

Normes de qualité

Arthrose

Soins pour les adultes présentant une arthrose
du genou, de la hanche ou de la main

**Qualité des services
de santé Ontario**

Améliorons notre système de santé

 **Ontario**
Qualité des services
de santé Ontario

Sommaire

Cette norme de qualité porte sur les soins destinés aux adultes (18 ans et plus) présentant une arthrose du genou, de la hanche, ou de la main. La norme de qualité est axée sur l'évaluation, le diagnostic et la gestion de cette affection pour les personnes dans tous les milieux de soins de santé et sous les soins de tous les professionnels de la santé.

Table des matières

À propos de nos normes de qualité	1
Comment utiliser les normes de qualité	1
À propos de cette norme de qualité	2
Portée de cette norme de qualité	2
Terminologie utilisée dans cette norme de qualité	2
Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire?	3
Principes sous-jacents de cette norme de qualité	5
Moyens de mesurer le succès	6
Énoncés de qualité en bref	8
Énoncé de qualité 1 : Évaluation clinique à des fins de diagnostic	10
Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète pour renseigner le plan de soins	14
Énoncé de qualité 3 : Éducation des patients	18
Énoncé de qualité 4 : Plan d'autogestion du patient	22
Énoncé de qualité 5 : Exercice thérapeutique	27
Énoncé de qualité 6 : Activité physique	31
Énoncé de qualité 7 : Gestion du poids	37
Énoncé de qualité 8 : Gestion pharmacologique des symptômes	41
Énoncé de qualité 9 : Aiguillage vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose	46
Énoncé de qualité 10 : Aiguillage pour une évaluation de chirurgie des articulations	52

TABLE DES MATIÈRES SUITE

Remerciements	57
Bibliographie	59
À propos de Qualité des services de santé Ontario	65

À propos de nos normes de qualité

Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec des experts cliniques, des patients, des résidents et des aidants naturels de la province, crée des normes de qualité pour l'Ontario.

Les normes de qualité sont des ensembles concis d'énoncés élaborés pour :

- aider les patients, les résidents, les familles et les aidants naturels à savoir quelles questions poser en lien avec leurs soins ;
- aider les professionnels de la santé à connaître les soins qu'ils doivent fournir, en se fondant sur les meilleures données probantes et le consensus d'experts ;
- aider les organisations de la santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur performance en matière de soins aux patients.

Les énoncés de cette norme de qualité ne remplacent pas la responsabilité des professionnels de la santé de prendre des décisions quant à leurs patients après avoir considéré les circonstances uniques de chacun d'entre eux.

Comment utiliser les normes de qualité

Les normes de qualité informent les fournisseurs de soins et les organismes des caractéristiques des soins de santé de qualité supérieure sur le plan des aspects des soins qui sont désignés comme étant une priorité pour améliorer la qualité dans la province. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes disponibles.

Elles comprennent également des indicateurs pour aider les cliniciens et les organisations à évaluer la qualité des soins qu'ils offrent et à trouver les écarts et les occasions d'amélioration. Ces indicateurs évaluent les processus, la structure, et les résultats.

De plus, des outils et des ressources appuyant les cliniciens et les organisations dans leurs efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation des normes de qualité, envoyez un courriel à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca.

À propos de cette norme de qualité

Portée de cette norme de qualité

La présente norme comprend 10 énoncés de qualité abordant des domaines cernés par le Comité consultatif de la norme de qualité sur l'arthrose de Qualité des services de santé Ontario comme présentant un potentiel d'amélioration élevé des soins offerts aux personnes atteintes d'arthrose en Ontario.

Cette norme porte sur la qualité des soins pour les adultes de 18 ans et plus qui ont reçu un diagnostic ou qui sont soupçonnés d'avoir une arthrose du genou, de la hanche, ou de la main (c.-à-d. du pouce ou des doigts). La norme de qualité est axée sur l'évaluation, le diagnostic et la gestion de l'arthrose pour les personnes dans tous les milieux de

soins de santé et sous les soins de tous les professionnels de la santé. Elle contient des directives sur les soins non pharmacologiques et pharmacologiques. Elle prévoit l'aiguillage pour une évaluation pour une chirurgie des articulations, mais n'examine pas d'intervention chirurgicale en particulier. Cette norme de qualité ne s'applique pas aux soins des personnes présentant de l'arthrose de la colonne vertébrale et d'autres articulations des membres inférieurs et supérieurs (c.-à-d. l'épaule, le coude, le poignet, le pied, la cheville), ou du cou ni de lombalgie. De la même façon, cette norme de qualité exclut également les personnes qui présentent de l'arthrite inflammatoire ou des affections et traitements médicaux qui peuvent entraîner de l'arthrose.

Terminologie utilisée dans cette norme de qualité

Quand nous parlons de « personnes présentant d'arthrose » dans cette norme de qualité, nous entendons de ceux qui présentent une arthrose du genou, de la hanche ou des mains. Un seul énoncé de qualité (Énoncé de qualité 5 : Les exercices thérapeutiques) s'applique aux personnes présentant une arthrose de la hanche ou du genou et non pas à ceux présentant une arthrose des mains.

Le terme « symptômes » dans cette norme de qualité signifie tous les symptômes associés à l'arthrose. Les symptômes typiques comprennent de la douleur, de la raideur, de l'enflure, des limites fonctionnelles, une invalidité, une activité physique, de l'anxiété, des troubles de l'humeur, de la fatigue et (ou) un sommeil perturbé.

Quand nous parlons de « professionnels de la santé » dans cette norme de qualité, il s'agit des nombreux types de personnes qui peuvent faire une partie de l'équipe de soins de santé. Ils peuvent comprendre, notamment, les professionnels réglementés suivants : fournisseurs de soins primaires (médecin de famille ou médecin de soins primaires, infirmier praticien); chiropraticien, diététiste, infirmier, ergothérapeute, pharmacien ou un physiothérapeute; médecin avec un cabinet spécialisé (p. ex., gestion de la douleur,

médecine du sport et de l'exercice); médecin spécialiste (p. ex., chirurgie orthopédique, physiatre, chirurgien plastique, rhumatologue); physiothérapeute ou ergothérapeute en pratique avancée/étendue; psychologue, conseiller ou avec autre professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion des symptômes associés à l'arthrose (p. ex., de la douleur, un sommeil perturbé, de l'anxiété et des troubles de l'humeur, la gestion du poids).

Pourquoi cette norme de qualité est-elle nécessaire ?

L'arthrose, le type le plus commun d'arthrite, est une affection progressive qui peut toucher toute articulation mobile du corps, mais plus couramment les hanches, les genoux et les mains. Des études sur diverses populations montrent que près de 20 % à 30 % des adultes ont de l'arthrose dans au moins une de ces articulations¹. L'affection commence comme un changement du processus biologique dans une articulation, menant à des changements structurels, comme une érosion du cartilage, un remodelage des os, la formation de protubérances osseuses, une inflammation des articulations, et une perte fonctionnelle de l'articulation. Il en résulte souvent une douleur, une rigidité et une perte de mouvement². L'arthrose se caractérise par les symptômes changeants et une intensité accrue de la douleur articulaire au fil du temps. Il y a des facteurs qui rendent certaines personnes plus vulnérables au développement de l'arthrose : des facteurs génétiques, un surpoids ou l'obésité,

des blessures causées par des accidents ou une intervention chirurgicale et une activité physique intense dans certains sports ou au travail².

Au Canada, la prévalence globale de l'arthrose diagnostiquée dans le secteur des soins primaires est de 14 %³ et elle devrait passer à environ 25 % au cours des 30 prochaines années⁴. L'affection est plus fréquente chez les personnes d'âge moyen ou plus âgées (la prévalence est de 35 % chez les personnes âgées de 80 ans et plus), elle touche plus de femmes que d'hommes et elle est associée à d'autres affections chroniques de santé comme la dépression et l'hypertension artérielle³. En Ontario, les personnes présentant de l'arthrose déclarent une qualité de vie de 10 % à 25 % inférieure aux personnes qui n'ont pas d'arthrose et elles ont des coûts de soins de santé deux à trois fois plus élevés que celles-ci⁵. Les taux accrus d'arthrose auront une incidence substantielle sur la vie

des personnes atteintes de l'affection et leur famille, sur les coûts pour le système de soins de santé, ainsi que sur l'ensemble de l'économie compte tenu de la perte de productivité, des personnes qui quittent la population active et de l'invalidité à long terme^{4,6}.

Malgré le fardeau personnel et social évident de l'arthrose, cette affection est sous-diagnostiquée et mal traitée. Les personnes⁷⁻⁹ qui sont touchées par cette affection n'ont donc pas l'occasion de bénéficier de soins de qualité supérieure. Bien qu'il n'y a aucune cure pour l'arthrose, il existe plusieurs manières de gérer efficacement les symptômes au moyen de traitements non pharmacologiques et pharmacologiques qui peuvent aider à réduire la douleur, à améliorer la fonction, à maintenir la qualité de vie et à retarder l'invalidité¹⁰. Une intervention précoce est idéale¹⁰. Une mauvaise gestion de la douleur à la hanche et au genou causée par l'arthrose mène à l'évitement de l'activité physique et à l'exacerbation de la douleur, ce qui peut entraîner de la fatigue, de l'invalidité et une humeur dépressive^{11,12,13} et qui peut entraîner une maladie cardiaque, du diabète et de l'obésité¹⁴⁻¹⁷.

Il existe des lacunes importantes dans la qualité des soins de l'arthrose tout au long du cheminement clinique. De nombreuses personnes tardent à se faire soigner : selon une étude canadienne, environ 40 % des patients avaient des symptômes d'arthrose depuis plus d'un an avant d'être diagnostiqués, et le temps écoulé moyen était de plus de 7 ans¹⁸. Le

traitement de première ligne pour l'arthrose devrait inclure des méthodes non pharmacologiques : l'information, les exercices thérapeutiques, l'activité physique quotidienne, une perte de poids (dans les cas appropriés) et un soutien à l'autogestion¹⁹. Ces traitements sont sous-utilisés. Une étude en Colombie-Britannique a révélé que seulement 25 % des patients présentant une arthrose de la hanche ou du genou ont eu des exercices thérapeutiques ou de la gestion du poids intégrés dans leur plan de gestion et que les conseils pour utiliser ces méthodes diffèrent selon les patients, l'âge, le sexe, l'invalidité et l'éducation⁹. Seulement 29 % ont reçu une évaluation de leur capacité à marcher (fonctions ambulatoires) et seulement 7 % ont été évalués pour les fonctions non ambulatoires comme s'habiller, cuisiner et la capacité de se lever lorsqu'assis⁹. Un sondage auprès des Canadiens qui ont reçu un diagnostic d'arthrose montre que relativement peu de ceux-ci demandent des conseils à des professionnels de la santé qui peuvent fournir une gestion non pharmacologique efficace. Seulement 22 % avaient consulté un physiothérapeute ou un ergothérapeute au cours de l'année précédente, et 12 % ont assisté à une séance d'information pour les aider à gérer les problèmes associés à la arthrite¹⁸.

Ces lacunes dans l'accès aux soins requis pourraient découler de la fausse idée qu'ont les professionnels de la santé et les patients que les symptômes de l'arthrose sont un aspect normal du vieillissement et que les options de traitement sont limitées. Le coût des services et (ou) l'absence d'une assurance-santé

élargie pour ces services jouent aussi un rôle. La plupart des services communautaires pour l'arthrose (physiothérapie, ergothérapie, les programmes de gestion du poids) ne sont pas facilement accessibles, du moins pas sans coûts importants pour les patients qui doivent les payer eux-mêmes ou avec une assurance privée^{20,21}.

En revanche, la plupart des personnes présentant de l'arthrose se font prescrire une certaine forme de traitement pharmacologique. Dans le cas d'une étude de 2015 sur les soins primaires au Canada, 57 % des patients avec de l'arthrose ont eu une ordonnance pour un anti-inflammatoire non stéroïdien et environ 33 % ont eu une ordonnance pour des opioïdes pour gérer la douleur³. Il s'agit d'un sous-estimé de l'utilisation des médicaments, étant donné qu'un grand nombre de personnes avec de l'arthrose utilisent des médicaments en vente libre, qui ne sont pas souvent saisis dans

les données des dossiers médicaux électroniques. Dans une autre étude nationale, 66 % des personnes présentant de l'arthrose (n'importe quelle articulation) ont utilisé les médicaments en vente libre. Chez les personnes présentant une arthrose de la hanche et (ou) du genou, le chiffre était de 74 %¹⁸.

Pour un petit pourcentage de personnes, leur état se détériore jusqu'à ce que les options chirurgicales, comme le remplacement articulaire, la fusion articulaire ou une intervention pour préserver l'articulation, soient peut-être nécessaires. Un traitement chirurgical devrait être offert aux personnes ayant des dommages modérés à graves aux articulations qui causent de la douleur ou une limitation de la fonction inacceptable malgré l'utilisation des interventions décrites dans cette norme de qualité⁶.

Principes sous-jacents de cette norme de qualité

Cette norme de qualité est étayée par les principes du respect, de l'équité, et de l'égalité.

Personnes présentant de l'arthrose doivent recevoir des services d'une manière qui respecte leurs droits et de leur dignité et qui favorise une prise de décision commune et autogestion. Personnes présentant de l'arthrose reçoivent des services qui respectent leur genre, leur orientation sexuelle, leur statut socioéconomique, leur statut en matière de logement,

leur âge, leur origine (y compris leur appartenance culturelle, leur origine ethnique et leur religion) et leur handicap. L'accès équitable au système de santé comprend également l'accès à des soins adaptés sur le plan culturel. La langue, un outil de communication de base, est une partie essentielle de la sécurité des soins et doit être prise en compte tout au long du cheminement du patient au sein du réseau de la santé. Par exemple, dans des établissements principalement anglophones, les services devraient être activement

offerts en français ainsi que dans d'autres langues.

