

UNIVERSITE PARIS 7- DENIS DIDEROT
FACULTE DE MEDECINE XAVIER BICHAT

Année 2010

THESE

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)
PAR

AGARBI-MAZOUZ ILHEM
NE LE 08-11-1978 A PARIS (75)

Présentée et soutenue publiquement le.....

PERCEPTION
ET PRISE EN CHARGE DE L'ARTHROSE
Le point de vue des médecins généralistes

Président : Professeur Vinceneux
Directeur de thèse : Docteur Isabelle Aubin-Auger

REMERCIEMENTS

A Mr le Professeur VINCENEUX,
Qui a bien voulu me faire l'honneur de juger et présider ce travail.

Au Docteur Isabelle AUBIN-AUGER,
Pour sa gentillesse, sa confiance et sa disponibilité de tous les instants.

A Youssef
Pour son aide et son soutien au quotidien.

A Asma et Amine,
Pour leur affection.

A mes parents,
Qui sont des modèles pour moi et sans qui rien n'eut été possible.

PLAN

1. <u>INTRODUCTION</u>	7
2. <u>GENERALITES SUR L'ARTHROSE</u>	9
2.1. EPIDEMIOLOGIE.....	10
2.2. PHYSIOPATHOLOGIE	11
2.3. DIAGNOSTIC	12
2.3.1. DIAGNOSTIC CLINIQUE.....	12
2.3.2. DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE	12
2.4. LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.....	13
2.4.1. LES MESURES PHARMACOLOGIQUES	13
2.4.2. LES MESURES NON PHARMACOLOGIQUES.....	14
3. <u>LA METHODE ET L'ANALYSE DES RESULTATS</u>	16
3.1. OBJECTIF	17
3.2. METHODE.....	17
3.3. LE CODAGE.....	20
3.4. ANALYSE DES RESULTATS	20
3.4.1. DEFINITION	20
3.4.1.1. POUR LE MEDECIN	20
3.4.1.2. POUR LE PATIENT.....	23
3.4.2. LE VECU DE LA MALADIE ARTHROSIQUE.....	25
3.4.2.1. VECU DU MEDECIN.....	25
3.4.2.2. VECU DU PATIENT	26
3.4.3. LE RETENTISSEMENT	29
3.4.3.1. LE RETENTISSEMENT PHYSIQUE	29
3.4.3.2. LE RETENTISSEMENT SOCIAL.....	30
3.4.3.3. LE RETENTISSEMENT MORAL.....	30
3.4.4. VISION DE L'AVENIR	31
3.4.5. LE DIAGNOSTIC	31

3.4.5.1. LA DEMARCHE DIAGNOSTIC	31
3.4.5.2. PLACE DE L'IMAGERIE.....	31
3.4.5.3. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	32
3.4.6. LA PRISE EN CHARGE	33
3.4.6.1. LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE.....	33
3.4.6.2. LE TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE	35
3.4.6.3. PLACE DE LA CHIRURGIE.....	35
3.4.6.4. LE RECOURS AUX SPECIALISTES.....	36
3.4.7. EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE.....	36
3.4.7.1. PAR LE PATIENT.....	36
3.4.7.2. PAR LE MEDECIN	36
3.4.8. LE TRAITEMENT NON CONVENTIONNEL.....	37
3.4.8.1. LE RECOURS AUX MEDECINES ALTERNATIVES	37
3.4.8.2. LE REGARD DU PATIENT.....	37
3.4.8.3. LE REGARD DU MEDECIN	37
3.4.9. OBSTACLE A LA PRISE EN CHARGE	38
3.4.9.1. LES PATIENTS A PROBLEMES	38
3.4.9.2. LIMITE DES MOYENS THERAPEUTIQUES	38
3.4.9.3. DIFFICULTE A FAIRE APPLIQUER LES MESURES THERAPEUTIQUES	

38

4. <u>LA DISCUSSION</u>	39
4.1. EXISTE –T-IL UN DECALAGE ENTRE LE VECU DES PATIENTS ARTHROSIQUES ET LA PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES ?	40
4.1.1. LA TYPOLOGIE DES PATIENTS.....	40
4.1.2. LA VISION DE L'AVENIR.....	41
4.1.3. EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE	42
4.1.4. LE RECOURS AUX MEDECINES NON CONVENTIONNELLES	42
4.2. L'IMPORTANCE DU RETENTISSEMENT DE L'ARTHROSE SUR LA QUALITE DE VIE	43
4.3. LA PRISE EN CHARGE DE L'ARTHROSE ET LES RECOMMANDATIONS	44
4.3.1. LA PLACE DE L'IMAGERIE	44

4.3.2. LES MESURES PHARMACOLOGIQUES	45
4.3.3. LES MESURES NON PHARMACOLOGIQUES.....	46
5. <u>CONCLUSION</u>	48
6. <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	50
7. <u>ANNEXES</u>	55

1. INTRODUCTION

L'arthrose est une source importante de morbidité et d'invalidité dans la population générale. Dans une population vieillissante, l'arthrose est susceptible de devenir une préoccupation croissante en terme de retentissements sociaux-économiques.

D'ailleurs des lignes directrices ont été mises en place ces dernières années par la ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR), recommandant la combinaison de mesures pharmacologiques et non pharmacologiques pour la prise en charge de l'arthrose.

Aussi en 2008, un groupe de médecins généralistes du Val d'Oise a mené une étude dont le but était d'étudier le ressenti des patients concernant la prise en charge de leur maladie arthrosique. Les résultats de cette enquête ont été présentés par le Dr Youssef Mazouz dans le cadre de sa thèse en 2009.

De la même manière, en 2010 nous avons réalisé une enquête auprès de médecins généralistes de la région parisienne qui analysait la perception qu'ils avaient du vécu de leurs patients arthrosiques. La question était de savoir s'il existait un décalage entre la vision des médecins et celle des patients.

Donc nous définirons d'abord l'arthrose et sa prise en charge actuelle.

Puis nous analyserons le ressenti des médecins généralistes interrogés.

Enfin nous effectuerons une comparaison entre la perception des médecins et celle des patients. Et nous tenterons d'identifier les obstacles à la prise en charge de l'arthrose.

2. GENERALITES SUR L'ARTHROSE

2.1. Épidémiologie

Reconnue comme l'affection rhumatismale la plus fréquente, l'arthrose concernerait en France entre 9 et 10 millions de personnes, dont 4,6 millions présentent une arthrose symptomatique.²⁸

C'est la troisième cause d'incapacité totale ou partielle en France chez les personnes âgées. 68% des patients arthrosiques ont plus de 50 ans et du fait du vieillissement de la population, ce chiffre aura tendance à augmenter²⁸.

