatologie des Cliniques Universitaires St-Luc qui a ouvert depuis le 3 Janvier 2011 des consultations de rhumatologie à la polyclinique du centre hospitalier Valida et ce pour permettre à ceux habitant ou travaillant dans la région de Bruxelles d'obtenir un rendez vous rapide en consultation de rhumatologie.

CHAPITRE 3 : Discussion des résultats

L'arthrose du genou est une pathologie invalidante, elle a de nombreuses répercussions sur la vie des personnes qui en souffrent. Elle est vécue par ceux-ci comme étant une affection qui engendre la douleur, qui perturbe leurs activités quotidiennes, et affecte donc leur qualité de vie. Les facteurs favorisants suivants ont été évoqués par les patients : âge, lésion, manque d'activité. Plusieurs études observationnelles ont été réalisées afin d'identifier les facteurs de risque de l'arthrose du genou, certains facteurs sont d'origine systémique, d'autres sont liés à la fonction et aux structures de l'articulation ou encore aux activités et aux habitudes de vie. En plus de l'âge et du sexe, il y a des facteurs de risques modifiables : surpoids et obésité ; facteurs occupationnels ; activités physiques et loisirs ; densité minérale osseuse ; anatomie, blessures et chirurgie du genou. (Bibliomed, 2016)

La compréhension et définition de l'arthrose du genou par les personnes qui en sont atteintes est pour la plupart du temps tournée vers la notion de douleur et de périodicité de celle-ci. À côté de cela, ils la définissent comme étant une détérioration, un vieillissement ou encore un endommagement du cartilage. L'arthrose du genou est définie comme étant une maladie dégénérative du cartilage articulaire, c'est une usure du cartilage recouvrant les surfaces articulaires du genou. (MINCIERE M-L, 2015)

Les répercussions de l'arthrose du genou dans la vie des patients sont considérables et affectent la qualité de vie. Cela se manifeste par la cessation d'activités que les patients avaient l'habitude de faire, par de fortes douleurs, par une réduction de leur mobilité et certains patients ont dû demander de l'aide pour faire des choses qu'ils savaient faire par eux-même auparavant. Selon AFLAR (Association Française de lutte Antirhumatismale) cité par J. AUGER et BEREMBAUM F. (2016), les conséquences de l'arthrose sont multiples notamment une baisse de forme psychique et morale, sachant qu'il est atteint d'arthrose et sans bien comprendre ce que c'est, le patient se sent diminué. La vie professionnelle est diminuée car il y a une perte de mobilité qui engendre la restriction du mouvement au sens large qui est perçu comme un handicap. Il y a également une restriction dans la capacité de se déplacer notamment dans l'arthrose du genou et aussi cela provoque une gêne dans les activités de la vie quotidienne. L'arthrose est une source de douleurs et la perte de mobilité est ressentie comme une blessure profonde.

Afin de s'adapter à leur nouvelle situation, à leur pathologie, les patients ont mis en place différentes astuces. S'asseoir par terre plutôt que de se mettre à genoux pour faire son

jardinage, faire une demi heure de nettoyage/ autre activité puis prendre du repos avant de continuer, emprunter le chemin le plus long mais le plus sûr au lieu d'emprunter le chemin avec des obstacles, faire des massages sur le site douloureux, prendre des anti-inflammatoires et mettre une genouillère, telles sont les astuces mises en place par les patients afin de gérer leur maladie au quotidien. Selon LAGORCE T. (2015), dans les traitements non pharmacologiques nous retrouvons les traitements locaux (l'acupuncture, la thermothérapie et la neurostimulation électrique transcutanée) et les traitements fonctionnels antidouleurs tels que la kinésithérapie dans laquelle pour la coxarthrose et la gonarthrose, il y a un objectif de diminution de la douleur par les massages, l'application de chaleur, une éducation du patient pour économiser son articulation par des conseils d'hygiène de vie. Il existe également des aides techniques comprenant d'une part les aides à la mobilité (semelles orthopédiques, cannes, béquilles, attelles et genouillères) et d'autre part l'aspect vie pratique dans lequel sont proposés d'autres types d'aides techniques : un chariot de course qui permet au patient de faciliter son déplacement en prenant appui mais aussi de limiter le port de charge lourde fortement déconseillé en cas d'arthrose des membres inférieurs. Toujours dans cet aspect, il y a des balais avec manche télescopique pour le ménage pour limiter les mouvements douloureux ; pour les personnes qui désirent jardiner, des outils adaptés sont proposés et plusieurs autres choses sont mises en place.