Les personnes présentant de l'arthrose devraient recevoir des soins au moyen d'une démarche intégrée qui facilite l'accès aux services interprofessionnels des fournisseurs de soins primaires, aux professionnels de la réadaptation, aux aiguillages vers des spécialistes des soins chirurgicaux et non chirurgicaux et aux programmes dans la collectivité, selon les besoins du patient au fil du temps. La collaboration interprofessionnelle, la prise de décisions partagée, la coordination des soins et la continuité des soins (y compris les soins de suivi) sont typiques de cette approche axée sur les besoins des patients. La pratique en collaboration « survient lorsque plusieurs travailleurs de la santé ayant des antécédents professionnels différents fournissent des services complets en travaillant avec les

patients, leur famille, les personnes soignantes et les collectivités de manière à offrir la plus haute qualité de soins d'un établissement à un autre²²».

Professionnels de la santé devraient connaître le contexte historique des peuples autochtones canadiens et être sensibles aux répercussions des traumatismes intergénérationnels et des torts physiques, mentaux, affectifs et sociaux que vivent les personnes, les familles et les collectivités autochtones.

Un système de santé de qualité supérieure fournit une bonne accessibilité, une bonne expérience et de bons résultats pour tout le monde en Ontario, peu importe où ils vivent, ce qu'ils possèdent ou qui ils sont.

Moyens de mesurer le succès

Le Comité consultatif de la norme de qualité sur l'arthrose a cerné un petit nombre d'objectifs globaux pour cette norme de qualité. Ces objectifs ont été associés à des indicateurs qui peuvent être utilisés pour évaluer la qualité des soins à l'échelle provinciale et locale.

Moyens de mesurer le succès à l'échelle provinciale

Vous pourriez évaluer la qualité des soins que vous offrez aux personnes présentant de l'arthrose. Vous pourriez également surveiller vos propres efforts d'amélioration de la qualité. Pour ce faire, vous pourriez utiliser vos propres dossiers cliniques, ou vous pourriez devoir recueillir des données supplémentaires. Nous recommandons la liste

d'indicateurs potentiels suivants, bien qu'ils ne puissent pas être mesurés au moyen des sources de données actuellement disponibles à l'échelle provinciale :

- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont déclaré le contrôle à long terme de leur douleur comme étant acceptable
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont déclaré un niveau élevé de réussite à autogérer leur affection

À PROPOS DE CETTE NORME DE QUALITÉ SUITE

- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont accès en temps opportun aux stratégies de gestion de la réadaptation (tels que l'éducation, l'exercice et la gestion du poids)
- Temps d'attente médian pour un premier rendez-vous avec un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose (c.-à-d. des compétences supplémentaires en rhumatologie, en chirurgie orthopédique, en médecine du sport et de l'exercice ou en gestion de la douleur)
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui sont aiguillées vers un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires dans la gestion de l'arthrose (c.-à-d. des compétences supplémentaires en rhumatologie, en chirurgie orthopédique, en médecine du sport et de l'exercice ou en gestion de la douleur) qui ont leur premier rendez-vous en temps opportun

Remarque : Le délai ciblé pour consulter un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires dans la gestion de l'arthrose variera en fonction du type de professionnel et des caractéristiques cliniques du patient.

En outre, chaque énoncé de qualité de cette norme est accompagné d'un ou de plusieurs indicateurs. Ces indicateurs visent à orienter la mesure des efforts d'amélioration de la qualité liés à la mise en œuvre des énoncés. Pour évaluer la prestation équitable des soins, les indicateurs de norme de qualité peuvent être classés selon les caractéristiques socioéconomiques et démographiques du patient ou de l'aidant naturel, notamment le revenu, l'éducation, la langue, l'âge, le sexe et le genre.

Énoncés de qualité en bref

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 1 :

Évaluation clinique à des fins de diagnostic

Les personnes qui ont des douleurs articulaires persistantes, atraumatiques ou liées au mouvement, et des douleurs ou des raideurs matinales d'une durée inférieure à 30 minutes reçoivent un diagnostic d'arthrose après une évaluation clinique. L'imagerie radiologique n'est pas nécessaire pour faire un diagnostic chez les personnes de 40 ans ou plus si elles présentent les symptômes typiques de l'arthrose.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 2 :

Évaluation complète pour renseigner le plan de soins

Les personnes qui ont reçu un diagnostic d'arthrose reçoivent une évaluation complète de leurs besoins pour orienter l'élaboration de leur plan de soins.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 3 :

Éducation des patients

Du matériel informatif est proposé aux personnes présentant de l'arthrose afin de faciliter un plan d'autogestion. Cette information est fournie dans des formats accessibles.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 4 :

Plan d'autogestion du patient

Les personnes présentant de l'arthrose sont encouragées à élaborer un plan d'autogestion personnalisé, orienté sur les objectifs, et qui évolue pour s'attaquer à la gestion constante des symptômes et à l'accès aux ressources et à du soutien.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 5 :

Exercice thérapeutique

Les personnes présentant de l'arthrose de la hanche ou du genou sont fortement encouragées à participer à des séances d'entraînement neuromusculaire évolutif spécifique, à du renforcement musculaire et à des exercices aérobiques à une fréquence, à une intensité et à une durée suffisantes pour maintenir ou améliorer la santé articulaire et la forme physique.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 6 :

Activité physique

Les personnes présentant de l'arthrose sont vivement encouragées à optimiser leur activité physique et à réduire au minimum l'activité sédentaire, et des renseignements ainsi que du soutien sont mis à leur disposition afin de les aider à atteindre ces objectifs.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 7 :

Gestion du poids

Des stratégies de gestion du poids axées sur le patient sont offertes aux personnes présentant de l'arthrose qui sont obèses ou en surpoids, et les personnes qui ont un poids normal sont encouragées à maintenir leur poids.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 8 :

Gestion pharmacologique des symptômes

Des médicaments sont offerts aux personnes présentant de l'arthrose symptomatique pour réduire la douleur lorsque les traitements non pharmacologiques ne suffisent pas à soulager leurs symptômes.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 9 :

Aiguillage vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose

Les personnes présentant d'arthrose, lorsque cliniquement indiquées, sont aiguillées par leur fournisseur de soins primaires à un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose.

ÉNONCÉ DE QUALITÉ 10 :

Aiguillage pour une évaluation de chirurgie des articulations

Les personnes présentant de l'arthrose dont les symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés grâce à la gestion non chirurgicale et dont la qualité de vie est amoindrie en raison des symptômes liés à leur articulation devraient être aiguillées à une évaluation pour une chirurgie des articulations.

Évaluation clinique à des fins de diagnostic

Les personnes qui ont des douleurs articulaires persistantes, atraumatiques ou liées au mouvement, et des douleurs ou des raideurs matinales d'une durée inférieure à 30 minutes reçoivent un diagnostic d'arthrose après une évaluation clinique. L'imagerie radiologique n'est pas nécessaire pour faire un diagnostic chez les personnes de 40 ans ou plus si elles présentent les symptômes typiques de l'arthrose.

Contexte

Chez les personnes âgées de 40 ans ou plus qui présentent les symptômes typiques de l'arthrose, un diagnostic de l'arthrose peut être fondé une évaluation clinique (antécédents et examen physique). Il n'est pas nécessaire de faire une imagerie radiologique (p. ex., une radiographie, une imagerie par résonance magnétique [IRM]) ou des analyses de laboratoire (p. ex., analyse de sang)²³.

L'évaluation clinique est le moyen le plus précis pour diagnostiquer l'arthrose parce que les symptômes ne correspondent pas toujours aux résultats

visibles sur une radiographie ou une IRM. Certaines personnes ont des douleurs intenses et ont peu de changements visibles sur l'imagerie, tandis que d'autres ont très peu de symptômes malgré des changements structurels modérés à graves dans leur articulation. En outre, les changements visibles dans les os sur la radiographie sont une caractéristique assez tardive dans la progression de l'affection. Des changements visibles sur une radiographie ne nécessitent pas un traitement si la personne ne présente pas de symptômes.

CONTEXTE SUITE

L'arthrose peut être diagnostiquée chez les personnes de moins de 40 ans lorsque d'autres facteurs comme une blessure préalable (dans les derniers dix ans ou dans un passé plus lointain) ou des déformations congénitales, par exemple, une dysplasie de l'articulation de la hanche, sont présents en plus des symptômes typiques de l'arthrose.

Pour les adultes qui présentent des caractéristiques atypiques de l'arthrose ou dans les cas où un diagnostic différent est envisagé, il pourrait être nécessaire d'effectuer d'autres examens. L'aiguillage vers un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose peut être envisagé pour aider à établir un diagnostic (voir Énoncé de qualité 9 : Aiguillage vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose)²⁴.

Sources : European League Against Rheumatism, 2017²³ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vous devriez consulter un professionnel de la santé si vous présentez une douleur persistante et (ou) une raideur au genou, à la hanche ou à la main lorsque vous bougez, sauf si vous vous êtes récemment blessés à cette articulation ou à la région qui l'entoure.

Diagnostiquer rapidement l'arthrose est important pour que vous puissiez gérer vos symptômes et maintenir une bonne qualité de vie. Les symptômes de l'arthrose tendent à s'aggraver avec le temps; il est donc idéal de commencer des traitements.

Pour obtenir un diagnostic de votre état de santé, votre professionnel de la santé vous examinera et vous posera des questions sur vos symptômes. Vous n'aurez pas besoin de radiographie ou d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour obtenir un diagnostic si vous êtes âgé de 40 ans ou plus et que vous présentez les symptômes typiques de l'arthrose. La raison est que l'arthrose est une maladie fréquente dans ce groupe d'âge et qu'une radiographie ou une IRM n'expliquera pas vos symptômes ni n'aidera à établir un diagnostic. Les décisions initiales concernant votre traitement sont normalement basées sur l'examen et sur la façon dont vos symptômes influent sur votre vie.

Pour les cliniciens

Diagnostiquer l'arthrose chez les adultes après une évaluation clinique si la personne présente des symptômes typiques de l'arthrose (voir Définitions)²³. L'imagerie radiologique n'est pas nécessaire pour faire un diagnostic chez les personnes de 40 ans ou plus qui présentent des symptômes typiques de l'arthrose. Pour les adultes qui présentent des caractéristiques atypiques de l'arthrose ou dans les cas où un diagnostic différent est envisagé, il pourrait être

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Symptômes typiques de l'arthrose

Douleurs articulaires persistantes, atraumatiques ou liées au mouvement, raideur et (ou) enflure. Des raideurs matinales d'une durée inférieure à 30 minutes peuvent être ou non présentes. Les symptômes peuvent être présents dans une ou quelques articulations^{19, 23}.

Caractéristiques atypiques

Des antécédents récents de blessure, un blocage articulation, des raideurs articulations matinales de longue durée, une rapide apparition des symptômes, la présence d'une articulation enflée et chaude, de la fièvre, des frissons, des sueurs ou un malaise général. Des caractéristiques atypiques indiquent généralement la nécessité de faire d'autres examens afin de déterminer d'autres diagnostics ou différents diagnostics, y compris un corps libre, une blessure méniscale, la goutte ou d'autres arthrites inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite septique, et une tumeur (s'il y a une douleur à l'os ou au tissu mou)²⁵.

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE

nécessaire d'effectuer d'autres examens (p. ex., l'imagerie et (ou) des analyses sanguines) ou il faut aiguiller le patient vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose pour aider à établir un diagnostic (voir Énoncé de qualité 9 : Aiguillage vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose).

Pour les services de santé

S'assurer que les professionnels de la santé ont des politiques et des processus clairs en place pour faire un diagnostic en se fondant sur une évaluation clinique pour les personnes avec des symptômes typiques de l'arthrose (sans imagerie radiologique). Les fournisseurs de services devraient également surveiller l'utilisation à l'imagerie pour établir un diagnostic de l'arthrose chez les adultes pour s'assurer qu'elle n'est pas être utilisée de manière inappropriée.

Indicateurs de qualité

Indicateur de processus

Pourcentage de personnes âgées de 40 ans et plus qui présentent des symptômes typiques de l'arthrose et qui passent une radiographie ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) afin d'établir un diagnostic (un pourcentage plus bas est mieux).

- Dénominateur : nombre total de personnes âgées de 40 ans et plus qui présentent des symptômes typiques de l'arthrose
- Numérateur : nombre total de personnes dans le dénominateur qui passent une radiographie ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) afin d'établir un diagnostic
- Sources des données : Collecte des données locales.

Évaluation complète pour renseigner le plan de soins

Les personnes qui ont reçu un diagnostic d'arthrose reçoivent une évaluation complète de leurs besoins pour orienter l'élaboration de leur plan de soins.

Contexte

Une évaluation complète des besoins va au-delà de l'examen clinique et porte sur toute la personne. L'évaluation doit prendre en compte les facteurs sociaux et psychologiques qui ont une incidence sur la qualité de vie, la capacité d'exécuter les activités de la vie quotidienne ainsi que la participation à travail, les obligations familiales et les activités récréatives¹⁹.

Les personnes présentant de l'arthrose vivent un cycle complexe de problèmes en raison de leurs symptômes. Les douleurs articulaires peuvent causer par un sommeil perturbé, de la fatigue, des limites fonctionnelles et de l'invalidité, qui entraînent souvent des changements de l'humeur, une intensification de la douleur, l'évitement de l'activité et, par conséquent, une aggravation des symptômes et une invalidité encore importante¹³,

CONTEXTE SUITE

L'obésité morbide et des affections chroniques coexistantes, qui sont plus probables chez les personnes présentant d'arthrose, auront une incidence sur leurs symptômes et la gestion globale de leur état²⁶. L'évaluation complète devrait s'attaquer aux besoins médicaux de la personne (y compris, l'indice de masse corporelle [IMC] et les affections de la santé coexistantes), ainsi que leurs besoins sociaux et émotionnels. Cette évaluation devrait renseigner l'élaboration d'un plan de soins qui est axé sur les patients et adapté aux besoins, aux préférences et aux objectifs de la personne.

Sources : American College of Rheumatology 2012²⁷ | US Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2014²⁸ | European League Against Rheumatism 2013²⁹ | National Institute for Health and Care Excellence 2014¹⁹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vos professionnels de la santé devraient faire une évaluation complète de votre santé globale. Ils devraient discuter avec vous de l'incidence qu'a votre arthrose sur votre énergie, votre humeur, votre sommeil, votre travail, vos passe-temps, votre famille et votre vie sociale.