L'arthrose n'évolue pas d'une manière parallèle sur les plans clinique et radiologique parallèlement cliniquement et radiologiquement, si bien que les chiffres de prévalence et d'incidence varient selon les critères retenus.

On estime donc la prévalence générale des formes symptomatiques à 17% en France. Alors que la prévalence radiologique quelle que soit sa localisation atteint environ 80% chez les patients âgés de plus de 75 ans.

Jusqu'à la cinquantaine, l'homme et la femme sont atteints de manière équivalente. Mais après la ménopause, la fréquence augmente beaucoup plus chez la femme.

Il existe de nombreuses localisations de l'arthrose. On rencontre, chez les patients arthrosiques, l'arthrose des mains dans 75% des cas, l'arthrose des genoux dans 35% des cas, l'arthrose des hanches dans 20% des cas et l'arthrose du rachis dans 60% des cas²⁶.

Enfin il existe une forte progression en France des coûts de prise en charge de l'arthrose⁴⁰.

En 1993, une première évaluation des coûts socio-économiques l'estimait à moins d'1 milliard d'euros. En 2003, ce chiffre est porté à 1,8 milliard d'euros soit une progression de 8% par an.

En 2002, il y a eu 13 millions de consultations, 17 millions de prescriptions médicamenteuses et 5 millions de journées d'arrêt de travail accordées pour la prise en charge de l'arthrose. Cette année-là les coûts directs de l'arthrose représentaient 1,7% des dépenses de l'assurance maladie en France⁴⁰.

2.2. Physiopathologie

L'arthrose n'est pas seulement une usure normale du cartilage mais une véritable maladie du cartilage, de l'os sous-chondral et de la synoviale. Ainsi contrairement aux idées reçues, l'arthrose ne répond pas au seul phénomène d'usure du tissu cartilagineux lié à l'âge mais à une modification de l'équilibre cellulaire de ce dernier.

D'ailleurs pour l'OMS "L'arthrose est la résultante des phénomènes mécaniques et biologiques qui déstabilisent l'équilibre entre la synthèse et la dégradation du cartilage et de l'os sous-chondral. Cet équilibre peut être provoqué par de multiples facteurs: génétiques, congénitaux, métaboliques et traumatiques. L'arthrose touche tous les tissus de l'articulation diarthroïdale et se manifeste par des modifications morphologiques, biochimiques, moléculaires et biomécaniques des cellules de la matrice cartilagineuse conduisant à un ramollissement, une fissuration, une ulcération et une perte du cartilage articulaire, une sclérose de l'os sous-chondral avec production d'ostéophytes et de kystes sous-chondraux."²⁶

Si on connaît les facteurs favorisant de l'arthrose, on ne connaît pas de véritable cause à l'arthrose mais on peut supposer que de nombreux facteurs de risque interviennent dans ce déséquilibre²⁶:

- L'influence hormonale particulièrement chez les femmes en périodes pré et post ménopausique.
- La composante génétique. Dans certaines régions où ils existent des mutations du collagène de type 2, on retrouve des formes graves et précoces d'arthrose.
- L'activité physique. En effet certains sportifs ou travailleurs manuels surexposent leurs articulations à des traumatismes répétés.
- L'excès de poids que l'on retrouve essentiellement dans l'arthrose du genou.
- Les facteurs alimentaires. Ils sont suggérés mais aucun régime n'a pu faire la preuve d'un intérêt réel.

2.3. Diagnostic

Le diagnostic de l'arthrose associe des arguments cliniques et radiologiques .

2.3.1. Diagnostic clinique

L'arthrose est une maladie hétérogène. Les symptômes ne sont pas exactement corrélés à l'importance de l'atteinte articulaire.

Ils associent :

Une douleur mécanique s'aggravant au mouvement et cédant au repos. Cette douleur est absente la nuit sauf en cas de mouvement.

Elle apparaît à la mise en route (dérouillage matinal) et au bout d'un certain délai (douleur de fatigue).

L'évolution se fait par crise sur fond peu ou pas douloureux. Les poussées sont inflammatoires et peuvent correspondre à une destruction rapide du cartilage.

Il existe une raideur articulaire avec impotence fonctionnelle, limitation d'amplitude articulaire et déformation des articulations.

Un épanchement articulaire mécanique est parfois retrouvé et se caractérise par la présence de moins de 2000 éléments blancs/mm³.

2.3.2. Diagnostic radiologique

L'arthrose se caractérise par des lésions radiologiques :

- Un amincissement du cartilage se traduisant par un pincement en général localisé de l'interligne articulaire.
- Des ostéophytes.
- Des condensations osseuses avec souvent des géodes sous-chondrales.

2.4. La prise en charge thérapeutique

Les sociétés internationales (OARSI, EULAR) impliquées dans l'arthrose, ont élaboré des recommandations de prise en charge, afin de mieux soulager les patients, améliorer leur qualité de vie, tout en limitant la progression de la maladie.

Ces recommandations préconisent une prise en charge globale et personnalisée de cette pathologie associant des mesures pharmacologiques et des mesures non-pharmacologiques afin d'éviter ou de retarder l'intervention chirurgicale. (Annexe 2 et Annexe 3)

2.4.1. Les mesures pharmacologiques

- Le Paracétamol est à utiliser en première intention pour diminuer la douleur à la dose maximale de 4 g par jour.

- Les Antiinflammatoires non stéroïdiens par voie locale peuvent soulager la douleur des articulations proches de la peau lors des poussées aiguës mais l'effet reste transitoire et s'associe aux risques classiques des AINS même si la tolérance est meilleure que celle des formes orales.

- Les Antiinflammatoires non stéroïdiens par voie orale sont à utiliser en deuxième intention lorsque le paracétamol ne suffit pas à soulager et lors des poussées inflammatoires à la dose la moins élevée et le moins longtemps possible.

Leur utilisation est limitée du fait de leurs effets indésirables (ulcère gastro-duodéal) et des interactions médicamenteuses particulièrement chez le sujet âgé.

- Les antalgiques opiacés sont indiqués en cas d'insuffisance d'efficacité du paracétamol ou des AINS ou en cas de contre-indication de ces derniers. Leur utilisation est limitée du fait de l'apparition « d'une tolérance » et du risque d'addiction.