Les attentes des patients atteints de gonarthrose vis-à-vis du personnel soignant sont surtout axées sur l'acquisition de plus d'informations sur leur pathologie et ils attendent qu'on les soigne et qu'on soulage leur douleur. Les patients gonarthrosiques ont besoin de conseils par rapport à leur pathologie, cela peut être des conseils d'hygiène, diététiques, par rapport à la gestion de la douleur mais aussi par rapport à l'activité physique. Selon Rahal F et al(2012), les recommandations de l'OARSI (Osteoarthritis Research Society International) concernant la prise en charge de l'arthrose du genou et de la hanche, précise que tout patient doit avoir accès à l'information et à une éducation par rapport aux objectifs du traitement et l'importance des modifications du mode de vie et l'adaptation aux activités. S. ALAMI et al (2007) disent suite à leur étude que les patients ont le sentiment que les médecins agissent comme des techniciens s'intéressant plus au genou qu'à l'individu et que pas assez de temps est consacré à l'information et aux conseils. Nous constatons une concordance entre ce qui apparaît dans la littérature et ce qui a été recueilli comme information auprès des patients souffrant de gonarthrose concernant leurs attentes.

Au regard des résultats obtenus lors des entretiens, il semblerait qu'il y a une lacune dans l'organisation de la prise en charge des patients atteints de gonarthrose. Une pathologie chronique nécessite une prise en charge multidisciplinaire, une collaboration entre les différents intervenants auprès des patients et doit inclure une éducation thérapeutique du patient (ETP). La prise en charge doit être organisée en collaboration avec le rhumatologue, le kinésithérapeute, le podologue, l'orthopédiste, l'ergothérapeute, le diététicien, le psychologue ou le psychiatre et adaptée au profil de chaque patient qui a des problèmes variés demandant parfois des compétences spécifiques. (AGARBI-MAZOUZ I., 2010)

Les informations obtenues auprès des patients et des personnels soignant interrogés vont dans le même sens que celles de la littérature scientifique. Cependant certains éléments n'ont pas été cités par les personnes interrogées et cela pourrait s'expliquer par le fait que chaque patient est unique, chacun vit sa pathologie différemment. Lors de l'expression de leur vécu, les personnes ont tendances à exprimer les symptômes qui se manifestent le plus tels que : la douleur, la limitation fonctionnelle.

LIMITES DE L'ETUDE

Il aurait fallu mieux définir les critères d'inclusion des patients atteints de gonarthrose.

Notre étude ne peut être généralisable.

PERSPECTIVES D'AVENIR

Dans nos pistes de réflexion et de solutions, il faudrait des actions à divers niveaux :

Au niveau des patients :

Au niveau du personnel soignant :

- ➔ Inclure dans la formation de base de chaque soignant les notions d'éducation thérapeutique du patient afin de lui donner des outils pour la prise en charge optimale du patient.
- ➔ Encourager d'avantage le travail en pluridisciplinarité

Au niveau des institutions :

- ➔ Mettre à disposition des patients souffrant de gonarthrose (sélectionnés pour une arthroplastie ou non) les informations nécessaires concernant leur pathologie.

➔ Organiser des formations sur l'éducation thérapeutique du patient permettant ainsi une prise en charge holistique, le patient sera soigné dans sa globalité.

CONCLUSION

La question que nous nous sommes posé au départ, à savoir, celle de savoir comment l'arthrose du genou affecte la vie quotidienne de ceux qui en souffrent, a trouvé des réponses dans les données que nous avons recueillies auprès des patients, du personnel soignant et également dans la revue de la littérature.

L'arthrose du genou est une pathologie chronique qui impacte la qualité de vie des patients qui ont eu une perte d'autonomie, des douleurs, une limitation fonctionnelle et qui ont du cesser ou réduire leur activités.

Afin de s'adapter à leur nouvelle situation, ceux-ci ont mis en place des astuces et ont recours aux antidouleurs en cas de douleurs.

Nous avons pu constater un manque en éducation thérapeutique du patient par le personnel soignant et afin de combler cela, diverses choses ont été proposées : inclure dans la formation de base des soignants, l'éducation thérapeutique du patient ainsi qu'une formation continue organisée par l'institution. En plus de cela, le travail en pluridisciplinarité est à mettre en avant et plus d'attention devrait être accordée à la relation soignant-malade et aux facteurs environnementaux.