Ils devraient utiliser ces renseignements pour élaborer un plan de soins avec vous qui commence dans les 3 mois suivants votre diagnostic. Votre plan de soins décrit la façon dont vos professionnels de la santé et vous-même collaborerez pour atténuer vos symptômes et améliorer votre capacité à continuer d'exercer vos activités quotidiennes. Ensemble, vous devrez revoir ce plan à chaque consultation et y apporter des changements au besoin.

Pour les cliniciens

Effectuer et documenter une évaluation complète (voir Définitions) pour les personnes présentant de l'arthrose. Cette évaluation est réalisée dans les 3 mois du diagnostic de la personne et est révisée régulièrement, chaque fois que le patient vous consulte ou signale un nouveau symptôme ou établit un nouvel objectif pour leur plan de soins (voir Définitions).

Pour les services de santé

S'assurer que tous les milieux de soins de santé ont des outils d'évaluation, des systèmes, des processus et des ressources en place pour effectuer des évaluations complètes des besoins des adultes présentant de l'arthrose dans les 3 mois suivant leur diagnostic et régulièrement par la suite afin de renseigner leur plan de soins (comme décrit dans les définitions).

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Évaluation complète des besoins

En collaboration avec le patient, cette évaluation doit tenir compte de leur arthrose dans son contexte plus vaste. L'évaluation devrait être adaptée afin de prendre en compte les besoins de la personne et doit tenir compte des aspects suivants³⁰ :

- Fonctions et structures corporelles – la douleur, la raideur, la qualité de sommeil, l'humeur, l'amplitude de mouvement de l'articulation, la fonction sexuelle, le poids (IMC), d'autres états de santé coexistants
- Activités – les activités de la vie quotidienne (p. ex., soins de la personne, capacité à marcher) ; les activités essentielles de la vie quotidienne (p. ex., tâches ménagères, préparer les repas, faire les courses, gérer les médicaments)
- Participation – les obligations familiales, les activités récréatives, l'exercice, l'emploi
- Facteurs personnels – l'utilisation d'aides à la mobilité et d'accessoires de mobilité (p. ex., une canne, des attelles, des appareils orthopédiques), l'évitement de l'activité, les attitudes envers l'exercice, les croyances à propos de la santé, le statut socioéconomique, la culture
- Facteurs environnementaux – le réseau de soutien, le lieu de travail (p. ex., la souplesse des heures de travail), la disponibilité locale des ressources pour les soins de l'arthrose

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage de personnes ayant reçu un diagnostic d'arthrose pour lesquelles une évaluation complète des besoins est effectuée et pour lesquelles un plan de soins est élaboré dans les 3 mois suivant leur diagnostic

- Dénominateur : nombre de personnes ayant reçu un diagnostic d'arthrose
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur ayant reçu un diagnostic d'arthrose pour lesquelles une évaluation complète des besoins est effectuée et pour lesquelles un plan de soins est élaboré dans les 3 mois suivant leur diagnostic
- Sources des données : Collecte des données locales.

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui signalent un changement important de leur(s) symptôme(s) surveillé(s) ou un nouveau symptôme ou établissent un nouvel objectif et qui examinent leur évaluation complète de leurs besoins et leur plan de soins avec leur professionnel de la santé

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant de l'arthrose qui signalent un changement important de leur(s) symptôme(s) surveillé(s) ou un nouveau symptôme ou qui établissent un nouvel objectif pour lesquelles est effectuée une évaluation complète.
- Numérateur : nombre total de personnes comprises dans le dénominateur qui examinent leur évaluation complète des besoins et leur plan de soins avec leur professionnel de la santé
- Sources des données : Collecte des données locales.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Plan de soins

Ce plan documenté décrit les besoins de santé évalués, les préférences et les objectifs de la personne, ainsi que les soins qui seront fournis pour répondre à ceux-ci. Le plan de soins devrait être mis en place dans les 3 mois du diagnostic de la personne et être révisé régulièrement, chaque fois que le patient consulte leur professionnel de la santé ou signale un nouveau symptôme ou établit un nouvel objectif. Le plan de soins devrait inclure un plan d'autogestion continu pour l'état chronique d'une personne (voir Énoncé de qualité 4 : Plan d'autogestion du patient).

Éducation des patients

Du matériel informatif est proposé aux personnes présentant de l'arthrose afin de faciliter un plan d'autogestion. Cette information est fournie dans des formats accessibles.

Contexte

L'objectif de l'éducation des patients est d'améliorer leur confiance dans leur capacité à gérer une affection et ses résultats de santé¹⁹. L'éducation des patients pour les personnes présentant de l'arthrose soutient la compréhension de l'affection et encourage les changements positifs dans les attitudes, les comportements en matière de santé et les croyances à propos de la douleur, de l'activité physique et des dommages aux articulations. Cette éducation devrait inclure des renseignements en particulier, comme l'importance de la gestion du poids et les avantages de l'activité physique, afin de favoriser les comportements positifs pour la santé.

Les patients devraient recevoir ces renseignements peu de temps après leur diagnostic et de façon continue afin de comprendre les changements dans leurs symptômes ou leurs capacités fonctionnelles. L'éducation peut être fournie dans différents formats, y compris des séances individuelles personnalisées, des programmes d'information en groupe dans le milieu clinique ou un aiguillage vers les programmes d'information communautaires. Tous les sujets mentionnés dans la section Définitions de cet énoncé ne seront pas pertinents pour toutes les personnes présentant de l'arthrose, et d'autres sujets pourraient être pertinents pour des personnes en particulier.

CONTEXTE SUITE

Le partage de renseignements fait partie intégrante de la gestion de l'arthrose et devrait inclure les membres de la famille et les aidants naturels, s'il y a lieu. Les renseignements fournis doivent être choisis en fonction des besoins individuels de la personne présentant de l'arthrose, leur perception de leur affection, leurs capacités d'apprentissage, et leur volonté de changer.

Sources : American College of Rheumatology, 2012²⁷ | European League Against Rheumatism, 2013²⁹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vos professionnels de la santé devraient vous aider à en apprendre davantage sur votre arthrose et sur la manière de la gérer. Ils peuvent vous fournir des renseignements directement ou vous recommander des programmes d'information dans votre collectivité. Ils devraient également vous fournir des renseignements lorsque vous recevez le diagnostic, puis à mesure que vos besoins changent.

Chaque personne aura besoin de renseignements différents, mais il y a des éléments communs que toutes les personnes présentant de l'arthrose devraient connaître :

- Vos professionnels de la santé devraient discuter avec vous de l'importance d'être actif physiquement, de faire des exercices particuliers et de gérer votre poids. Ces choses peuvent vous aider à réduire votre douleur et à atténuer d'autres symptômes (comme le manque de sommeil et les sauts d'humeur) ainsi qu'à maintenir votre capacité à fonctionner correctement
- Vos professionnels de la santé devraient vous montrer comment protéger vos articulations et prévenir les blessures tout en étant actif physiquement (par exemple, en prenant de courtes pauses pour permettre aux articulations de se reposer)

Pour les cliniciens

Offrir de l'éducation (ou aiguiller vers des programmes d'information communautaires) selon les besoins des personnes présentant de l'arthrose afin d'améliorer leur compréhension de l'affection et de sa gestion. Les renseignements devraient inclure tous les aspects de la gestion et être renforcés et accrus au cours de consultations ultérieures. Les membres de la famille et les aidants naturels devraient être inclus, si approprié.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Éducation

L'éducation des patients doit inclure des renseignements dans des formats oraux, écrits et (ou) électroniques (p. ex., l'apprentissage électronique, les sites Web). L'éducation devrait être personnalisée et peut inclure les types de renseignements suivants :

- Un aperçu de l'affection (p. ex., la nature de l'arthrose), ses causes (surtout celles qui se rapportent à la personne), ses conséquences (p. ex., relation entre la douleur et le sommeil, la douleur et la fonction, l'incidence émotionnelle de la douleur) et le pronostic
- Une description des mythes courants (p. ex., utiliser les articulations touchées endommagera les articulations)
- La vie avec l'arthrose et la gestion de l'affection (voir Énoncé de qualité 4 : Plan d'autogestion des patients)
- L'importance d'un mode de vie actif (voir Énoncé de qualité 5 : Exercice thérapeutique et Énoncé de qualité 6 : Activité physique), d'une alimentation saine (voir Énoncé de qualité 7 : Gestion du poids), de gérer les perturbations du sommeil
- La différence entre l'exercice thérapeutique et l'activité physique, ainsi que la nécessité de faire les deux
- La manière de protéger les articulations et de prévenir les blessures
- La valeur d'essayer les traitements non pharmacologiques avant de commencer à prendre des médicaments (voir les définitions dans l'Énoncé de qualité 8 : Gestion pharmacologique des symptômes)

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE

Pour les services de santé

S'assurer que tous les milieux de soins de santé offrent de l'éducation des patients aux adultes présentant de l'arthrose, y compris des séances d'information et du matériel sur des supports écrits et électroniques. La structure des séances et le format du matériel doivent être fondés sur les besoins particuliers de la population locale.

Indicateurs de qualité**Indicateur de processus**

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui reçoivent de l'éducation dans un format accessible sur l'arthrose et la gestion de l'arthrose

- Dénominateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose
- Numérateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose qui reçoivent de l'éducation dans un format accessible sur l'arthrose et la gestion de l'arthrose
- Sources des données : Collecte des données locales.

Indicateur de résultat

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont déclaré un niveau élevé de réussite à autogérer leur affection

- Dénominateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont déclaré un niveau élevé de réussite à autogérer leur affection
- Sources des données : Collecte des données locales.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ**Éducation (suite)**

- Avantages et risques des médicaments (voir Énoncé de qualité 8 : Gestion pharmacologique des symptômes)
- Des conseils et de la formation sur les aides à la mobilité et les accessoires de mobilité (p. ex., des chaussures, des orthèses, des appareils orthopédiques, des attelles, des cannes) et les principes de l'ergonomie afin d'améliorer les capacités fonctionnelles quotidiennes et la participation aux rôles sociaux et au travail
- L'application locale de chaleur ou de froid en guise de complément à d'autres traitements
- Relation entre le poids et les symptômes de l'arthrose (voir Énoncé de qualité 7 : Gestion du poids)
- Façon de s'adapter lorsque la fonction sexuelle est touchée par les symptômes de l'arthrose
- Lorsque des aiguillages peuvent être nécessaires pour une évaluation ou un traitement additionnel (voir Énoncé de qualité 9 : Aiguillage vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose et Énoncé de qualité 10 : Aiguillage pour une évaluation de chirurgie des articulations)
- Renseignements sur les groupes de soutien et les associations de patients
- Encouragement à obtenir des renseignements sur des essais cliniques pertinents

Plan d'autogestion du patient

Les personnes présentant de l'arthrose sont encouragées à élaborer un plan d'autogestion personnalisé, orienté sur les objectifs, et qui évolue pour s'attaquer à la gestion constante des symptômes et à l'accès aux ressources et à du soutien.

Contexte

L'autogestion est une démarche fondée sur un problème conçue pour aider les gens à acquérir de la confiance dans leur capacité à développer des compétences pour mieux gérer leur arthrose (y compris leurs symptômes) et d'autres problèmes de santé^{31,32}. Soutenir les personnes dans l'autogestion de leur affection leur permet de jouer un rôle actif dans la compréhension de leur affection et de la meilleure façon de le gérer, ce qui leur permet de

déterminer leurs priorités et objectifs de la gestion de leur santé¹⁹. Les plans d'autogestion peuvent être mis au point dans le cadre de programmes individuels ou en groupes, qui comprennent l'avantage du soutien par les pairs et les possibilités d'interaction. Il peut également être important de faire participer un membre de la famille ou un aidant naturel, tout particulièrement pour les personnes qui présentent des affections chroniques multiples.

CONTEXTE SUITE

Dans le plan d'autogestion, les personnes énoncent les difficultés associées à leur l'arthrose et d'autres problèmes de santé, établissent des objectifs, créent des plans d'action, résolvent des problèmes afin de comprendre les stratégies qu'elles peuvent utiliser pour surmonter les obstacles et surveillent leurs progrès dans l'atteinte de leurs objectifs. ³³ Les professionnels de la santé jouent un rôle important dans le soutien des patients dans l'élaboration d'un plan d'autogestion personnalisé et axé sur les objectifs et dans la révision de ce plan de façon continue.

Sources : American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2013³⁴ | American College of Rheumatology, 2012²⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁹ | Osteoarthritis Research Society International, 2014³⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Vos professionnels de la santé devraient collaborer avec vous pour créer un plan d'autogestion. C'est cette partie du plan qui est axée sur le **rôle que vous jouez** dans vos soins.

Votre plan d'autogestion est un plan dans lequel vous pouvez établir des objectifs pour apprendre à vivre avec l'arthrose, créer des plans d'action, résoudre des problèmes qui peuvent survenir et faire le suivi de vos progrès.

Votre plan devrait comprendre les renseignements sur la façon d'accéder aux services locaux, comme les séances d'exercices, les programmes de gestion de poids et les groupes de soutien.

Votre plan devra également prendre en compte toutes les autres affections médicales que vous avez et qui pourraient influencer vos objectifs et vos capacités.

Selon vos besoins, votre plan devrait également comprendre des renseignements sur les aides à la mobilité et les accessoires de mobilité existants comme les chaussures adaptées, les appareils orthopédiques pour la jambe, les orthèses et les poignées d'appui. Ces accessoires fonctionnels peuvent vous aider à rester actif et à bien fonctionner.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Plan d'autogestion

Le plan devrait être un document écrit et (ou) électronique qui répond aux besoins de santé physique et psychosociale. Il peut comprendre²⁵ ce qui suit :

- Un dossier de la démarche convenu mutuellement pour autogérer l'arthrose qui tient compte d'autres affections chroniques
- Objectifs personnalisés
- Renseignements sur l'affection et les traitements choisis, la façon de trouver des groupes de soutien et des renseignements en ligne, et des détails sur les programmes d'autogestion offerts à l'échelle locale
- Un plan pour accéder aux conseils et au soutien pour les éléments suivants :
 - Gestion des aspects émotionnels de l'arthrose et de son incidence sur la santé mentale et des relations
 - Participation dans l'exercice thérapeutique afin d'augmenter l'activité physique, y compris les stratégies de dosage des efforts et des renseignements sur les services locaux comme de la physiothérapie ou des soins chiropratiques, des classes d'exercice catégoriques, des groupes et des installations
 - Gestion du poids pour les personnes qui ont un surpoids ou qui sont obèses, y compris un aiguillage vers un diététiste ou d'autres ressources locales

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE

Pour les cliniciens

Travailler avec des personnes présentant de l'arthrose afin de soutenir l'élaboration d'un plan d'autogestion personnalisé axé sur les objectifs qui donne des renseignements sur la personne et des conseils sur la gestion continue de leurs symptômes et les dirige à des ressources et aux autres soutiens dont ils peuvent avoir besoin. Il peut s'agir d'aiguiller les personnes vers d'autres cliniciens (voir Énoncé de qualité 9 : Aiguillage vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion d'arthrose), des services et des ressources communautaires.