- « Les antiarthrosiques d'action lente » ont une efficacité qui est très discutée. Ils font parties des recommandations de l'EULAR mais de nombreuses études comparatives ont montré que quelle que soit la molécule (chondroïtine, glucosamine, diacéréine et insaponifiables d'avocat et de soja) l'efficacité n'est pas supérieure à celle d'un placebo²⁵ sans compter leurs effets indésirables¹⁰.

- De nombreuses études publiées⁸ démontrent le bénéfice clinique et la bonne tolérance des injections intra-articulaires d'acide hyaluronique dans le traitement symptomatique de la gonarthrose à côté des autres thérapeutiques habituelles. Il s'agit d'un traitement antiarthrosique d'effet différé et dont l'action peut se prolonger jusqu'à 6 mois ou un an.
 - L'infiltration intra-articulaire de cortisone peut être prescrite dans l'arthrose quand les traitements anti-inflammatoires et antalgiques n'ont pas réussi à soulager une poussée congestive. L'effet antalgique est présent mais limité dans le temps (une à quatre semaines), et le risque infectieux est à prendre en compte.
 - Les mesures chirurgicales peuvent être indiquées de manière préventive devant une conformation anormale de l'articulation susceptible de favoriser l'évolution de l'arthrose comme on peut le voir dans les anomalies axiales du genou par exemple.
- Les mesures chirurgicales radicales telles que le remplacement prothétique sont indiquées devant une arthrose évoluée avec handicap et détérioration radiologique importants.

2.4.2. Les mesures non pharmacologiques

- L'éducation thérapeutique du patient (ETP) joue un rôle crucial dans l'implication du patient. L'objectif de cette démarche est de le former à être autonome pour la prise en charge de sa maladie, optimiser l'observance des traitements et l'inciter à mettre en application l'ensemble des mesures thérapeutiques prescrites. Cette phase passe par une bonne information, des séances de sensibilisation, des confrontations avec d'autres patients, et bien d'autres méthodes.¹⁴
- La perte de poids est un facteur essentiel, la perte de 5 kilos sur 10 ans réduit de moitié le risque de gonarthrose. Elle permet de réduire les contraintes mécaniques subies par l'articulation. Elle améliore notamment la fonctionnalité du genou, la mobilité, la douleur et semble diminuer la progression de la maladie.

- Les exercices de rééducation.

Pour obtenir l'adhésion du patient aux traitements , les praticiens doivent souligner l'innocuité du traitement et les bénéfices qu'il peut en retirer : diminution de la douleur, renforcement de l'équilibre, de la force musculaire et des capacités à marcher. Il faut également lui préciser que l'interruption des exercices entraîne une dégradation des résultats obtenus. Il s'agit donc de les envisager comme un nouveau mode de vie, car une fois que les exercices sont acquis avec un kinésithérapeute, ils devront être poursuivis par le patient seul à son domicile. C'est un programme personnalisé (intensité, fréquence), qui va être établi en fonction du patient et un suivi au long cours (téléphone, courrier, consultations) permet d'améliorer l'observance.¹⁴

- Les aides techniques.

A la phase aiguë et inflammatoire de certaines poussées arthrosiques, il est nécessaire de soulager les contraintes imposées à l'articulation, voire de la mettre en « décharge » en proposant l'utilisation d'une canne simple, ou d'une canne anglaise le plus souvent, ou d'orthèse de repos pour le pouce par exemple.

De plus le recours à ces appareillages permet de maintenir l'articulation dans une bonne position pour pouvoir pratiquer des activités diverses.¹⁴

- Les cures thermales :

Elles ne font pas partie des recommandations de l'EULAR mais leur efficacité a été étudiée et démontrée.¹⁶

3. LA METHODE ET L'ANALYSE DES RESULTATS

3.1. Objectif

Le but de cette enquête est de définir la perception que les médecins généralistes ont du vécu de leur patients arthrosiques.

Cela permettra de comprendre les problèmes que le médecin rencontre dans la prise en charge de l'arthrose au quotidien et d'établir un lien avec ce que vit le patient.

L'objectif est de mettre en évidence les différents aspects de la prise en charge de l'arthrose.

- la représentation de l'arthrose.
- Le vécu de la maladie arthrosique.
- Le retentissement physique, social et moral.
- Les craintes du patient.
- Le diagnostic.
- La prise en charge thérapeutique.
- L'évaluation de cette prise en charge.
- Les traitements non conventionnels.
- Les obstacles à la prise en charge.

3.2. Méthode

Une méthode qualitative a été utilisée pour réaliser cette enquête, qui a été menée sous la forme d'entretiens individuels semi-structurés, enregistrés et retranscrits.

Un guide d'entretien a été établi après revue de la littérature sur le sujet.

(Tableau 1)

Les médecins interrogés ont été recrutés dans le Val d'Oise et la Seine Saint Denis par des appels téléphoniques au cours desquels je me suis présentée et je leur expliquais qu'il s'agissait d'une enquête sur la perception que les médecins généralistes ont de leur patients arthrosiques. S'ils acceptaient nous convenions ensemble d'un rendez-vous à leur cabinet.

(Tableau 2)

TABLEAU 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Se présenter. Expliquer qu'il s'agit d'une recherche sur la perception des médecins généralistes concernant le vécu de la maladie arthrosique de leurs patients.
Remercier le médecin d'avoir accepté cet entretien qui restera anonyme et lui demander l'autorisation de l'enregistrer.

PROFIL DU MEDECIN	-Age/sexe/lieu d'exercice. -Age de la patientèle. -Participation à des formations médicales continues/abonnement à des revues médicales.
REPRESENTATION DE LA MALADIE ARTHROSIQUE	- Qu'est-ce que l'arthrose pour vous? -Comment voyez-vous le vécu de vos patients arthrosiques?
PRISE EN CHARGE DE L'ARTHROSE	-Pouvez-vous me parler de votre dernier patient arthrosique? -De manière générale comment posez-vous le diagnostic? -Quels traitements prescrivez-vous à vos patients arthrosiques? →relance possible: traitement antidouleur palier I/II, recours aux morphiniques, recours aux AINS, recours aux « antiarthrosiques ». - Mesures non pharmacologiques. -Quel est le retour du patient suite à ces prescriptions? -Est-ce-que vos patients ont recours aux médecines non conventionnelles? -Avez-vous connaissance des recommandations en vigueur dans la prise en charge de l'arthrose? - Pouvez-vous les citer?
OBSTACLE A LA PRISE EN CHARGE	Quels sont les difficultés que vous rencontrez dans votre prise en charge au quotidien ?

