

Mots clés :

Arthrose
Éducation
thérapeutique
du patient
Personne âgée

« Eduquer » pour soulager l'arthrose ?

Près de 40% des plus de 65 ans sont porteurs d'une arthrose symptomatique¹, coxarthrose et gonarthrose en étant les deux manifestations les plus invalidantes. Aucun traitement ne peut modifier l'évolution des altérations articulaires et osseuses. En dehors de la chirurgie, les options thérapeutiques pour soulager la douleur sont limitées (*Bibliomed* 628). Diverses mesures non pharmacologiques semblent d'autant plus utiles et efficaces qu'elles sont centrées sur les réels besoins et préférences du patient². A intégrer dans une véritable éducation thérapeutique du patient (ETP) arthrosique ?

Des soins centrés sur le patient

Le *NICE* britannique² a fait une revue systématique de la littérature (387 références) dont il soulignait les limites : essais surtout sur la gonarthrose, en tout cas mono-articulaires, à relativement court terme, chez des patients très sélectionnés. L'arthrose est définie comme un trouble complexe aux multiples facteurs de risques, génétiques (40 à 60% pour la main, le genou ou la hanche), constitutionnels (vieillesse, sexe féminin, densité osseuse élevée), mais surtout biomécaniques (traumatismes articulaires, professionnels ou de loisirs, force musculaire insuffisante, laxité ligamentaire...). Parmi ces facteurs de risques environnementaux – qui varient selon les localisations – la plupart sont réversibles ou évitables, ce qui a une très grande importance pour la prévention primaire ou secondaire. Les consensus d'experts de l'EULAR et de l'OARSIⁱⁿ¹ sur les arthroses des genoux et hanches recourent partiellement cette analyse. Le groupe de travail du *NICE* concluait à la nécessité d'une approche globale du problème, sur la douleur et la fonction articulaire mais aussi la qualité de vie, le retentissement sur les activités professionnelles, relationnelles et de loisir, ainsi que sur l'humeur.

Un malade « acteur de ses soins » ?

Les 3 points clés pour le patient atteint d'arthrose sont donc une *information* appropriée sur sa maladie, l'incitant à une *activité physique* suffisante et le cas échéant la perte d'un *surpoids*². L'accompagnement médicamenteux de 1^{er} (paracétamol, topiques AINS) ou 2^{ème} niveau (opioïdes, stéroïdes intra-articulaires), ainsi que les techniques utiles, allant des chaussures adaptées à la réadaptation fonctionnelle et à la chirurgie, ne peuvent être efficaces que si le malade a acquis les savoir-faire indispensables. Le *NICE* propose d'utiliser des supports écrits d'information. L'exercice physique

Que conclure pour notre pratique ?

L'exercice physique peut être considéré comme le « noyau dur » du traitement de l'arthrose, indépendamment de l'âge, des comorbidités, de l'intensité de la douleur et de l'incapacité². La progression de la prise en charge, médicamenteuse et non médicamenteuse, relève d'une évaluation globale du patient dans son contexte. Faute de données, les patients très âgés posent des problèmes particuliers d'adaptation (pour la rééducation ou la titration des opioïdes, par exemple).

L'indication chirurgicale n'est pas un « ultime recours », mais une option rationnelle¹⁻³ lorsque la symptomatologie (douleur, raideur, fonction réduite) réduit notablement la qualité de vie et résiste au traitement médical, avant qu'il n'y ait limitation fonctionnelle et douleur importantes.

La démarche éducative recentre la prise en charge au long cours sur le patient. Il reste à en préciser les contenus et l'impact médico-économique.

est le noyau central du traitement.

Éducation thérapeutique ?

L'arthrose, maladie chronique et invalidante, n'a pas de traitement curatif, en dehors de la chirurgie prothétique. Mais elle implique des changements de mode de vie et mobilise au long cours de nombreux intervenants médecins, chirurgiens, réadaptateurs, diététiciens... Ceci justifie un processus éducatif dès le diagnostic et jusqu'à la chirurgie¹. De nombreuses études et recommandations³ ont analysé les objectifs et contenus d'un ETP efficace.

A la phase médicale, l'ETP regroupe un ensemble d'exercices spécifiques (centrés sur l'articulation) ou non (activité aérobie) réalisés individuellement ou en groupe, avec ou sans supervision ; la perte de poids recommandée n'a rien de spécifique et doit être centrée sur les habitudes alimentaires du patient. Il est indispensable de lui expliquer clairement ce qui est attendu des exercices, de l'auto-évaluation (journal de bord quotidien) et du suivi médical (consultations, téléphone, courrier...).

A la phase chirurgicale, l'association kinésithérapie/ éducation ciblée a montré son efficacité en pré-opératoire (avant prothèse de genou ou de hanche). Les programmes post-opératoires associant exercices physiques et éducation sont plus efficaces sur la fonction, la durée de séjour, les complications post-opératoires et le coût à moyen terme, que les programmes standard de rééducation.

Ces prises en charge sont chronophages. Il faut sans doute ne délivrer qu'un seul message par consultation. Les relances téléphoniques sont inhabituelles, le financement du système de santé (prise en charge de l'ergothérapie, de la diététique...) non prévu par l'assurance maladie Française...¹

Références

- 1- Coudeyre E et al. *Éducation thérapeutique et arthrose*. *Presse Med*. 2010; 39: 1195-1200.
- 2- *NICE*. *Osteoarthritis. The care and management of osteoarthritis in adults*. February 2008.
- 3- Henrotin Y et al. *Recommandations sur la prise en charge de l'arthrose de la hanche et du genou. Pour qui ? Pourquoi ? Pour quoi faire ?* *Presse Med*. 2010; 39: 1180-8.