Pour les services de santé

S'assurer que tous les milieux de soins de santé ont des systèmes et des processus en place pour que les personnes présentant de l'arthrose participent à l'élaboration d'un plan d'autogestion personnalisé axé sur les objectifs qui traite de la gestion continue de leurs symptômes et de la manière d'avoir accès aux ressources et aux soutiens, au besoin.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ**Plan d'autogestion (suite)**

- Types et utilisations appropriés d'aides à la mobilité et d'accessoires de mobilité et aiguillage vers des services locaux et aiguillage comme un chiropraticien, un ergothérapeute, un orthésiste, un podio-orthésiste, un podiatre ou un physiothérapeute; ces professionnels peuvent offrir des conseils sur les bonnes chaussures à porter, les orthèses (tels que des semelles et des appareils orthopédiques, des supports et de la protection de l'articulation carpométacarpienne du pouce) et les appareils et accessoires fonctionnels (par exemple, des cannes et des dispositifs pour ouvrir des robinets)
- Gestion non pharmacologique de la douleur (tels que l'application de la chaleur ou du froid, l'exercice thérapeutique, et l'utilisation des aides et des accessoires).
- Gestion de la douleur, y compris les traitements pharmacologiques qui peuvent fournir du soutien (p. ex., pharmacies communautaires).
- Stratégies pour l'autosurveillance des patients, l'utilisation de simples mesures qui permettent de voir la façon dont ils réagissent à la gestion
- Un plan pour réviser des symptômes de l'arthrose du patient et adapter le plan d'autogestion au fur et à mesure que changent leur affection et leurs besoins
- Personne-ressource pour le professionnel qui fera la surveillance et le suivi

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont un plan d'autogestion documenté

- Dénominateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont un plan d'autogestion documenté
- Sources des données : Collecte des données locales.

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui signalent un changement important de leur(s) symptôme(s) surveillé(s) ou un nouveau symptôme ou établissant un nouvel objectif et qui examinent leur plan d'autogestion avec leur professionnel de la santé

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant de l'arthrose qui signalent un changement important de leur(s) symptôme(s) surveillé(s) ou un nouveau symptôme ou qui établissent un nouvel objectif
- Numérateur : nombre total de personnes comprises dans le dénominateur qui examinent leur plan d'autogestion avec leur professionnel de la santé
- Sources des données : Collecte des données locales.

Exercice thérapeutique

Les personnes présentant de l'arthrose de la hanche ou du genou sont fortement encouragées à participer à des séances d'entraînement neuromusculaire évolutif, à du renforcement musculaire et à des exercices aérobiques à une fréquence, à une intensité et à une durée suffisantes pour maintenir ou améliorer la santé articulaire et la forme physique.

Contexte

Actuellement, le traitement le plus efficace non chirurgical pour une arthrose de la hanche et du genou est de l'exercice thérapeutique et d'autres activités physiques. L'exercice thérapeutique, un sous-ensemble de l'activité physique, est prévu, structuré, et répétitif et a pour objectif d'améliorer ou de maintenir la santé physique³⁶. Les personnes présentant d'arthrose de la hanche et du genou éprouvent fréquemment un déconditionnement physique, de la faiblesse musculaire dans les extrémités inférieures, l'instabilité fonctionnelle, ainsi qu'une mauvaise fonction neuromusculaire

qui peuvent améliorer avec l'exercice³⁷⁻⁴¹. L'exercice thérapeutique a été démontré comme réduisant la douleur, l'invalidité et l'utilisation des médicaments et comme améliorant la fonction physique, le sommeil et l'humeur chez les personnes présentant une arthrose de la hanche et du genou¹⁹. Des programmes d'exercice thérapeutique qui comprennent un entraînement neuromusculaire évolutif, du renforcement musculaire et des exercices aérobiques peuvent restaurer la force, l'équilibre, ainsi que les bons patrons de mouvements et n'endommageront pas davantage les articulations^{10,42}.

CONTEXTE SUITE

Les programmes d'exercice thérapeutique devraient être mis au point par un professionnel de la santé avec de l'expertise dans la prescription d'exercice. Le programme d'exercice thérapeutique doit être évolutif, avec un plan pour augmenter graduellement la fréquence, l'intensité et la durée suffisamment pour créer modifications physiologiques, et conçu pour optimiser la fonction⁴². Les exercices thérapeutiques pour l'arthrose de la hanche et du genou devraient cibler les quadriceps, les muscles ischiojambiers, les muscles grands fessiers et les muscles du mollet ainsi que les muscles du tronc (abdomen et dos). Les exercices doivent être adaptés aux déficits musculaires et fonctionnels propres à chaque personne en fonction des conclusions de l'évaluation clinique. Toutefois, le programme d'exercice thérapeutique peut être suivi dans un contexte de groupe, ce qui fournit une motivation supplémentaire pour les patients d'en apprendre davantage sur leur affection et d'accroître progressivement leurs exercices.

Sources: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2013³⁴ | American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2017⁴³ | American College of Rheumatology, 2012²⁷ | US Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2014²⁸ | European League Against Rheumatism, 2013²⁹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁹ | Osteoarthritis Research Society International, 2014³⁵ | Ottawa Panel, 2016⁴⁴ | Ottawa Panel, 2017^{45,46}

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si vous avez l'arthrose du genou ou de la hanche, faire des types d'exercices particuliers peut réduire votre douleur et améliorer votre capacité à bouger. Vos professionnels de la santé devraient vous offrir un programme d'exercice thérapeutique conçu pour vos besoins.

Les exercices thérapeutiques sont des programmes planifiés pour renforcer vos muscles et les développer pour qu'ils bougent de façon à réduire la charge sur vos articulations. Si vous avez l'arthrose du genou ou de la hanche, votre programme d'exercices devrait cibler les muscles dans vos jambes, votre abdomen et votre dos. Il devrait également contenir des exercices pour améliorer votre condition physique cardiaque et pulmonaire. Ainsi, vous aurez plus d'énergie pour faire vos activités.

Pour s'assurer que vous bénéficiez de ces exercices, vos professionnels de la santé devraient vous montrer la façon de les faire correctement et en toute sécurité. Ils devraient vous montrer progressivement comment faire des exercices plus difficiles et en augmenter la quantité.

Pour les cliniciens

Pour vos patients présentant une arthrose de la hanche et du genou, offrez-leur des séances d'entraînement neuromusculaire évolutif spécifique, du renforcement musculaire et des exercices aérobiques à une fréquence, à une intensité et à une durée suffisantes pour maintenir ou améliorer la santé articulaire et la forme physique. Il peut s'agir d'un aiguillage vers un programme supervisé d'exercice thérapeutique et d'éducation individuel ou en groupe. Le programme devrait être adapté aux besoins individuels de la personne, à ses circonstances et à sa motivation personnelle comme il est indiqué dans l'évaluation clinique. Le programme doit suivre l'évolution individuelle; toutefois, il peut être offert dans un contexte de groupe, selon la disponibilité des installations et des programmes locaux.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Entraînement neuromusculaire

L'objectif de cette formation est d'améliorer le mouvement contrôlé au moyen de l'activité musculaire coordonnée (contrôle sensori-moteur) et la capacité de l'articulation à rester stable pendant une activité physique (stabilité fonctionnelle)^{39,47}. Les composants comprennent la force, l'équilibre, l'agilité et le contrôle neuromusculaire pour optimiser les patrons de mouvements et réduire les charges anormales sur l'articulation^{10,48,49}.

Renforcement des muscles

Il s'agit d'exercices pour renforcer les muscles autour la région touchée de l'articulation afin de conserver l'indépendance fonctionnelle, d'améliorer l'équilibre et de réduire les risques de chutes²⁵. Cela peut prévoir des exercices non-porteurs de poids visant à former l'affaiblissement d'isolation sélective, et également des exercices avec des poids reposant sur des articulations ayant une fonction multiple.³⁹ La qualité des exercices de renforcement est optimale lorsque le niveau de l'entraînement correspond aux capacités de la personne et l'évolution est encouragée.

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE

Pour les services de santé

S'assurer que tous les milieux de soins de santé ont des systèmes, des processus et des ressources en place pour que les adultes présentant une arthrose de la hanche et du genou suivent un programme d'entraînement neuromusculaire évolutif, de renforcement musculaire et d'exercices aérobiques à une fréquence et l'intensité suffisante pour maintenir ou améliorer la santé articulaire et la forme physique.

Indicateurs de qualité**Indicateur de processus**

Pourcentage de personnes présentant une arthrose de la hanche ou du genou qui participent à des programmes d'entraînement neuromusculaire évolutif, de renforcement musculaire et d'exercices aérobiques

- Dénominateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui participent à des programmes d'entraînement neuromusculaire évolutif, de renforcement musculaire et d'exercices aérobiques
- Sources des données : Collecte des données locales.

Indicateur structurel

Disponibilité locale de programmes d'exercice thérapeutique offerts par des professionnels de la santé avec de l'expertise dans la prescription d'exercice.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ**Exercices aérobiques**

Également appelées cardio, les exercices aérobiques peuvent d'une intensité faible, modérée ou élevée qui sollicitent des consiste à utiliser des grands muscles pendant des périodes soutenues. Le vélo, des longueurs de nage et la marche dans une piscine ou dans le cadre d'un programme de marche sont des exemples d'exercices aérobiques⁶⁰. Ce type d'exercices est lié à une meilleure santé physique et mentale ainsi qu'une énergie ou une endurance accrue pour participer aux activités de tous les jours.

Activité physique

Les personnes présentant de l'arthrose sont vivement encouragées à optimiser leur activité physique et à réduire au minimum l'activité sédentaire, et des renseignements ainsi que du soutien sont mis à leur disposition afin de les aider à atteindre ces objectifs.

Contexte

L'activité physique est une activité qui consiste à bouger dans le cadre de loisirs, d'activités récréatives, du travail, du transport actif ou de tâches ménagères^{36,51}. C'est différent de l'exercice thérapeutique, qui est un type d'activité physique qui est planifiée, structurée, répétitive et qui a pour objectif d'améliorer ou de maintenir un ou plusieurs aspects de la santé physique⁵² (voir Énoncé de qualité 5 : Exercice thérapeutique). L'activité physique régulière n'endommagera pas les articulations et elle peut réduire les symptômes de l'arthrose et améliorer l'état de santé global^{19,29,35}.

Un mode de vie sédentaire est un facteur de risque connu pour l'arthrose et l'aggravation des

symptômes et peut être modifié en augmentant l'activité et l'exercice physique^{53,54}. Les personnes présentant de l'arthrose qui sont sédentaires sont également susceptibles de subir d'autres pertes de qualité de vie si elles deviennent de plus en plus sédentaires^{54,55}. Elles pourraient avoir besoin d'éducation de la part d'un professionnel de la santé qui comprend des renseignements et du soutien dans l'élaboration d'un plan pour commencer, y compris la manière d'intégrer l'activité physique dans leur vie quotidienne et des conseils sur la gestion des symptômes, par exemple, faire de l'activité physique à des niveaux acceptables de douleur plutôt que d'éviter la douleur⁵⁶⁻⁵⁸.

CONTEXTE SUITE

L'activité physique régulière est recommandée, autant que la personne est capable de faire et peut tolérer, dans l'objectif d'accumuler au moins 150 minutes d'activité aérobique modérée à intense par semaine, en période de 10 minutes ou plus⁵⁶⁻⁵⁸. L'activité modérée entraîne un peu de transpiration et d'essoufflement chez les adultes. La marche d'un bon pas, le vélo, les tâches ménagères, la danse et le jardinage sont des exemples d'activités modérées. L'activité intense entraîne de la transpiration et un essoufflement chez les adultes. La marche rapide, le vélo dans des montées et des longueurs de nage sont des exemples d'activités intenses.

Pour les personnes qui ne sont pas en mesure d'atteindre l'objectif recommandé, une petite quantité d'activité physique vaut mieux que rien. Des gains en qualité de vie peuvent être obtenus en remplaçant les activités sédentaires (assis, couché) par des intervalles quotidiens de 10 minutes d'activité physique modérée ou intense ou une heure de faible activité physique, telle que la marche lente, faire un lit et la préparation de repas⁵⁴. Si l'activité physique n'aggrave pas la douleur ou n'entraîne pas une enflure de l'articulation, il est sécuritaire de faire de l'activité physique pendant plus de temps⁵⁶⁻⁵⁸.

Sources : American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2013³⁴ | American College of Rheumatology, 2012²⁷ | US Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2014²⁸ | European League Against Rheumatism, 2013²⁹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁹ | Osteoarthritis Research Society International, 2014³⁵ | Ottawa Panel, 2011⁵⁹ | Ottawa Panel, 2016⁴⁴ | Ottawa Panel, 2017⁶⁰

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

En plus de votre programme d'exercices thérapeutiques, vos professionnels de la santé devraient vous encourager à être actif physiquement chaque jour. Même un faire tout petit peu d'activités physiques est bon. Faire de l'activité physique régulièrement peut beaucoup réduire la douleur et la raideur causées par votre arthrose et améliorer votre état de santé globale.

La marche, le vélo, la nage, l'aviron, l'aquaforme et la marche dans la piscine sont tous des activités qui sont bonnes pour assouplir les articulations. Le yoga et le tai-chi sont également de bonnes activités. Mais certaines positions devront peut-être être modifiées pour vos besoins.