TABLEAU 2

PROFIL DES MEDECINS

	AGE	SEXE	LIEU D'EXERCICE	PARTICIPATION A DES FMC
M1	61	M	CERGY ST CHRISTOPHE	OUI
M2	35	M	CERGY LE HAUT	OUI
M3	37	F	SOISY SS MONTMORENCY	OUI
M4	43	M	SOISY SS MONTMORENCY	OUI
M5	56	F	CERGY PRFECTURE	OUI
M6	50	M	CERGY PREFECTURE	OUI
M7	49	F	EPINAY SUR SEINE	OUI
M8	60	M	GAGNY	OUI
M9	31	M	GAGNY	OUI
M10	49	M	GAGNY	OUI
M11	45	F	MONTFERMEIL	OUI
M12	30	M	LIVRY GARGAN	OUI
M13	33	F	FRANCONVILLE	OUI
M14	39	F	FRANCONVILLE	OUI
M15	36	F	ERMONT	OUI

3.3. Le codage

J'ai d'abord effectué un codage manuel puis je me suis réuni avec le Dr aubin-Auger pour établir un livre de code commun. L'analyse s'est faite au fur et à mesure des entretiens et a été arrêtée au bout de quinze entretiens lorsque la saturation des données a été atteinte.

Voir ANNEXE 1

3.4. Analyse des résultats

3.4.1. Définition

3.4.1.1. Pour le médecin

- Explication physiologique

Lorsque l'on posait la question de savoir ce qu'était l'arthrose, la moitié des médecins interrogés évoque d'emblée l'arthrose comme une maladie du cartilage liée à l'âge.

Sur l'ensemble des entretiens seulement deux médecins expliquaient que la maladie pouvait être liée à des mécanismes plus complexes et peu connus comme on peut le voir dans la littérature.

Citations:

"C'est une dégénérescence du cartilage"¹

"l'arthrose c'est plusieurs phénomènes : l'usure, les cytokines et l'adiposité"⁷

- Description clinique

La majeure partie des médecins définissaient les douleurs arthrosiques comme des douleurs mécaniques, mêmes si certains d'entre eux évoquaient les poussées inflammatoires.

¹ Numéro de l'entretien du médecin interrogé

Citations:

"Sur une douleur qui est plutôt mécanique."8

- Localisation

On observait que les localisations arthrosiques les plus souvent évoquées étaient d'abord la hanche et les genoux, puis le rachis cervical et lombaire et en dernier lieu les mains. Pour la plupart des médecins, il semblait que c'était la prise en charge de l'arthrose du rachis qui posait le plus de difficulté.

Citations:

"Ceux pour qui ça pose problème ce sont les lombalgies chroniques ou les cervicales chroniques"2

- Facteurs aggravants

La majorité des médecins désignaient le surpoids comme premier facteur de risque puis venaient les activités sportives et les traumatismes. Ils abordaient les antécédents familiaux en dernier lieu.

Citations:

"il y a plus d'arthrose chez les sujets obèses."2

"Qui est plus favorisée chez des patients qui ont eu des traumatismes ou des accidents de la route ou du sport,"9

- Evolution

Les médecins définissaient tous l'arthrose comme une maladie chronique d'évolution plutôt lente que rapide émaillée de poussées inflammatoires plus ou moins douloureuses selon les cas.

On note qu'un médecin parlait de l'arthrose comme une "évolution normale" de l'individu.

Citation:

"En effet entre les premières douleurs et la prothèse il y a à peu près dix ans même s'il existe des formes rapides."8

- Arthrose lié à l'âge

Pour tous les médecins interrogés, l'arthrose était une maladie liée à l'âge. Ils la définissaient comme un phénomène inéluctable lié au vieillissement. D'ailleurs pour certains patients , quand on commençait à avoir de l'arthrose c'est qu'on entrait dans la vieillesse.

Citation:

"Une pathologie qui arrive avec l'âge"3

"C'est un coup au moral car ça veut dire qu'ils se font vieux."13

- Motif de consultation

L'arthrose était considérée comme un motif très fréquent de consultation au cabinet de médecine générale.

Cependant la majorité des médecins interrogés mettait en avant le fait que les patients abordaient le problème en générale en fin de consultation après le motif principal.

Citation:

"Son arthrose qui n'était pas le motif initial de la consultation"2

"C'est très récurrent en cabinet de médecine générale."12

- Représentation de la maladie arthrosique

Pour quasiment tous les médecins, leurs patients avaient une vision fataliste de la maladie. Ainsi des termes comme "misère"- "inéluctable"- "malédiction familiale"- "lassitude" sont souvent utilisés.

Pour ces médecins, l'arthrose était une maladie chronique difficile à prendre en charge .Un des médecins parlait même de "galère".

Citations:

"Qui nous met dans une situation difficile avec des gens qui souffrent"14

"Puis il y a une certaine misère autour de l'arthrose car ils sont persuadés qu'on peut pas les aider comme une sorte de fatalisme."4

3.4.1.2. Pour le patient

- Connaissance

Pour la moitié des médecins interrogés, les patients savaient ce qu'était l'arthrose. C'était comme une évidence pour eux.

Ils la définissaient comme une maladie chronique, évoluant par poussée, ne pouvant que s'aggraver.

Pour deux des médecins, les patients jeunes ne savaient pas ce qu'était l'arthrose en dehors du fait que c'était une maladie qui touchait "les vieux".

Pour un des médecins, les patients avaient du mal à faire la différence entre l'arthrose et les maladies rhumatismales inflammatoires. De ce fait il y avait un certain « catastrophisme » de leur part vu que les conséquences et la prise en charge de ces dernières semblaient plus inquiétantes.

Citation:

" Ils ne font pas la différence entre arthrite, arthrose, rhumatisme inflammatoire et simplement maladie dégénérative"2

" Pour les personnes jeunes car pour elle l'arthrose c'est pour les vieux et pour les personnes en surpoids."7

- Source de l'information

a- Le médecin

La majorité des médecins étaient dans une démarche d'information du patient.

Certains expliquaient aux patients les mécanismes physiopathologiques de l'arthrose au moyen de différents supports (maquette-dessin etc..)

Pour une autre partie des médecins, l'information apportée était celle que l'arthrose est une maladie chronique qui avec l'âge est inéluctable et qu'il n'y a pas de guérison possible ni de retour à un état antérieur.

Trois des médecins expliquaient aux patients que la prise en charge consistait à faire diminuer la douleur.