Notre étude pourrait être utilisée comme base pour d'autres recherches futures.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

- Arden, N.K. and Leyland, K.M. (2013). "Osteoarthritis year 2013 in review: clinical". *Osteoarthritis and Cartilage*, Volume 21 (10), pp. 1409-1413.
- Bacro, F. et Florin, A. (2014). *Entre complexité et richesse : « la diversité des défis liée à l'intérêt des chercheurs et des professionnels pour la qualité de vie »*. Presses universitaires de Rennes
-
- Beauvais, C. et Giraudet-Le Quintrec, J.S. (05/2010). « L'éducation thérapeutique en rhumatologie ». *La lettre du rhumatologue*, n°362.
- Blais, M. and Martineau, S. (2006). « L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes ». *Recherches qualitatives*, Volume 26 (2), pp. 1-18.
- Coudeyre, E. and Eschalièr, B. (2013). « Education thérapeutique et arthrose des membres inférieurs ». *Revue du Rhumatisme Monographies*, Volume 80 (3), pp. 162-163.
- Doherty, M. (8 September 2001). « Risk factors for progression of knee osteoarthritis ». *The Lancet*, Volume 358 (9284), pp. 775-776.
- Hiligsmann, M. and al. (2014). "Seminars in Arthritis and Rheumatism: a reference case for economic evaluations in OA: an expert consensus article from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO)". *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, Volume 44 (3), pp. 271-282.
- Kennard, J. (2016). *Osteoarthritis in Men*
- Mincièrè, M.-L. (2015). *L'arthrose du genou ou gonarthrose, des signes cliniques au traitement-fiche patient*
- Nyvang, J. (2016). "It's not just a knee, but a whole life: A qualitative descriptive study on patients' experiences of living with knee osteoarthritis and their expectations for knee arthroplasty". *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, Volume 11.
- OMS. (2003). *Des millions de personnes souffrent de pathologies de l'appareil locomoteur*
- Plotnikoff et al. *BMC Public Health : Osteoarthritis prevalence and modifiable factors: a population study* (2015) 15:1195

DOI 10.1186/s12889-015-2529-0

- Rahal, F. and al. (2012). « Du diagnostic à la prise en charge de la gonarthrose ». *Revue marocaine de rhumatologie*.
- Theiler, R. (2002). « Arthrose – Epidémiologie, diagnostic et diagnostic différentiel, examens et documentation ». *Forum Médical Suisse*, n°23, p. 555.
- Wallace, I. and al. (2018). “Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since the mid-20th century”. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Volume 114 (35), pp. 9332-9336.

Livres

- Auger, J. and Berembaum, F. (2016). *Le grand livre de l'arthrose : le guide indispensable pour soulager efficacement les douleurs liées à l'arthrose*. Eyrolles.

Thèses

- LAGORCE T. (2015) *Arthrose et douleurs associées : traitement et rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de cette pathologie particulièrement invalidante (focus coxarthrose et gonarthrose)* Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie. Université de Limoge, Faculté de pharmacie.
- AGARBI-MAZOUZ I. (2010). *Perception et prise en charge de l'arthrose, le point de vue des médecins généralistes*. Thèse pour le doctorat en médecine, Université Paris 7-Denis Diderot, Faculté de médecine Xavier Bichat

-

Cours

- Aujoulat, I. (2016). Cours : *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*

-

Site internet

- Alliance Nationale Contre l'Arthrose (Marie), (13/05/2014). *Les types d'arthrose*. [online] StopArthrose.org. Available at: <http://www.stop-arthrose.org/les-types-d-arthroses> [Accessed].
- American Psychological Association, (2017). *Anxiety*. [online] Available at: <http://www.apa.org/topics/anxiety/> [Accessed 13 Mar. 2017].

- Bibliomed. (12/05/2016). *Gonarthrose : facteurs de risque et suivi*. [online] Les Analyses du Centre de documentation de l'UNAFORMEC, n°817. Available at: http://www.unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/817_Gonarthrose_facteurs_de_risque_et_suivi.pdf [Accessed].
- Clinique de l'Arthrose. (08/07/2017). *Arthrose*. [online] Centre des os et des articulations. Available at: <http://www.clinique-arthrose.fr/arthrose-generalites.html> [Accessed 10 Jul. 2017].
- Cliniques Universitaires Saint-Luc UCL Bruxelles. *Actualités*. [online] Un hôpital pour la vie. Available at: <http://www.saintluc.be/actualites/news.php?n=8633> [Accessed].
- Cliniques Universitaires Saint-Luc UCL Bruxelles. *Connaître Saint-Luc*. [online] Un hôpital pour la vie. Available at: <http://www.saintluc.be/institution/index.php> [Accessed].
- Guis, S. (2016). *Qu'est-ce que l'arthrose ?*. [online] Société Française de Rhumatologie. Available at: <http://public.larhumatologie.fr/grandes-maladies/arthrose/quest-ce-que-larthrose> [Accessed 15 Mar. 2017].
- Institut du genou de Paris, (28/11/2016). *Les différents types d'arthrose du genou*. [online] Available at: <http://www.institut-genou.com/arthrose-genou-gonarthrose.html> [Accessed 07 Dec. 2016].
- Laboratoires Expanscience. (07/05/2017). *Existe-t-il des facteurs de risques de l'arthrose ?*. [online] arthrolink.com. Available at: <http://www.arthrolink.com/maladie/connaitre-l-arthrose/les-facteurs-de-risque> [Accessed 07 May 2017].
- Laboratoires Expanscience. (10/05/2018). *L'évolution de l'arthrose du genou*. [online] arthrolink.com. Available at: <http://www.arthrolink.com/diagnostic/patient-virtuel/genou-l-evolution> [Accessed 10 May 2018].
- Laboratoires Expanscience. (15/03/2017). *Peut-on prévenir l'arthrose ?*. [online] arthrolink.com. Available at: <http://www.arthrolink.com/dossiers-arthrose/tous-les-dossiers/peut-on-prevenir-l-arthrose> [Accessed 15 Mar. 2017].
- Sciences Avenir. (2018). *Troubles du sommeil : définition, symptômes, traitement*. [online] Available at: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/sommeil/troubles-du-sommeil-definition-symptomes-traitement_18807 [Accessed].
- Simon, E. (01/08/2014). *La gonarthrose : l'arthrose du genou*. [online] Available at: <https://www.docvadis.fr/files/all/EUaYcdMcKa->