La marche d'un bon pas, le vélo, les tâches ménagères, la danse et l'entretien du jardin sont des exemples d'activités modérées.

Des exemples d'activités intenses sont la marche rapide, le vélo dans des montées et des longueurs de nage.

Ce n'est pas parce que vous ressentez de la douleur lorsque vous êtes actif que vous endommagez vos articulations. Si une activité aggrave vos symptômes, vos professionnels de la santé devraient vous montrer comment la modifier ou vous en recommander d'autres.

Vous devriez faire autant d'activités physiques que vous vous sentez capable de faire. Un bon objectif est de faire au moins 150 minutes d'activités modérées à intenses par semaine. En étant actif, même en lot de 10 minutes ou plus, vous améliorerez vos conditions physiques.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Renseignements et soutien

Les éléments peuvent comprendre ce qui suit :

- Comprendre que les douleurs articulaires causées par l'activité physique ne signifient pas que des dommages sont causés et qu'il y a plus de risque pour la santé et plus de risque d'accroître les douleurs articulaires à ne pas être actif
- Comprendre que l'activité physique va probablement augmenter la douleur un peu ou modérément et que l'application de moyens thermiques (chaleur ou froid) ou la prise de médicaments après l'activité peuvent être utilisées pour gérer cette douleur
- Doser l'activité de façon à ce qu'elle soit entrecoupée par de courtes périodes de repos
- Élaborer un plan d'activité physique personnalisé, en fonction des besoins et des préférences de la personne, en établissant des objectifs réalistes qui augmentent graduellement (p. ex., des périodes de 10 minutes de marche pour atteindre 5 000 pas par jour, augmentant graduellement à des périodes de 30 minutes pour atteindre 10 000 pas par jour)
- Résoudre des problèmes façon itérative pour mettre l'accent sur les compétences afin d'améliorer la conformité au plan et de renforcer le maintien (p. ex., les dispositifs de suivi d'activité ou d'autres applications électroniques mobiles qui mesurent les pas faits, les programmes de motivation, les registres d'activité, les renseignements écrits ou les ressources électroniques, des séances de stimulation).

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE

Si vous trouvez qu'un objectif de 150 minutes par semaine est trop difficile, vous pouvez commencer par des objectifs qui sont plus réalistes pour vous, puis augmenter graduellement votre temps d'activités physiques par jour.

Vos professionnels de la santé devraient vous aider à créer un plan qui vous permettra d'atteindre vos objectifs ou vous recommander des programmes communautaires qui pourraient vous aider.

Pour les cliniciens

Encouragez vos patients présentant de l'arthrose à optimiser leur activité physique et à réduire au minimum l'activité sédentaire. Expliquez l'importance d'être physiquement actif chaque jour, tant pour leur arthrose que pour leur état de santé global. Fournissez des renseignements sur les stratégies et les ressources pour les aider à élaborer un plan d'activité physique personnalisé qui répond à leurs besoins et respecte leurs préférences. Au besoin, aiguillez les patients vers d'autres professionnels de la santé (p. ex., chiropraticiens, physiothérapeutes, médecins en médecine du sport et de l'exercice) ou des programmes communautaires qui offrent de l'éducation et du soutien par les pairs et qui favorisent la participation continue à de l'activité physique quotidienne pour les personnes présentant de l'arthrose.

DEFINITIONS USED WITHIN THIS QUALITY STATEMENT**Renseignements et soutien (suite)**

- Il faut choisir des activités que la personne aime, par exemple²⁴ :
 - Exercices cardiovasculaires et (ou) exercices de résistance sur la terre ferme (p. ex., marche, le vélo).
 - Activités qui exigent un contrôle neuromusculaire, modifiées au besoin (p. ex., le yoga, Tai Chi).
 - Exercice aquatique (p. ex., natation, aquaforme, marche dans une piscine)
- Aider les personnes sédentaires à faire un plan pour commencer ; si la douleur est un obstacle à l'activité physique, peut-être fournir des médicaments contre la douleur (voir Énoncé de qualité 8 : Gestion pharmacologique des symptômes)

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE

Pour les services de santé

S'assurer que tous les milieux de soins de santé ont des systèmes, des processus et des ressources en place pour que les adultes présentant de l'arthrose reçoivent des renseignements et du soutien sur la façon d'optimiser leur activité physique et de réduire au minimum l'activité sédentaire. S'assurer que tous les milieux de soins de santé ont des systèmes et des processus en place pour que les personnes présentant de l'arthrose participent à l'élaboration d'un plan d'activité physique personnalisé. S'assurer que des programmes locaux appropriés sont disponibles pour soutenir un mode de vie physiquement actif, y compris un aiguillage aux installations et aux programmes communautaires d'activité physique qui offrent des activités comme de la marche, des activités aquatiques, du yoga ou du Tai Chi.

Indicateurs de qualité**Indicateur de processus**

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui reçoivent de l'information et du soutien pour participer à de l'activité physique quotidienne d'un professionnel de la santé

- Dénominateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose
- Numérateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose qui reçoivent de l'information et du soutien pour participer à de l'activité physique quotidienne d'un professionnel de la santé
- Sources des données : Collecte des données locales.

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE

Indicateur de résultat

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui font chaque semaine au moins 150 minutes d'activité physique modérée à soutenue

- Dénominateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose
- Numérateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose qui font chaque semaine au moins 150 minutes d'activité physique modérée à soutenue
- Sources des données : Collecte des données locales.

Indicateur structurel

Disponibilité locale de programmes qui soutiennent un mode de vie physiquement actif, y compris des installations et des programmes communautaires d'activité physique

Gestion du poids

Des stratégies de gestion du poids axées sur le patient sont offertes aux personnes présentant de l'arthrose qui sont obèses ou en surpoids, et les personnes qui ont un poids normal sont encouragées à maintenir leur poids.

Contexte

Le surpoids ou l'obésité est un facteur de risque connu pour développer et aggraver l'arthrose. Les stress contributifs sur le corps sont complexes et comprennent des facteurs biomécaniques (p. ex., une charge plus grande ou anormale sur l'articulation, une perte de masse musculaire et de force au fil du temps, un stress mécanique menant à la sécrétion de médiateurs inflammatoire par les tissus des articulations) et des facteurs non mécaniques (p. ex., les médiateurs inflammatoires produits dans les tissus adipeux)⁶¹.

Une combinaison de perte de poids et de l'exercice est la démarche la plus bénéfique pour gérer l'arthrose^{59,61}. Les personnes qui ont un surpoids ou qui sont obèses devraient se faire proposer

des stratégies de gestion du poids ou elles devraient être aiguillées vers des programmes communautaires pour les aider à perdre au moins 5 % de leur poids corporel pour obtenir un certain soulagement des symptômes^{28,35}, idéalement 10 % ou plus pour obtenir des améliorations importantes des symptômes, de la fonction physique et de la qualité de vie liée à la santé⁶¹. Les médicaments et la chirurgie peuvent aussi être des options pour les personnes qui sont sévèrement obèses²⁵.

Sources: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2013³⁴ | American College of Rheumatology, 2012²⁷ | US Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2014²⁸ | European League Against Rheumatism, 2013²⁹ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁹ | Osteoarthritis Research Society International, 2014³⁵ | Ottawa Panel, 2011⁵⁹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Être en surpoids pourrait aggraver la douleur et réduire votre mobilité. Perdre du poids pourrait améliorer vos symptômes. Si vous faites de l'arthrose et de l'embonpoint, vos professionnels de la santé devraient vous offrir de l'aide pour perdre au moins 5 à 10 % de votre poids corporel. Si vous êtes dans votre poids santé, ils devraient vous encourager à le maintenir.

Si vous avez besoin d'aide, votre fournisseur de soins primaires devrait vous recommander à un programme de gestion de poids ou à un diététiste. Les diététistes peuvent vous aider et vous donner des renseignements et des conseils sur la façon dont l'alimentation et l'exercice influent sur votre poids et la façon de rester motivé et d'atteindre vos objectifs de perte de poids.

Pour les cliniciens

Proposez aux adultes présentant de l'arthrose des stratégies de gestion du poids qui ont un surpoids ou qui sont obèses afin de les aider à perdre au moins 5 à 10 % de leur poids corporel. Les patients devraient recevoir des renseignements et du soutien pour établir des objectifs personnels de perte de poids, apprendre des techniques de résolution de problème afin d'atteindre leurs objectifs et ils devraient avoir des consultations de suivi pour réévaluer leurs objectifs pour perdre du poids et accroître l'activité physique et en discuter (voir Énoncé de qualité 6 : Activité physique). Au besoin, veuillez aiguiller les patients à un diététiste ou à un programme de gestion du poids. Encourager les adultes présentant de l'arthrose qui ont un poids normal à maintenir leur poids.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Surpoids ou obésité

L'accumulation excessive de la graisse corporelle est mesurée par l'indice de masse corporelle (IMC) et calculée comme le poids en kg divisé par la grandeur en mètres carrés. L'IMC n'est pas une mesure directe de la graisse corporelle, mais il est l'indicateur le plus largement étudié et le plus utile du risque pour la santé lié aux poids de santé. Les valeurs acceptées à l'échelle internationale de l'IMC pour les adultes qui ont un surpoids sont de 25,0 à 29,9 kg/m²; pour l'obésité, 30,0 à 39,9 kg/m²; et, pour l'obésité sévère, 40,0 kg/m² ou plus⁶².

Poids normal

Les valeurs de l'IMC pour les adultes de poids normal sont 18,5 à 24,9 kg/m²⁶².

Stratégies de gestion du poids

Les stratégies visant à aider les personnes présentant de l'arthrose devraient, notamment, être axées sur les interventions sur le mode de vie et le changement de comportement afin d'encourager une alimentation saine et une activité physique accrue. L'ampleur du soutien doit être déterminée par les besoins de la personne et être adaptée au fil du temps. Les programmes de gestion du poids devraient être offerts par des professionnels formés (p. ex., diététistes) et, idéalement, utiliser une démarche multidisciplinaire. Des stratégies de gestion du poids pratiques axées sur les patients peuvent comprendre les éléments suivants²⁹ :

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE

Pour les services de santé

S'assurer que tous les milieux de soins de santé ont des systèmes, des processus et des ressources en place pour que les personnes présentant de l'arthrose et qui ont un surpoids ou qui sont obèses se font proposer des stratégies de gestion du poids pour perdre du poids, et les personnes présentant de l'arthrose qui ont un poids normal sont encouragées afin de maintenir leur poids. Il peut s'agir de renseignements pour les cliniciens sur l'accès aux ressources communautaires (p. ex., aiguillage avec un diététiste ou du programme de gestion du poids offert par un professionnel formé) au moment opportun.

Indicateurs de qualité**Indicateurs des processus****Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose dont l'IMC est consigné dans leur fiche médicale**

- Dénominateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose
- Numérateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose dont l'IMC est consigné dans leur fiche médicale
- Sources des données : Collecte des données locales.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ**Stratégies de gestion du poids (suite)**

- Une autosurveillance régulière, comme des journaux alimentaires, des applications pour compter les calories et consignation mensuelle du poids
- Des réunions régulières de soutien pour examiner les progrès réalisés et en discuter
- La compréhension de la façon dont l'alimentation et l'exercice travaillent ensemble pour avoir une incidence sur le poids
- L'éducation sur l'alimentation saine
- La compréhension des comportements alimentaires, les déclencheurs comme le stress, et d'autres stratégies d'adaptation
- Les moments pour manger et pour faire de l'exercice
- L'hygiène appropriée du sommeil
- La façon de conserver une bonne santé mentale
- Information sur la nutrition
- Prévenir et gérer les rechutes

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont reçu une stratégie de gestion du poids écrite

- Dénominateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont reçu une stratégie de gestion du poids écrite
- Sources des données : Collecte des données locales.

Indicateur structurel

Disponibilité locale des ressources communautaires (p. ex., aiguillage avec un diététiste ou du programme de gestion du poids offert par un professionnel formé)

Gestion pharmacologique des symptômes

Des médicaments sont offerts aux personnes présentant de l'arthrose symptomatique pour réduire la douleur lorsque les traitements non pharmacologiques ne suffisent pas à soulager leurs symptômes.

Contexte

Dans l'ensemble, le traitement de l'arthrose devrait avoir comme objectif d'améliorer la qualité de vie. Toutes les personnes présentant de l'arthrose nécessitent des traitements non pharmacologiques¹⁹. Malgré ces traitements, cependant, certaines personnes éprouvent des symptômes importants et persistants qui limitent leurs activités et peuvent devoir utiliser concurremment un médicament contre la douleur. Il est important d'évaluer les symptômes liés à l'arthrose au moyen des mesures valides et fiables²⁴ afin de comprendre la douleur

qu'éprouve un patient. Les médicaments peuvent cibler différents aspects d'une douleur d'une personne, notamment la douleur causée par l'utilisation de l'articulation. En outre, les problèmes de sommeil et des facteurs psychologiques comme la dépression et de l'anxiété contribuent également au cycle de la douleur¹⁰, et traiter ces effets découlant de la douleur de l'arthrose avec des médicaments à action centralisée (p. ex., des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine [IRSN]), peut être bénéfique²⁴.

CONTEXTE SUITE

De nombreux essais cliniques ont conclu que les médicaments (c.-à-d., l'acide hyaluronique, l'acétaminophène, la glucosamine, la chondroïtine) n'ont pas de meilleurs résultats que les placebos (réponse au placebo de 30 % à 40 %). Certains patients ont toutefois eu des effets⁶³⁻⁶⁶. Peu d'essais cliniques ont été menés chez les personnes présentant de l'arthrose qui ont également d'autres affections, comme du diabète et une maladie cardiaque, et ce, malgré le fait que la plupart des personnes présentant une arthrose de la hanche, du genou ou de la main ont au moins une autre affection chronique⁶⁷. Par conséquent, les comorbidités devraient être prises en compte dans les plans de gestion prescrits.