Un des médecins montrait l'arthrose comme une "évolution normale de l'individu" afin que le patient puisse accepter cet état et puisse vivre cette situation le mieux possible.

Citation:

" Mais je prends bien le temps de leur expliquer les mécanismes de l'arthrose,"⁹

"D'où l'intérêt de leur expliquer qu'avec le traitement on limite la casse mais qu'on guérit pas la cause."⁹

b- Les autres sources d'information

Tous les médecins évoquaient le fait que leurs patients avaient diverses sources d'information.

Certains expliquaient que les personnes âgées recevaient régulièrement des publicités et des magazines dans lesquels on parlait de l'arthrose et de ses traitements.

Pour une autre partie des médecins, internet représentait une mine d'information.

Deux des médecins faisaient référence à l'entourage.

3.4.2. Le vécu de la maladie arthrosique

3.4.2.1. Vécu du médecin

- Objectif principal de prise en charge des médecins

Pour la plupart l'objectif principal était de leur apporter une meilleure qualité de vie, qui passait avant tout par une prise en charge correcte de la douleur.

Il ressortait du vécu de ces médecins une certaine humilité par rapport à ce qu'ils pouvaient apporter à leurs patients.

Citations:

« Car on arrive quand même à leur proposer des choses »¹³

"On doit jongler entre plusieurs traitements pour leur apporter une meilleure qualité de vie"¹¹

"D'où l'intérêt de leur expliquer qu'avec le traitement on limite la casse mais qu'on guérit pas la cause."⁹

- Satisfaction

Il n'y avait pas de catastrophisme autour de la prise en charge de l'arthrose, mais le sentiment qui prédominait était celui de la frustration et le sentiment d'impuissance.

D'ailleurs trois des médecins évoquaient la nécessité d'un soutien psychologique aux patients arthrosiques.

Citations:

"Ce que je vois c'est que je suis pas si optimiste que ça, mais en même temps je ne dramatise pas "⁶

"C'est d'être impuissant devant la douleur "¹²

"Il doit y avoir alors une prise en charge psy à côté à prendre en compte..."³

- La relation médecin-malade

Un tiers des médecins disaient avoir une relation de confiance avec leurs patients. Ces derniers leurs parlaient facilement et eux étaient à l'écoute.

Par contre les médecins avaient conscience que ces mêmes patients ne croyaient pas vraiment en leurs possibilités d'action sur la maladie arthrosique du fait certainement de leur fatalisme.

Citations:

*"Patients qui pensent que c'est quelque chose que les médecins généralistes prennent mal en charge"*⁴

*"Ils m'en parlent facilement quand ils vont voir l'acupuncteur ou l'ostéopathe ou l'homéopathe"*⁵

3.4.2.2. Vécu du patient

- Perception du médecin

Pour tous les médecins interrogés, il existait différentes typologies de patients. Ainsi le vécu de chacun variait en fonction de différents facteurs.

Le vécu était très variable en fonction de l'intensité des symptômes. Ainsi l'intensité de la douleur fait qu'ils vivaient plus ou moins bien la maladie. De la même manière, le handicap et la perte d'autonomie modifiaient ce vécu. Un des médecins expliquait qu'un de ses patients qui vivait l'arthrose sur le versant de l'ankylose se disait être "prisonnier de son corps".

Le vécu dépendait également de la phase de la maladie. Lors des poussées c'était plus difficile pour les patients mais malgré tout pour la plupart des médecins, les traitements antalgiques permettaient d'atténuer ces recrudescences douloureuses. Par contre sur le long cours les médecins expliquaient que leurs patients étaient fatigués de supporter la douleur au quotidien.

Pour l'un des médecins les femmes vivaient plus mal la maladie.

Pour un autre, c'était les patients en surpoids qui souffraient le plus car ils se sentaient "stigmatisés".

Citation:

"Après chacun réagit différemment, ça dépend de la manière dont chacun gère la douleur "3

« Si c'est une première ou deuxième poussée, ça va "7

"C'est pas qu'ils le vivent mal mais c'est pas évident au quotidien."9

- Compréhension

Pour les médecins certains de leurs patients qui ne comprenaient pas la maladie vivaient difficilement la situation. C'était principalement le cas des jeunes.

Et d'autre comprenaient que leur vie serait ponctuée de moment de souffrance mais que cette maladie ne menait pas à la mort et cela leur permettait de « relativiser ».

Citation:

"Ca permet aussi de leur dire que leur souffrance n'est pas seulement dans leur tête."4

"Ils savent qu'ils vont souffrir mais ils savent qu'ils ne vont pas en mourir."9

- Les attentes des patients

Leur vécu passait par leurs attentes.

Les patients vivaient dans l'attente d'être soulagés de leur douleur, de voir leur quotidien s'améliorer par la reprise des activités de la vie courante.

Ils voulaient également pouvoir vivre sans prendre des traitements tous les jours. Mais à coté de cela les médecins expliquaient que beaucoup d'entre eux étaient demandeurs de nouveaux traitements du fait, d'une insatisfaction permanente.

Citation:

"Ce qu'ils veulent c'est que ça ne les limite pas dans leurs activités"1

« D'autres qui refusent de souffrir de douleur de façon quasi quotidienne "3

- L'acceptation

Le vécu des patients arthrosiques passait aussi par l'acceptation ou le refus de leur maladie. La plupart des médecins expliquaient que leurs patients vivaient bien les choses une fois qu'ils avaient accepté la chronicité de l'arthrose. C'était le cas d'une partie des personnes âgées.

Par contre pour d'autres et pour les plus jeunes, ce caractère chronique était difficile à supporter au quotidien.

De la même manière les médecins avaient l'impression que certains de ces patients avaient appris à vivre avec la douleur. La notion de résignation revenait souvent.

Mais quand ces douleurs devenaient insupportables, ils étaient prêts à accepter les effets secondaires des différents traitements pour pouvoir être soulagés.

Ce qui était difficile à accepter par le patient et qu'il vivait naturellement très mal, c'était la perte d'autonomie.

Citation:

*"Chez les patients très philosophes qui disent que de toute façon vieillir c'est des douleurs , qu'il faut vivre avec"*³

*"Le problème d'arthrose chez le sujet jeune et sportif et plus embêtant, et ils ont plus de mal à l'accepter."*¹³

*"Plus la crise est douloureuse plus ils sont capable d'accepter l'effet secondaire d'un pallier deux"*²

*"Ils sont un peu résignés et ils s'adaptent un petit peu à ce type de douleur. Avec le temps ils arrivent à supporter ces douleurs"*¹¹

- Deux types de patients arthrosiques débutants/arthrosiques âgés

Les patients les plus jeunes étaient ceux qui acceptaient le moins bien la maladie. Mais ils n'étaient pas inquiets car cela n'engageait pas leur pronostic vital. Et pour les médecins interrogés les poussées étaient mieux supportées.