[3XNNOBnl1NQ/l_arthrose_du_genou_ou_gonarthrose_la_gonarthrose_ou_arthrose_du_genou.pdf](#) [Accessed].

- Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD). (2016). *Définition*. [online] Available at: <http://www.sfetd-douleur.org/definition> [Accessed 07 May 2018].
- Thomas, Ph. et Touba, J. *L'arthrose en 2005 ?*. [online] Available at: http://www.ammpu.org/abstract/arthrose_touba_thomas.pdf [Accessed].
- Valisana. (2018). *Nos outils*. [online] Available at: <http://www.valida.be/index.php?page=outils> [Accessed 10 May 2018].
- Valisana. (2018). *Nos valeurs*. [online] Available at: <http://www.valida.be/index.php?page=valeurs-4> [Accessed 10 May 2018].
- Valisana. (2018). *Quelles sont nos missions ?*. [online] Available at: <http://www.valida.be/index.php?page=missions> [Accessed 10 May 2018].

Résumé de la littérature

Selon la Cliniques de l'arthrose (2017), l'arthrose est une maladie dégénérative du cartilage articulaire. Elle est très répandue dans le monde entier, son apparition est évolutive et s'accroît avec l'avancée de l'âge et atteint 90% des personnes de plus de 65 ans (R. Theiler 2002). Il existe plusieurs types d'arthrose : cervicale, lombaire, du genou, du pouce, ... mais dans le cadre de ce travail, nous allons développer plus spécifiquement l'arthrose du genou qui correspond à l'usure du cartilage situé à l'extrémité inférieure du fémur, à l'extrémité supérieure du tibia et à la partie postérieure de la patella (rotule) qui ensemble font les mouvements articulaires par le glissement des surfaces cartilagineuses (Institut du genou de Paris 2016). De nombreux facteurs héréditaires ou acquis favorisent son apparition. Il s'agit de : l'âge (plus de 65 ans), le sexe, l'obésité, la génétique, etc. En plus, nous avons les anomalies architecturales, les antécédents traumatiques articulaires et le surmenage articulaire. La prévalence de l'arthrose du genou a doublé depuis le milieu du 20^{ème} siècle, nous présumons qu'une augmentation de l'espérance de vie et une augmentation spectaculaire de l'indice de masse corporelle (IMC) en sont largement responsables. Le manque d'activité physique joue également un rôle important. (Wallace I. et al, 2018). Les moyens de diagnostic sont les suivants : bilan radiologique, examen biologique, échographie, TDM et IRM. Les conséquences de la gonarthrose sont : la douleur, la perte de fonction et l'incapacité. Son traitement correspond aux conseils hygiéno-diététiques et médicaux (médicamenteux, non médicamenteux et chirurgical). Elle a des répercussions importantes sur la qualité de vie.

L'éducation thérapeutique a plusieurs objectifs qui s'appliquent à l'arthrose qui est une pathologie chronique, potentiellement invalidante. Il s'agit d'une prise en charge qui doit être multidisciplinaire, mobilisant plusieurs intervenants autour du patient. Son but est de rendre les patients acteurs de leur propre santé. (Coudeyre E. et Eschalié B., 2013).

Nous avons opté pour la méthode qualitative pour la réalisation de ce travail car elle permet non seulement le recueil d'une importante quantité d'informations mais aussi de cerner la réalité telle que les personnes inclusent dans l'étude la définissent. Les patients pourront exprimer leur histoire, leur vécu de cette pathologie au quotidien. L'analyse des résultats a permis de constater que la douleur constitue la répercussion la plus évoquée par ceux qui souffrent de l'arthrose du genou. Les activités de la vie quotidienne sont influencées par la réduction de la mobilité et la limitation fonctionnelle du genou. Les soignants sont informés des besoins des patients ainsi que leurs attentes et cela leur permet de mettre en place une prise en charge optimale.