Dans la sélection d'un médicament contre la douleur, il faut adopter une démarche par étape qui tient compte des risques, des effets secondaires, de l'efficacité, des coûts pour le patient, ainsi que des besoins et des préférences de la personne. Les options de médicaments contre la douleur devraient être proposées, puis une démarche concertée devrait être utilisée pour faire un plan pour la gestion des symptômes, y compris des réévaluations, au besoin, selon la réaction au traitement. Les opioïdes ne devraient pas être couramment utilisés pour traiter la douleur de l'arthrose. L'utilisation des opioïdes est associée à des préjudices et des effets secondaires importants, y compris la toxicomanie et des surdoses fatales et non fatales. Pour obtenir des conseils détaillés, consulter la norme *Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur chronique*.

Sources: American Academy of Orthopaedic Surgeons 2013³⁴ | American Academy of Orthopaedic Surgeons 2017⁴³ | American College of Rheumatology 2012²⁷ | US Department of Veterans Affairs, Department of Defense 2014²⁸ | National Institute for Health and Care Excellence 2014¹⁹ | Osteoarthritis Research Society International 2014³⁵

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si l'exercice et la gestion de poids ne sont pas suffisants pour contrôler vos symptômes, votre fournisseur de soins primaires pourrait vous proposer de prendre des médicaments contre la douleur. Si vous décidez de prendre des médicaments, il est important de continuer également vos traitements non médicamenteux. L'un ne remplace pas l'autre.

Votre fournisseur de soins primaires devrait collaborer avec vous pour créer un plan afin de passer en revue la prise de médicaments après une certaine période. Toutefois, si vous éprouvez des effets indésirables causés par la médication, il est important d'en aviser votre fournisseur de soins primaires immédiatement.

Votre fournisseur de soins primaires devrait vous offrir avant tout une crème à mettre sur votre articulation. Si celle-ci ne fonctionne pas pour vous, il pourrait vous recommander des médicaments en vente libre (comme des analgésiques à faibles doses et (ou) des anti-inflammatoires non stéroïdiens), des médicaments d'ordonnance ou une injection dans l'articulation.

Votre fournisseur de soins primaires ne devrait pas vous offrir de médicaments opioïdes en premier ou pour le traitement normal de votre douleur d'arthrose. Ces médicaments sont associés à des risques graves, y compris la dépendance, la surdose et la mort. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le guide de référence du patient « Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur chronique ».

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Arthrose symptomatique

Les symptômes varient selon le stade de l'arthrose (précoce, modéré et avancé) et comprennent²⁴ la douleur, l'enflure enflée, la raideur, les limites fonctionnelles, l'anxiété et les troubles de l'humeur, la fatigue et (ou) le sommeil perturbé¹¹⁻¹³. Ces symptômes sont tous interreliés, et la douleur en est la source.

Traitements nonpharmacologiques¹⁹

- Sensibilisation, conseils, information (voir Énoncé de qualité 3 : Éducation des patients)
- Autogestion des patients (voir Énoncé de qualité 4 : Plan d'autogestion du patient)
- Exercice et activité physique (voir Énoncé de qualité 5 : Exercice thérapeutique et Énoncé de qualité 6 : Activité physique)
- Une perte de poids, pour les patients qui ont un surpoids ou qui sont obèses (voir Énoncé de qualité 7 : Gestion du poids)

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE

Pour les cliniciens

Pour les personnes présentant de l'arthrose symptomatique pour lesquelles des traitements non pharmacologiques sont insuffisants pour contrôler leurs symptômes, offrir des options de médicaments contre la douleur en collaboration avec le patient (voir Énoncé de qualité 4 : Plan d'autogestion du patient). Les médicaments contre la douleur comprennent les traitements pour les troubles de l'humeur ou les troubles du sommeil connexes. En ce qui a trait aux médicaments, la discussion devrait inclure des renseignements sur ses avantages, le moment de les prendre, la durée de la prise de médicaments, tous les effets secondaires potentiels et une entente afin de réévaluer la réaction au traitement sur une base régulière.

Si le patient a des comorbidités multiples qui posent des problèmes dans la prise de médicaments contre la douleur, envisagez de les aiguiller à un rhumatologue, à un autre spécialiste de la médecine interne ou à un pharmacien pour une consultation sur les interactions médicamenteuses (voir Énoncé de qualité 9 : Aiguillage vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose).

Pour les services de santé

S'assurer que tous les milieux de soins de santé ont des systèmes, des processus et des ressources sont en place pour que les personnes présentant d'arthrose puissent se faire proposer des options de médicaments contre la douleur lorsque les traitements non pharmacologiques sont insuffisants pour contrôler leurs symptômes.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ**Options des médicaments contre la douleur**

- Démarche par étape :
 1. Un traitement topique pour le genou ou la main et (ou) des analgésiques à faibles doses et (ou) des anti-inflammatoires non stéroïdiens pour la hanche, le genou ou la main ; au besoin, pour soulager les symptômes
 2. La thérapie générale comme une série de traitements continue, qui comprend des analgésiques et (ou) des anti-inflammatoires non stéroïdiens pour la hanche, le genou ou la main et (ou) infiltration intra-articulaire de corticostéroïdes pour la hanche ou le genou.
 3. Pour les personnes qui ont une réponse insuffisante aux traitements des étapes 1 et 2 ou à des doses plus élevées d'anti-inflammatoires non stéroïdiens non sélectifs en combinaison avec un inhibiteur de la pompe à protons et (ou) des antidépresseurs hétérocycliques (IRSN).
- Les opioïdes ne devraient pas être couramment utilisés pour traiter la douleur de l'arthrose en raison de leurs effets indésirables éventuels qui dépassent souvent leurs avantages. Pour obtenir des conseils détaillés, consulter la norme *Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur chronique*.
- Les effets indésirables potentiels des anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent aussi l'emporter sur les avantages pour certains patients, surtout chez les personnes plus âgées qui utilisent les anti-inflammatoires non stéroïdiens sur une base continue. Les prescripteurs doivent soigneusement évaluer les patients avant de recommander les anti-inflammatoires non stéroïdiens et surveiller adéquatement les patients lorsque ceux-ci présentent des facteurs de risque qui les rendent plus vulnérables aux effets secondaires.⁶⁸

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose auxquelles sont prescrits des médicaments contre la douleur qui reçoivent également des traitements non pharmacologiques

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant de l'arthrose auxquelles sont prescrits des médicaments contre la douleur
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui reçoivent également des traitements non pharmacologiques
- Sources des données : Collecte des données locales.

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose auxquelles sont prescrits des médicaments contre la douleur qui ont une discussion documentée sur les risques et les avantages de leurs médicaments avec leur fournisseur de soins primaires

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant de l'arthrose auxquelles sont prescrits des médicaments contre la douleur
- Numérateur : nombre de personnes qui ont une discussion documentée sur les risques et les avantages de leurs médicaments avec leur fournisseur de soins primaires
- Sources des données : Collecte des données locales.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Options des médicaments contre la douleur (suite)

- Les données probantes ne sont pas concluantes sur l'utilisation des médicaments suivants : des injections d'hyaluronates intra-articulaire, les traitements avec du plasma riche en plaquettes et des cellules souches pour la hanche ou le genou, la glucosamine (pour le soulagement des symptômes), les remèdes et les suppléments naturels²⁴
- Les médicaments suivants ne sont pas recommandés : la chondroïtine et la glucosamine (pour la modification de la maladie), en raison des données probantes limitées et incertaines^{19,24,27,35}; les cannabinoïdes médicaux pour la douleur, en raison du manque de données probantes et des préjudices connus⁶⁹

Aiguillage vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose

Les personnes présentant d'arthrose, lorsque cliniquement indiquée, sont aiguillées par leur fournisseur de soins primaires à un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose.

Contexte

Les fournisseurs de soins primaires possèdent les compétences nécessaires pour soigner l'arthrose chez la plupart des personnes. Toutefois, certaines personnes présentant de l'arthrose peuvent bénéficier d'un aiguillage vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose pour une autre évaluation et (ou) un autre traitement; cette personne

peut aider le fournisseur de soins primaires à mettre en œuvre les plans de gestion du patient. Avant un tel aiguillage, les fournisseurs de soins primaires devraient soutenir les patients avec des interventions non pharmacologiques (voir Énoncés de qualité 3 à 7) et pharmacologiques (voir Énoncé de qualité 8 : Gestion pharmacologique des symptômes).

CONTEXTE SUITE

La demande d'aiguillage devrait comprendre les résultats de l'évaluation clinique (voir Énoncé de qualité 1 : Évaluation clinique à des fins de diagnostic) et l'évaluation complète (voir Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète pour renseigner le plan de soins), l'indication clinique de l'aiguillage et des renseignements sur le plan de soins de la personne, y compris une copie de leur plan d'autogestion écrit (voir Énoncé de qualité 4 : Plan d'autogestion du patient). Ces renseignements aideront à assurer que les personnes présentant de l'arthrose obtiennent un rendez-vous selon l'urgence de leur aiguillage, qu'elles ne subissent que les examens qui n'ont pas déjà été réalisés et qu'elles se font offrir des options de traitement complet fondées sur des données probantes.

Le processus d'aiguillage devrait adopter une démarche intégrée où il y a de la collaboration, de la communication et une prise de décisions partagées afin de favoriser les soins axés sur le patient. Dans certains cas, une consultation entre les deux professionnels de la santé peut être requise. Après avoir vu le patient, le professionnel de la santé qui joue un rôle de consultation devrait communiquer le plan recommandé pour le traitement et le suivi (au besoin) au fournisseur de soins primaires. Le fournisseur de soins primaires devrait continuer la gestion de la personne, y compris la coordination des soins avec d'autres professionnels de la santé et l'intégration des plans de traitement créés à la suite de tous les aiguillages ultérieurs. Une fois que leurs symptômes et leurs capacités fonctionnelles sont stables, le patient n'aura généralement pas besoin de continuer à voir le professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose.

Source : Consensus du comité consultatif

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Votre fournisseur de soins primaires pourrait vous suggérer de consulter un autre professionnel de la santé qui a d'autres types de compétences pour aider les gens à gérer leurs symptômes d'arthrose et pour voir si vous pourriez bénéficier d'autres évaluations ou traitements. Demandez à votre fournisseur de soins primaires quel professionnel de la santé communiquera avec vous pour les évaluations ou les traitements à venir.

Les professionnels de la santé vers lesquels vous avez été aiguillés par votre fournisseur de soins primaires devraient lui envoyer des commentaires concernant vos progrès. Votre fournisseur de soins primaires devrait partager ces renseignements avec vous à votre prochaine consultation.

Vos soins généraux demeureront de la responsabilité de votre fournisseur de soins primaires de sorte que vous évitiez les évaluations, les examens et les traitements inutiles.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Fournisseur de soins primaires

Professionnel qui est responsable de soigner la personne (p. ex., le dépistage, le diagnostic et la gestion). Il s'agit habituellement d'un médecin de soins primaires, d'un médecin de famille, d'un infirmier praticien ou avec d'un autre professionnel de la santé qui a la capacité de faire des aiguillages, de demander des examens par imagerie et (ou) de prescrire des médicaments.

Professionnels de la santé qui ont des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose

Selon l'indication clinique, l'aiguillage peut être vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose ou en gestion des symptômes liés à l'arthrose (p. ex., la douleur, le sommeil perturbé, l'anxiété et les troubles de l'humeur, la gestion du poids). Il peut s'agir, notamment, des professionnels de la santé suivants : médecin spécialiste (p. ex., chirurgie orthopédique, physiatre, chirurgien plastique, rhumatologue) ; médecin avec un cabinet spécialisé (p. ex., gestion de la douleur, médecine du sport et de l'exercice) ; infirmier praticien ou physiothérapeute ou ergothérapeute en pratique avancée/étendue, diététiste, ergothérapeute, pharmacien, physiothérapeute, conseiller ou professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion des symptômes associés à l'arthrose.

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE

Pour les cliniciens

Lorsque cliniquement indiqué (voir les définitions), aiguillez les personnes présentant de l'arthrose pour une évaluation et (ou) un traitement par un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose.

Fournisseurs de soins primaires : Fournissez une demande d'aiguillage détaillée, y compris une évaluation clinique, les résultats de l'évaluation complète, le plan de soins personnalisé et le plan d'autogestion du patient ainsi que l'indication clinique de l'aiguillage. Dites à votre patient comment il sera contacté à propos du rendez-vous après la demande d'aiguillage.

Professionnels de la santé qui ont des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose : Communiquez avec le fournisseur de soins primaires du patient. Pour les informer du délai de la réponse pour l'aiguillage. Après la consultation, communiquez le plan recommandé pour le traitement et le suivi (au besoin) au patient et à son fournisseur de soins primaires.

Pour les services de santé

S'assurer que des systèmes, des processus et des ressources sont en place pour que les personnes présentant de l'arthrose aient accès en temps opportun à un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose à la suite d'un aiguillage de leur fournisseur de soins primaires. Les décisions sur les critères des aiguillages devraient être fondées sur les discussions entre le patient et les représentants de la famille, les professionnels de la santé qui fait l'aiguillage et les professionnels de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ**Cliniquement indiqué**

Les fournisseurs de soins primaires possèdent les compétences nécessaires pour gérer l'arthrose. Toutefois, il y a des indications cliniques qui donnent lieu à un fournisseur de soins primaires d'envisager un aiguillage vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose. Ces indications cliniques peuvent inclure les suivantes :

- un diagnostic incertain, une confirmation de diagnostic, des caractéristiques atypiques de l'arthrose ou la considération d'un diagnostic différent (voir Énoncé de qualité 1 : Évaluation clinique à des fins de diagnostic).
- une évolution imprévue ou inhabituelle de la maladie ou des complications
- Soins chirurgicaux ou complexe gestion du poids (voir Énoncé de qualité 7 : Gestion du poids)
- Personnes présentant de l'arthrose qui envisagent une chirurgie des articulations, dont les symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés par une gestion non pharmacologique et pharmacologique et dont la qualité de vie est amoindrie

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage de personnes présentant d'arthrose qui sont aiguillées vers un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose lorsque cliniquement indiqué

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant de l'arthrose qui ont une raison cliniquement indiquée d'être aiguillées vers des un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose
- Numérateur : nombre de personnes présentant d'arthrose qui sont aiguillées vers un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose
- Sources des données : Collecte des données locales.