Les patients arthrosiques âgés se résignaient plus à la douleur, mais celles-ci devenant de plus en plus importantes, leur quotidien était marqué par la souffrance. En effet, les moyens thérapeutiques étaient limités du fait des terrains à risques liés à l'âge et aux contre-indications médicamenteuses.

Citations:

"Au départ quand on a une ou deux poussée, ça se passe relativement bien"¹⁰

- La douleur

Pour tous les médecins, les patients vivaient l'arthrose sur le versant de la douleur. C'était pour cela que les patients consultaient.

Ils faisaient la différence entre les douleurs chroniques et les douleurs aiguës qui lors des poussées étaient définies pour la plupart comme « importantes ». Le terme souffrance était souvent employé.

3.4.3. Le retentissement

3.4.3.1. Le retentissement physique

La majorité des médecins définissaient l'arthrose comme une source de handicap.

D'ailleurs les termes les plus souvent employés étaient : "handicap", "invalidité", perte d'autonomie", "impotence fonctionnelle".

Le problème posé par l'arthrose était la limitation des activités physiques de base au quotidien. Celles-ci étant principalement : La réduction du périmètre de marche, la montée des escalier , l'impossibilité de se baisser, la prise manuelle.

Citation:

"C'est une source d'inconfort, de douleur et parfois de perte d'autonomie"¹

"C'est une maladie très invalidante"¹⁰

3.4.3.2. Le retentissement social

Les médecins avaient conscience des difficultés rencontrées par leurs patients sur le plan social. Ainsi ils évoquaient l'isolement social de certains, le fait qu'ils ne pouvaient plus avoir de loisirs (sports/voyages) et les conséquences importantes sur le travail.

Citation:

« Les gens qui font des marches par exemple disent qu'ils ne peuvent plus suivre leurs amis. Quand on fait des voyages, on reste dans le bus... C'est une perte d'autonomie quoi... »¹
"Femme qui a du mal à se déplacer et donc elle ne sort plus de son appartement."¹
"Les forçant à changer de travail ou à arrêter de travailler."²

3.4.3.3. Le retentissement moral

Pour une partie des médecins, leurs patients avaient tendance à entrer dans la dépression. Un médecin disait de certains de ses patients "qu'ils se sentaient condamnés". Un autre a une patiente dont la déformation de ses mains la complexait.

Citation:

"On peut les voir sombrer dans un terrain un peu anxiodépressif"²
" Puis on en a certains qu'on revoit assez régulièrement c'est ceux qui sont entrés en déprime."¹⁰

3.4.4. Vision de l'avenir

Ce n'était pas un sujet fréquemment abordé par les patients. Ils n'exprimaient pas trop leurs inquiétudes vis à vis du futur surtout les jeunes patients arthrosiques.

Parmi les craintes repérées malgré tout par les médecin, on notait la peur d'une évolution importante de la douleur, du handicap futur et de la probable chirurgie.

Citation:

"Ca arrivera à la prothèse. Et ils reculent cela le plus possible."8

"C'est pas vraiment exprimé l'avenir de leur maladie"4

"Par contre quand ils commencent par une poussée d'arthrose hyper douloureuse, ils le voient très mal ils ont peur de ces crises et d'être aussi invalidés."15

3.4.5. Le diagnostic

3.4.5.1. La démarche diagnostique

Le diagnostic était avant tout clinique, il était évoqué devant des douleurs articulaires avec horaire mécanique et il était conforté par l'imagerie.

3.4.5.2. Place de l'imagerie

Pour la plupart des médecins l'imagerie était là aussi pour rassurer le patient. C'est ce qu'ils évoquaient d'emblée.

Sinon pour un des médecins ça n'avait aucun intérêt. Pour les autres c'était une étape logique dans la démarche thérapeutique puisqu'elle permettait de voir l'évolution de la maladie et de discuter la chirurgie.

Citation:

"C'est pour les patients ça les rassure. Quand ils sont un peu demandeurs je leur fait"3

"Ca permet aussi d'avoir un élément de référence. Cinq ans après ils souffrent beaucoup, on peut voir si l'évolution est rapide ou lente. Ca permet un peu de juger de la date de chirurgie qui arrivera un jour"1

3.4.5.3. Diagnostic différentiel

Une partie des médecins avaient besoin de faire des examens complémentaire pour éliminer les pathologies inflammatoires surtout chez les jeunes ou selon la localisation articulaire. Dans ces cas ils demandent un bilan biologique inflammatoire et une imagerie spécifique.

Citation:

« Je demande un bilan radio et une numération avec VS pour éliminer une cause inflammatoire. »7

"Parfois on fait des radios ou une IRM pour pas passer à coté de quelque chose."14

3.4.6. La prise en charge

3.4.6.1. Le traitement pharmacologique

- Molécules les plus utilisées

Tous les médecins interrogés commençaient par donner du paracétamol.

Ils passaient tous ensuite aux paliers deux comme les associations de paracétamol-tramadol ou paracétamol-codéine ou dextroproxypène.

Ensuite les anti inflammatoires et les « chondroprotecteurs » étaient souvent cités.

Enfin trois des médecins disaient utiliser la corticothérapie.

- Effets indésirable-Bénéfices /risques

L'un des problèmes posés dans la prise en charge de l'arthrose, c'était la tolérance médicamenteuse puisqu'elle pouvait limiter la prise en charge de la douleur.

Ainsi les médecins disaient être principalement dérangés par la mauvaise tolérance digestive des paliers deux et trois et par les contres indications majeures des anti-inflammatoires.

- Le recours aux morphiniques

Le recours aux morphinique était modéré, il était utilisé de manière très ponctuelle et avec pas mal de précautions alors que souvent les médecins se retrouvaient devant des patient hyperalgiques.

Un des médecins expliquait même que lorsqu'elle arrivait à ce stade elle prenait le relais avec un médecin de la douleur.

- Autres traitements

Il y avait deux autres traitements utilisés de manière assez fréquente par tous ces médecins. Il s'agissait des infiltrations de corticoïdes et de la viscosupplémentation.

- Adaptation selon l'évolution

Tous les médecins interrogés adaptaient le traitement à la symptomatologie de leurs patients en passant d'un palier à l'autre et en vérifiant à chaque étape les contre-indications éventuelles.

- Le traitement de la crise

La poussée inflammatoire était traitée de la même manière par la plupart des médecins avec un AINS.

- Le traitement de fond

Les « chondroprotecteurs » étaient largement utilisés malgré les recommandations. Un seul des médecins disait les retirer des ordonnances lorsqu'elle tombait dessus.

- Efficacité des traitements

Une partie des médecins trouvait les chondroprotecteurs efficaces. Pour certains il y avait un effet placebo.

De même pour les AINS, mais leur utilisation était limitée du fait des contre indications. Les infiltrations de corticoides et d'acides hyaluronique sont aussi appréciées mais leur efficacité est limitée dans le temps.

3.4.6.2. Le traitement non pharmacologique

Les traitements non pharmacologiques n'étaient pas évoqués spontanément par les médecins.

Certains d'entre eux prodiguaient à leurs patients les conseils hygiénodietétiques classiques avec la nécessité de perdre du poids et d'avoir une activité régulière.

D'autres parlaient de la kinésithérapie.

Deux des médecins parlaient « des mesures d'hygiène dorsale ».

Un seul médecin parlait de l'effet bénéfique de la cure thermique.

3.4.6.3. Place de la chirurgie

- Pour le médecin

La chirurgie représentait le recours ultime pour les médecins. D'après eux généralement, la vie de leurs patients se retrouvait nettement améliorée par l'intervention notamment au niveau des hanches et des genoux.

L'un d'entre eux expliquait qu'il ne fallait pas retarder l'avis chirurgical .

Un autre expliquait qu'il n'y avait que deux solutions au final "soit la prothèse soit le handicap".

Citation:

"Une solution définitive"²

"En dernier recours une prothèse"²

- Pour le patient

Le patient préférait reculer le plus possible l'intervention chirurgicale d'après le médecin.

Mais lorsqu'ils étaient opérés, tous disaient que leurs patients étaient satisfaits du résultat.

Citation:

"Elle vient de se faire opérer pour une prothèse de hanche qui lui a changé la vie."14

3.4.6.4. Le recours aux spécialistes

Le recours aux spécialistes était peu évoqué. C'était surtout avec les rhumatologues que les médecins généralistes travaillaient sur l'arthrose et généralement c'était pour faire faire des infiltrations.

Citation :

"Quand j'ai besoin de soulager rapidement via une infiltration et là j'ai recours au rhumatologue."2

3.4.7. Evaluation de la prise en charge

3.4.7.1. par le patient

Pour les médecins les patients étaient satisfaits de leur prise en charge sur le plan de la douleur même s'il restait un fond douloureux.

En effet ils disent avoir de bons retours au final, et que même les patients qui étaient récalcitrant aux traitements finissaient par en prendre car ils avaient un soulagement.

3.4.7.2. Par le médecin

Il y avait une prise en charge correcte de la douleur mais qui n'était pas optimale d'après les médecins.

On notait ainsi que le paracétamol y participait fortement.

Les chondroprotecteurs sont plutôt appréciés par les médecins, il en va de même pour les AINS .

Citation:

"La satisfaction n'est pas complète, il persiste souvent des douleurs modérées ."9

"Avec les traitements et surtout les rhumatologues avec lesquels on travaille, on gère bien la douleur. "14

3.4.8. Les traitements non conventionnels

3.4.8.1. Le recours aux médecines alternatives

Tous les médecins disaient que les patients avaient recours aux médecines non conventionnelles. Mais pour eux seulement une minorité était concernée.

Les médecines les plus citées étaient : l'ostéopathie, l'acupuncture et la mésothérapie.

3.4.8.2. Le regard du patient

Le retour de ces médecines par les patients était plutôt bon même si l'efficacité restait relative.

Citations:

"Ils disent que ça les soulagent un peu. Ils font ça en plus de leur traitement habituel."7

"Ben franchement il est bon!! bon l'homéopathie pas trop mais acupuncteur, ostéopathe , mésothérapie tout ça ça leur fait du bien."14

3.4.8.3. Le regard du médecin

La majorité de médecins disaient ne rien avoir contre ces médecines et comprenaient que leur patient puisse y avoir recours. Par contre ils ne croyaient pas vraiment à l'efficacité de ces dernières.

Citations:

"Pour l'ostéopathie ça marche pas mal"7

"D'ailleurs ça m'arrive de les envoyer soit chez le mésothérapeute ou l'ostéopathe ou l'acupuncteur"8

3.4.9. Obstacle à la prise en charge

3.4.9.1. Les patients à problèmes

D'après les médecins il y avait des patients plus difficiles à prendre en charge:

- Les rachialgies chroniques du fait des possibilités thérapeutiques limitées.
- Les patients qui avaient un terrain dépressif.
- Les patients polypathologiques.
- Les patients en surpoids.

3.4.9.2. Limite des moyens thérapeutiques

Pour les médecins les moyens thérapeutiques qui étaient à leur disposition étaient limités. De plus on a vu qu'il existait un important problème de tolérance.

Citation:

"Y a aussi la tolérance des médicaments qui nous gêne quand même beaucoup."13

"Pour laquelle on a pas énormément de réponse"14

3.4.9.3. Difficulté à faire appliquer les mesures thérapeutiques

La principale difficulté rencontrée par les médecins était celle de faire appliquer les mesures non pharmacologiques.

Puis il y avait les patients qui n'étaient pas observants.

Citation:

"C'est le poids, c'est très dur de leur faire perdre du poids .Voilà."8

"qui n'avait pas suivi de solution d ' hygiène dorsale"2

4. **LA DISCUSSION**

4.1. Existe –t-il un décalage entre le vécu des patients arthrosiques et la perception des médecins généralistes ?

Il s'agit ici de comparer les résultats de cette analyse avec une étude qui a été menée en 2008 par le Dr Mazouz, dont le but était d'apprécier le ressenti des patients arthrosiques quand à leur vécu et leur prise en charge. De la même manière, une méthode qualitative avait été utilisée pour analyser des entretiens menés auprès de dix huit patients.

De cette étude, plusieurs idées se sont dégagées :

- Un manque d'information :

Les patients savaient définir la maladie comme un phénomène de dégénérescence lié à l'âge, mais les mécanismes nombreux et complexes de l'arthrose leur sont inconnus. Cela est dommageable, car une meilleure connaissance aurait permis un réel investissement comme dans certaines pathologies chroniques, tels que le diabète ou l'asthme.

- Des craintes disproportionnées par rapport à la maladie.