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose dont le fournisseur de soins primaires a reçu et leur a partagé un plan de traitement recommandé d'un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose après leur consultation

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant de l'arthrose qui ont été aiguillées vers un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose par leur fournisseur de soins primaires et qui ont été vues par un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose
- Numérateur : nombre de personnes présentant de l'arthrose dont le fournisseur de soins primaires a reçu et leur a partagé un plan de traitement recommandé d'un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose après leur consultation
- Sources des données : Collecte des données locales.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Cliniquement indiqué (suite)

Il y a des circonstances supplémentaires dans lequel des fournisseurs de soins primaires pourraient aiguiller un patient vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose. Cette décision devrait être prise avec le patient. Des exemples de ces circonstances comprennent les suivantes :

- un contrôle sous-optimal des symptômes (y compris l'incapacité d'obtenir le meilleur potentiel, des niveaux de la douleur instables qui nuisent aux activités quotidiennes, au sommeil, et (ou) à la capacité fonctionnelle)
- Les symptômes psychologiques qui affectent la capacité de la personne à participer à l'autogestion de leur l'arthrose
- Des doses élevées ou de plus en plus élevées de médicaments contre la douleur (p. ex., opioïdes) ou incapacité à prendre des analgésiques et anti-inflammatoires traditionnels en raison d'allergies ou d'intolérances
- La gravité ou la complexité de l'affection, des comorbidités multiples (p. ex., des craintes à propos d'utilisation de médicaments, des interactions médicamenteuses et de la sécurité) (voir Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète pour renseigner le plan de soins)

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE

Indicateur de résultat

Temps d'attente médian pour un premier rendez-vous avec un professionnel de la santé possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose (c.-à-d. des compétences supplémentaires en rhumatologie, en chirurgie orthopédique, en médecine du sport et de l'exercice ou en gestion de la douleur)

- Stratification potentielle : le type de fournisseur qui fait l'aiguillage
- Sources des données : Collecte des données locales.

Indicateur structurel

Disponibilité locale d'aiguillage vers les professionnels de la santé qui ont des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ**Cliniquement indiqué (suite)**

- L'arthrose complexe qui requiert des procédures comme une arthrocentèse (aspiration de liquide articulaire) ou des difficultés pour effectuer les injections dans les articulations et où des compétences supplémentaires sont requises pour obtenir un meilleur résultat

Aiguillage pour une évaluation de chirurgie des articulations

Les personnes présentant de l'arthrose dont les symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés grâce à la gestion non chirurgicale et dont la qualité de vie est amoindrie en raison des symptômes liés à leur articulation devraient être aiguillées à une évaluation pour une chirurgie des articulations.

Contexte

Les personnes présentant de l'arthrose devraient obtenir de l'aide pour la gestion non chirurgicale de leur affection avant d'être aiguillées à une évaluation pour une chirurgie de remplacement de l'articulation (hanche, genou), une intervention pour préserver l'articulation (comme une ostéotomie), une fusion articulation ou une l'excision de la main^{19,28}.

Un essai adéquat de gestion non chirurgicale, avant d'explorer une solution chirurgicale, offrira aux personnes présentant de l'arthrose la meilleure chance d'améliorer leur qualité de vie. Les personnes qui ont par la suite une arthroplastie

de la hanche ou du genou sont susceptibles de faire une meilleure récupération fonctionnelle après une chirurgie si elles sont de bonnes fonctions physiques préopératoires⁷⁰.

Les personnes présentant de l'arthrose dont les symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés après un essai adéquat de gestion non chirurgicale – et dont la qualité de vie est amoindrie de sorte qu'elles ont de la difficulté à mener leurs activités quotidiennes – devraient se faire offrir un aiguillage à une évaluation pour une chirurgie des articulations.

CONTEXTE SUITE

La décision de faire un aiguillage doit être fondée sur la gravité de leur douleur, leurs limites fonctionnelles ou d'autres résultats de l'arthrose signalés par les patients qui ont une incidence négative sur leur qualité de vie, leur santé en général ; leurs attentes à l'égard de leur style de vie et leur niveau d'activité, ainsi que sur leur volonté à envisager l'option d'une intervention chirurgicale^{19,28,71}. Les facteurs propres aux patients, comme l'âge, le sexe, le tabagisme et l'obésité et les comorbidités, ne devraient pas être les obstacles à l'aiguillage à une évaluation pour une chirurgie des articulations¹⁹.

La chirurgie arthroscopique ne joue aucun rôle dans la gestion de l'arthrose du genou⁷².

Lorsqu'il envisage une consultation chirurgicale pour les personnes présentant une arthrose de la hanche ou du genou, le clinicien qui fait l'aiguillage devrait obtenir des radiographies normales faites dans les 6 mois précédant leur premier rendez-vous avec un chirurgien (avec mise en charge pour une arthrose du genou et sans mise en charge pour une arthrose de la hanche)²⁸. Une imagerie avancée, telle que l'imagerie par résonance magnétique ou tomographie par ordinateur, n'est pas nécessaire. Les personnes qui sont en évaluation pour une arthroplastie de la hanche ou du genou ne devraient pas recevoir des injections dans l'articulation touchée si une chirurgie pouvait avoir lieu dans les 3 à 6 mois²⁸.

Sources: Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2014²⁸ | National Institute for Health and Care Excellence, 2014¹⁹

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les patients

Si vous avez essayé de gérer vos symptômes avec les traitements décrits dans ce guide et que vos symptômes ne vous permettent pas d'accomplir vos activités de tous les jours, vos professionnels de la santé pourraient vous orienter vers une évaluation pour voir si vous pourriez bénéficier d'une intervention chirurgicale pour réaligner ou remplacer l'articulation douloureuse. L'arthroplastie peut réduire la douleur et améliorer considérablement la capacité à fonctionner des personnes aux prises avec des douleurs sévères causées par l'arthrose.

Si vous avez l'arthrose du genou, votre chirurgien ne devrait pas vous offrir un traitement appelé l'arthroscopie. (Dans cette intervention, un dispositif en forme de tube est inséré dans l'articulation pour l'examiner et la traiter). L'arthroscopie ne réduit pas la douleur et n'améliore pas la capacité à fonctionner pour les personnes présentant une arthrose du genou. Or, elle ne devrait pas être utilisée. Les avantages ne valent pas les risques qui y sont associés.

Pour les cliniciens

Aiguillez les personnes présentant de l'arthrose à une évaluation pour une chirurgie des articulations si le patient a respecté un essai adéquat de gestion non pharmacologique (voir Énoncés de qualité 3 à 7) et pharmacologique (voir Énoncé de qualité 8), mais qu'il éprouve une réduction importante de la mobilité de l'articulation qui a une incidence négative sur les activités de la vie quotidienne et qui amoindrit la qualité de vie, ainsi qu'un accroissement dans l'utilisation de médicaments contre la douleur et (ou) une réduction de l'efficacité de la gestion de la douleur.

DÉFINITIONS UTILISÉES DANS CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ

Les symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés

Cette situation se produit lorsqu'un patient accroît l'utilisation de médicaments contre la douleur et (ou) éprouve une réduction de l'efficacité des stratégies de gestion de la douleur non pharmacologique et pharmacologique.

La qualité de vie est amoindrie

Cette situation se produit lorsque la personne considère que le niveau de leurs symptômes de l'arthrose – douleur, raideur, sommeil perturbé, capacité fonctionnelle réduite, etc.– est inacceptable de sorte qu'elles ont de la difficulté à mener leurs activités quotidiennes.

Gestion non chirurgicale

La gestion non chirurgicale comprend les interventions non pharmacologiques (voir Énoncés de qualité 3 et 7) et les interventions pharmacologiques (voir Énoncé de qualité 8 : Gestion pharmacologique des symptômes) qui doivent être appuyées avant tout aiguillage à une évaluation pour une chirurgie des articulations.

LA SIGNIFICATION DE CET ÉNONCÉ DE QUALITÉ SUITE

Pour les personnes présentant une arthrose du genou, il ne faut pas les aiguiller à une consultation en vue d'une intervention arthroscopique⁷².

Si vous ordonnez des radiographies pour une arthrose du genou, précisez que vous voulez des images démontrant la mise en charge du genou.

Pour les services de santé

S'assurer que tous les fournisseurs de soins primaires et les hôpitaux ont en place des politiques et procédures claires pour que les personnes présentant de l'arthrose ne sont pas aiguillées vers une évaluation pour chirurgie des articulations avant qu'elles n'aient obtenu du soutien dans un essai adéquat de gestion non chirurgicale. Les décisions sur les critères des aiguillages devraient être fondées sur les discussions entre le patient et les représentants de la famille, les professionnels de la santé qui fait l'aiguillage et les chirurgiens.

Indicateurs de qualité

Indicateurs des processus

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont signalé que leurs symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés et amoindrissent leur qualité de vie et qui sont aiguillées vers un chirurgien orthopédique pour une évaluation de chirurgie des articulations

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant de l'arthrose qui ont signalé que leurs symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés et amoindrissent leur qualité de vie
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui sont aiguillées vers un chirurgien orthopédique pour une évaluation de chirurgie des articulations
- Sources des données : Collecte des données locales.

INDICATEURS DE QUALITÉ SUITE

Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui sont aiguillées à une évaluation pour une chirurgie des articulations qui ont une documentation démontrant que leur affection a fait l'objet d'une gestion non chirurgicale avant leur aiguillage

- Dénominateur : nombre total de personnes présentant de l'arthrose aiguillées à une évaluation pour une chirurgie des articulations
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui ont une documentation démontrant que leur affection a fait l'objet d'une gestion non chirurgicale avant leur aiguillage
- Sources des données : Collecte des données locales.

Pourcentage de personnes présentant une arthrose du genou qui sont aiguillées à une consultation chirurgicale pour une intervention arthroscopique (un pourcentage plus bas est mieux)

- Dénominateur : nombre de personnes présentant une arthrose du genou
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui sont aiguillées à une consultation chirurgicale pour une intervention arthroscopique
- Sources des données : Collecte des données locales.

Indicateur de résultat**Pourcentage de personnes présentant une arthrose du genou qui subissent une intervention arthroscopique au genou (un pourcentage plus bas est mieux)**

- Dénominateur : nombre de personnes présentant une arthrose du genou
- Numérateur : nombre de personnes comprises dans le dénominateur qui subissent une intervention arthroscopique au genou
- Sources de données : Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), Base de données sur les congés des patients (BDGP)

Remerciements

Comité consultatif

Qualité des services de santé Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution volontaire et généreuse de temps et d'expertise ayant permis de créer cette norme de qualité.

Julia Alleyne (coprésidente)

Médecin de famille ayant un intérêt marqué pour la médecine du sport et de l'exercice, Université de Toronto, Institut de réadaptation de Toronto, Réseau universitaire de santé

Rhona McGlasson (coprésidente)

Physiothérapeute, directrice générale, Bone and Joint Canada

Vandan Ahluwalia

Conseillère en rhumatologie, Département de rhumatologie, Hôpital Civic de Brampton, William Osler Health System

Lorna Bain

Coordonnatrice en ergothérapie, modèles cliniques de soins interprofessionnels, rhumatologie, The Arthritis Program (TAP), collaboration et éducation interprofessionnelles, Centre de santé régional Southlake

Zahra Bardai

Médecin de famille

Joan Conrad

Consultante en situation de vécu

Aileen M. Davis

Scientifique principale et chef de division, Division des soins de santé et des résultats de recherche, Institut de recherche Krembil, Réseau universitaire de santé, Université de Toronto

Suzanne Denis

Physiothérapeute en pratique avancée, orthopédie, programme en arthroplastie, Centre Holland, Centre Sunnybrook des sciences de la santé

Chandra Farrer

Physiothérapeute en pratique avancée, rhumatologie, Hôpital Women's College

Jennifer Harris

Physiothérapeute, programmes de sensibilisation en prévention et en réadaptation, Corps à cœur, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

Gillian A. Hawker

Professeure et titulaire de la chaire de médecine Sir John and Lady Eaton, chercheuse, rhumatologue, Hôpital Women's College, Université de Toronto

Tatiana Jevremovic

CMFC – médecine du sport et de l'exercice, CMFC – médecine d'urgence, Fowler Kennedy Sport Medicine Clinic, Département de médecine familiale, Schulich School of Medicine, Université Western Ontario

Remerciements

COMITÉ CONSULTATIF SUITE

Peter Juni

Épidémiologiste clinique, médecine interne généraliste, directeur clinique de la recherche sur l'arthrose, Applied Health Research Centre, Hôpital St. Michael

Anna Larson

Consultante en situation de vécu

Jocelyne Murdoch

Ergothérapeute en rhumatologie, praticienne clinique avancée dans les soins de l'arthrite, Programme de réadaptation et d'information sur l'arthrite, La Société de l'arthrite

Jennifer Nash

Chiropraticienne, professeure adjointe, Programme de baccalauréat en sciences de la santé (spécialisé), Université McMaster

Shirlee Anne O'Connor

Infirmière praticienne, soins primaires, Association des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario

Ken Sabourin

Médecin en médecine du sport, Centre de médecine du sport d'Ottawa; assistant en chirurgie, Département de chirurgie orthopédique, Hôpital d'Ottawa

Tiziana Silveri

Vice-présidente à l'administration, chef de direction des services cliniques et des soins infirmiers, Centre régional de santé de North Bay

Edward Moore Vasarhelyi

Chirurgien orthopédique, reconstruction de la hanche et du genou chez les adultes; professeur adjoint, Département de chirurgie orthopédique, Université Western Ontario

Janet Wells

Consultante en situation de vécu

Renée-Ann Wilson

Physiothérapeute en pratique avancée, orthopédie, musculosquelettique, arthrose

Bibliographie

1. Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2013;39(1):1-19.
2. Osteoarthritis Research Society International. What is osteoarthritis? [Internet]. Mount Laurel (NJ) : The Society; 2013 [cited 2016 Dec 28]. Available from: <https://www.oarsi.org/what-osteoarthritis>
3. Birtwhistle R, Morkem R, Peat G, Williamson T, Green ME, Khan S, et al. Prevalence and management of osteoarthritis in primary care: an epidemiologic cohort study from the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network. *CMAJ Open.* 2015;3(3):E270-5.
4. Arthritis Alliance of Canada. The impact of arthritis in Canada: today and over the next 30 years [Internet]. Toronto : The Alliance; 2011 [cited 2016 Dec 29]. Available from: http://www.arthritisalliance.ca/images/PDF/eng/Initiatives/20111022_2200_impact_of_arthritis.pdf
5. Tarride JE, Haq M, O'Reilly DJ, Bowen JM, Xie F, Dolovich L, et al. The excess burden of osteoarthritis in the province of Ontario, Canada. *Arthritis Rheum.* 2012;64(4):1153-61.
6. Public Health Agency of Canada, Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Chronic Disease Surveillance Division resource team. Life with arthritis in Canada: a personal and public health challenge [Internet]. Ottawa : The Agency; 2010 [cited 2016 Dec 28]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthritis-arthrite/lwaic-vaac-10/pdf/arthritis-2010-eng.pdf>
7. Ganz DA, Chang JT, Roth CP, Guan M, Kamberg CJ, Niu F, et al. Quality of osteoarthritis care for community-dwelling older adults. *Arthritis Rheum.* 2006;55(2):241-7.
8. Grindrod KA, Marra CA, Colley L, Cibere J, Tsuyuki RT, Esdaile JM, et al. After patients are diagnosed with knee osteoarthritis, what do they do? *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(4):510-5.
9. Li LC, Sayre EC, Kopec JA, Esdaile JM, Bar S, Cibere J. Quality of nonpharmacological care in the community for people with knee and hip osteoarthritis. *J Rheumatol.* 2011;38(10):2230-7.
10. Allen KD, Choong PF, Davis AM, Dowsey MM, Dziedzic KS, Emery C, et al. Osteoarthritis: Models for appropriate care across the disease continuum. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2016;30(3):503-35.
11. Hawker GA. The challenge of pain for patients with OA. *HSS J.* 2012;8(1):42-4.
12. Sadosky AB, Bushmakin AG, Cappelleri JC, Lionberger DR. Relationship between patient-reported disease severity in osteoarthritis and self-reported pain, function and work productivity. *Arthritis Res Ther.* 2010;12(4):R162.
13. Hawker GA, Gignac MA, Badley E, Davis AM, French MR, Li Y, et al. A longitudinal study to explain the pain-depression link in older adults with osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2011;63(10):1382-90.

BIBLIOGRAPHIE SUITE

14. Nuesch E, Dieppe P, Reichenbach S, Williams S, Iff S, Juni P. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: population based cohort study. *BMJ*. 2011;342:d1165.
15. Hawker GA, Croxford R, Bierman AS, Harvey PJ, Ravi B, Stanaitis I, et al. All-cause mortality and serious cardiovascular events in people with hip and knee osteoarthritis: a population-based cohort study. *PLoS One*. 2014;9(3):e91286.
16. Hawker GA, Croxford R, Bierman AS, Harvey P, Ravi B, Kendzerska T, et al. Osteoarthritis-related difficulty walking and risk for diabetes complications. *Osteoarthritis Cartilage*. 2017;25(1):67-75.
17. Schieir O, Hogg-Johnson S, Glazier RH, Badley EM. Sex variations in the effects of arthritis and activity limitation on first heart disease event occurrence in the Canadian general population: results from the Longitudinal National Population Health Survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;68(6):811-8.
18. MacDonald KV, Sanmartin C, Langlois K, Marshall DA. Symptom onset, diagnosis and management of osteoarthritis. *Health Rep*. 2014;25(9):10-7.
19. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis: care and management [Internet]. London, UK : The Institute; 2014 [cited 2016 Dec 28]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg177/resources/osteoarthritis-care-and-management-35109757272517>
20. Cott CA, Davis AM, Badley EM, Wong R, Canizares M, Li LC, et al. Commonalities and differences in the implementation of models of care for arthritis: key informant interviews from Canada. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):415.
21. Davis AM, Palaganas M, Li LC. Public opinion on community-based education and exercise programs for managing hip and knee osteoarthritis-like symptoms: results of a survey. *Patient preference and adherence*. 2016;10:283-90.
22. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: WHO Press; 2010 [cited 2017 Mar 31]. Available from: http://who.int/hrh/resources/framework_action/en/index.html
23. Sakellariou G, Conaghan PG, Zhang W, Bijlsma JW, Boyesen P, D'Agostino MA, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of peripheral joint osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017.
24. Arthritis Alliance of Canada, Centre for Effective Practice, College of Family Physicians of Canada. Osteoarthritis tool [Internet]. Toronto : The Alliance; 2017 [cited 2017 Jul 6]. Available from: <http://arthritisalliance.ca/en/osteoarthritis-toolbox>
25. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis: quality standard [Internet]. London, UK : The Institute; 2015 [cited 2016 Dec 28]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs87>

BIBLIOGRAPHIE SUITE

26. Arthritis Community Research & Evaluation Unit. Arthritis in Ontario. Toronto : The Arthritis Society; 2013.
27. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(4):465-74.
28. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guidelines for the non-surgical management of hip & knee osteoarthritis [Internet]. Washington (DC) : The Departments; 2014 [cited 2016 Dec 28]. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/OA/VADoDOACPGFINAL090214.pdf>
29. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(7):1125-35.
30. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 25]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
31. Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum*. 1993;36(4):439-46.
32. Lorig K, Lubeck D, Kraines RG, Seleznick M, Holman HR. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis Rheum*. 1985;28(6):680-5.
33. Health Council of Canada. Self-management support for Canadians with chronic health conditions: a focus for primary health care [Internet]. Toronto : The Council; 2012 [cited 2016 Dec 28]. Available from: http://www.selfmanagementbc.ca/uploads/HCC_SelfManagementReport_FA.pdf
34. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Treatment of osteoarthritis of the knee: evidence-based guideline. 2nd ed [Internet]. Rosemont (IL) : The Academy; 2013 [cited 2016 Jan 15]. Available from: <http://www.aaos.org/research/guidelines/TreatmentofOsteoarthritisoftheKneeGuideline.pdf>
35. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014;22(3):363-88.
36. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985;100(2):126-31.
37. Bennell KL, Hunt MA, Wrigley TV, Lim BW, Hinman RS. Role of muscle in the genesis and management of knee osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2008;34(3):731-54.

BIBLIOGRAPHIE SUITE

38. Fitzgerald GK, Piva SR, Irrgang JJ. Reports of joint instability in knee osteoarthritis: its prevalence and relationship to physical function. *Arthritis Rheum.* 2004;51(6):941-6.
39. Ageberg E, Link A, Roos EM. Feasibility of neuromuscular training in patients with severe hip or knee OA: the individualized goal-based NEMEX-TJR training program. *BMC Musculoskelet Disord.* 2010;11:126.
40. Shih M, Hootman JM, Kruger J, Helmick CG. Physical activity in men and women with arthritis, National Health Interview Survey, 2002. *Am J Prev Med.* 2006;30(5):385-93.
41. Fontaine KR, Heo M, Bathon J. Are US adults with arthritis meeting public health recommendations for physical activity? *Arthritis Rheum.* 2004;50(2):624-8.
42. McArdle WD, Katch FI, Katch VL. Exercise physiology: nutrition energy and and human performance. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2014.
43. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of osteoarthritis of the hip evidence-based clinical practice guideline [Internet]. Rosemont (IL) : The Academy; 2017. Available from: https://www.aaos.org/uploadedFiles/PreProduction/Quality/Guidelines_and_Reviews/OA%20Hip%20CPG_11.1.17.pdf
44. Brosseau L, Wells GA, Pugh AG, Smith CA, Rahman P, Alvarez Gallardo IC, et al. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercise in the management of hip osteoarthritis. *Clin Rehabil.* 2016;30(10):935-46.
45. Brosseau L, Taki J, Desjardins B, Thevenot O, Fransen M, Wells GA, et al. The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part three: aerobic exercise programs. *Clin Rehabil.* 2017;269215517691085.
46. Brosseau L, Taki J, Desjardins B, Thevenot O, Fransen M, Wells GA, et al. The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part two: strengthening exercise programs. *Clin Rehabil.* 2017;269215517691084.
47. Roos EM, Arden NK. Strategies for the prevention of knee osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2016;12(2):92-101.
48. Emery CA, Roy TO, Whittaker JL, Nettel-Aguirre A, van Mechelen W. Neuromuscular training injury prevention strategies in youth sport: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2015;49(13):865-70.
49. Lauersen JB, Bertelsen DM, Andersen LB. The effectiveness of exercise interventions to prevent sports injuries: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Sports Med.* 2014;48(11):871-7.

50. Plowman SA, Smith DL. Exercise physiology for health, fitness, and performance. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
51. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. Geneva: The Organization; 2017 [cited 2017 Jul 6]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>
52. World Health Organization. Physical activity fact sheet [Internet]. Geneva: The Organization; 2018 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
53. Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*. 2012;2(2):1143-211.
54. Pinto D, Song J, Lee J, Chang RW, Semanik PA, Ehrlich-Jones LS, et al. The association between sedentary time and quality of life from the Osteoarthritis Initiative: who might benefit most from treatment? *Arch Phys Med Rehabil*. 2017.
55. White D. Protective effects of replacing sedentary time with light and moderate to vigorous physical activity on functional limitation in knee OA [abstract]. *Arthritis Rheumatol* [Internet]. 2016; 68 (Suppl 10). Available from: <http://acrabstracts.org/abstract/protective-effects-of-replacing-sedentary-time-with-light-and-moderate-to-vigorous-physical-activity-on-functional-limitation-in-knee-oa/>
56. Canadian Society for Exercise Physiology. Canadian physical activity guidelines for older adults 65 years and older [Internet]. Ottawa : The Society; 2011 [cited 2017 Jan 6]. Available from: http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_older-adults_en.pdf
57. Canadian Society for Exercise Physiology. Canadian physical activity guidelines for adults 18 to 64 years [Internet]. Ottawa : The Society; 2011 [cited 2017 Jan 6]. Available from: http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_adults_en.pdf
58. Dunlop DD, Song J, Lee J, Gilbert AL, Semanik PA, Ehrlich-Jones L, et al. Physical activity minimum threshold predicting improved function in adults with lower-extremity symptoms. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;69(4):475-83.
59. Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Dubouloz CJ, Casimiro L, et al. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for the management of osteoarthritis in adults who are obese or overweight. *Phys Ther*. 2011;91(6):843-61.
60. Brosseau L, Taki J, Desjardins B, Thevenot O, Fransen M, Wells GA, et al. The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part one: introduction, and mind-body exercise programs. *Clin Rehabil*. 2017;269215517691083.
61. Bliddal H, Leeds AR, Christensen R. Osteoarthritis, obesity and weight loss: evidence, hypotheses and horizons - a scoping review. *Obes Rev*. 2014;15(7): 578-86.
62. Health Canada. Canadian guidelines for body weight classification in adults [Internet]. Ottawa : Health Canada; 2003 [cited 2017 Mar 15]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/healthy-weights/canadian-guidelines-body-weight-classification-adults/quick-reference-tool-professionals.html>

BIBLIOGRAPHIE SUITE

63. Zhang W, Robertson J, Jones AC, Dieppe PA, Doherty M. The placebo effect and its determinants in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis*. 2008;67(12):1716-23.
64. da Costa BR, Reichenbach S, Keller N, Nartey L, Wandel S, Juni P, et al. Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. *Lancet*. 2017;390(10090):e21-e33.
65. Wandel S, Juni P, Tendal B, Nuesch E, Villiger PM, Welton NJ, et al. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. *BMJ*. 2010;341:c4675.
66. Rutjes AW, Juni P, da Costa BR, Trelle S, Nuesch E, Reichenbach S. Viscosupplementation for osteoarthritis of the knee: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2012;157(3):180-91.
67. Centers for Medicare and Medicaid Services. Chronic conditions among Medicare beneficiaries chartbook 2012 edition. Baltimore (MD) : U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
68. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):616-31.
69. Allan GM, Ramji J, Perry D, Ton J, Beahm NP, Crisp N, et al. Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care. *Can Fam Physician*. 2018;64(2):111-20.
70. Kennedy DM, Hanna SE, Stratford PW, Wessel J, Gollish JD. Preoperative function and gender predict pattern of functional recovery after hip and knee arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2006;21(4):559-66.
71. Hawker G, Bohm ER, Conner-Spady B, De Coster C, Dunbar M, Hennigar A, et al. Perspectives of Canadian stakeholders on criteria for appropriateness for total joint arthroplasty in patients with hip and knee osteoarthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2015;67(7):1806-15.
72. Siemieniuk RAC, Harris IA, Agoritsas T, Poolman RW, Brignardello-Petersen R, Van de Velde S, et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: a clinical practice guideline. *BMJ*. 2017;357:j1982.

À propos de Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est le responsable provincial de la qualité des soins de santé. Nous aidons le personnel infirmier, les médecins et les autres travailleurs acharnés des premières lignes à travailler plus efficacement, en leur fournissant des conseils objectifs et en les aidant, ainsi que le gouvernement, à améliorer les soins de santé pour la population de l'Ontario.

Notre objectif est de rendre les soins de santé plus efficace, efficaces et abordables, ce que nous faisons dans le cadre du mandat qui nous est conféré par la loi :

- rendre compte au public, aux organismes et aux fournisseurs de soins de santé du rendement du système de santé,
- trouver les meilleures données probantes sur ce qui fonctionne,
- traduire ces données en normes, en recommandations et en outils concrets que les fournisseurs de soins de santé peuvent facilement mettre en pratique pour apporter des améliorations.

Pour obtenir de plus amples renseignements : hqontario.ca.

Vous désirez obtenir plus d'information?

Veuillez visiter notre site Web à hqontario.ca et communiquer avec nous à l'adresse qualitystandards@hqontario.ca si vous avez des questions ou des commentaires à propos du présent guide.

Qualité des services de santé Ontario

130, rue Bloor Ouest, 10e étage
Toronto, Ontario M5S 1N5

Tél. : 416 323-6868

Sans frais : 1 866 623-6868

Télééc. : 416 323-9261

Courriel : QualityStandards@hqontario.ca

Site Web : hqontario.ca/accueil