La peur du handicap est un des premiers éléments mis en avant par le patient. Il n'a pas conscience que l'évolution de l'arthrose est lente et il n'a pas la conviction que les nombreux moyens thérapeutiques permettent de ralentir cette évolution.

- Un soulagement insuffisant :

Le fatalisme et la routine de prescriptions perçus par le patient sont à l'origine d'une mauvaise observance. De ce fait la douleur est difficilement contrôlée.

- Le sentiment d'impuissance de la médecine traditionnelle entraîne un recours constant aux médecines alternatives.

4.1.1. La typologie des patients

On observe deux typologies de patients arthrosiques que ce soit dans « les entretiens patients » comme dans « les entretiens médecins ».

Ainsi « l'étude patient » distingue le malade qui vit son arthrose comme un vieillissement normal et s'adapte à ces symptômes en utilisant des stratégies de confort, et celui qui ressent son arthrose comme une injustice et qui reste nostalgique de sa vie passée.

On peut corréler ces résultats à « l'étude médecin » qui fait ressortir deux catégories de patients:

- « Les arthrosiques débutants » qui n'acceptent pas cette maladie, qui dans leur esprit ne leur est pas destinée puisque c'est une maladie pour "les vieux".
- « les arthrosiques âgés » qui sont dans l'acceptation de la maladie voir la résignation, supportant la douleur au quotidien mais en contre partie une lassitude s'installe et les mène parfois sur le terrain de la dépression, ce qui rend encore plus difficile la prise en charge par le médecin.

Il y a une certaine analogie entre ces résultats qui permet de voir l'empathie que le médecin a pour son patient.

4.1.2. La vision de l'avenir

Dans « les entretiens patients », la vision de l'avenir est pessimiste et la peur du handicap prédomine.

Ces craintes ne sont pas vraiment connues des médecins .Ces derniers ont plus l'impression que leurs patients s'inquiètent des recrudescences douloureuses.

Cela est un point important car en effet pour les médecins, l'amélioration de la qualité de vie passe d'abord par une bonne prise en charge de la douleur.

Et là encore ce sont les moyens antalgiques qui vont être mis en avant et les mesures non pharmacologiques vont un peu être mises de côté.

Il y a là alors un décalage entre les craintes exprimées par le patient et celles perçues par le médecin. Si ce dernier s'inquiétait plus du futur handicap de son patient, la prise en charge serait peut-être différente, et elle serait plus ciblée sur des moyens non médicamenteux qui pourrait peut être ralentir la maladie ou éviter les déformations par exemple.

4.1.3. Evaluation de la prise en charge

La satisfaction des patients concernant la prise en charge de leur arthrose passe essentiellement par l'écoute et l'empathie de leur médecin généraliste. Pour eux, ces derniers utilisent tous les moyens diagnostiques et thérapeutiques possibles. Ce qui est d'autant plus important car cela permet d'authentifier leur maladie et d'apporter une légitimité à leur souffrance physique et morale, surtout dans cette pathologie où les signes visibles comme les déformations arrivent à un stade tardif par rapport à la douleur.

Par contre les patients trouvent que le système médical est limité et a peu d'action sur l'arthrose ce qui entraîne « une réaction fataliste.

Enfin un des points les plus déplorés par les patients est la routine de prescription de leur médecin généraliste, il en ressortait la nécessité d'avoir une discussion autour de leur ordonnance.

A ces résultats on peut opposer « les entretiens médecins » qui trouvent que la prise en charge de la douleur arthrosique est satisfaisante. Mais ils doivent faire face à de nombreux obstacles. Parmi ceux-ci le fait que les patients abordent souvent l'arthrose en fin de consultation après le motif principal, ce qui suppose un temps plus court pour une pathologie qui nécessite du temps et une prise en charge globale et personnalisée adaptée au profil de chaque patient.

On peut se poser la question d'une lacune dans la formation des médecins généralistes et de l'absence d'organisation des soins autour de la prise en charge de l'arthrose.

4.1.4. Le recours aux médecines non conventionnelles

Les résultats de notre analyse révèlent une défaillance de la médecine classique qui explique le recours quasi systématique aux médecines dites "alternatives" déclaré par les patients et "nié" par les médecins. En effet pour eux seule une minorité y fait appel.

Pourtant un des « entretiens médecins » (entretien n°4) exprime le mieux cet état de fait. Ainsi parmi les différentes médecines « non conventionnelles » comme l'acupuncture , l'homéopathie, la mésothérapie et les divers produits à bases de plantes, le patient est en face d'un large éventail lui permettant d'essayer l'un ou l'autre .C'est ainsi que le patient arthrosique représente la cible idéale de certains laboratoires pharmaceutiques et autres entreprises commerciales. Pourtant ces patients continuent à se réfugier derrière ces thérapeutiques dont l'efficacité n'est pas prouvée.

4.2. L'importance du retentissement de l'arthrose sur la qualité de vie

Dans l'esprit des médecins généralistes interrogés, l'arthrose représente une source majeure d'invalidité. Ce qui est bien en accord avec la situation actuelle en France. Ils ont bien conscience que peu à peu avec l'évolution de la maladie, il y a un renoncement à de nombreuses activités de la vie sociale .Ainsi une enquête conduite par les laboratoires Negma-Lerads auprès des médecins généralistes, rhumatologues et agences de voyages, montre que les sujets arthrosiques renoncent majoritairement aux voyages, avant les activités de loisir, lesquelles se situent avant les activités culturelles.¹²

Certains types de voyages peuvent cependant être conseillés aux patients, en effet des organismes ont mis en place des services spécialisés pour personnes handicapées. En outre, il convient d'insister sur la préparation du voyage. Beaucoup de rhumatisants ne sont pas en fauteuil roulant, mais ils peuvent avoir de grandes difficultés à la marche notamment pour de longues distances. Il est donc important de reconnaître la spécificité des handicaps rhumatismaux qui atteignent, selon les cas, la préhension et/ou l'ambulation.

De plus un des points majeurs qui ressort de notre analyse et qui représente un obstacle pour les médecins dans leur prise en charge est la composante dépressive des patients arthrosiques. Ce phénomène s'explique par la chronicité de la maladie et l'isolement social, conséquence de la perte d'autonomie.

Beaucoup des médecins interrogés évoquent la nécessité d'une prise en charge psychologique, mais aucun d'eux n'en parlent dans leur prise en charge thérapeutique.

Aussi l'identification et le traitement de la dépression chez certains patients sont indispensables pour pouvoir leur faire appliquer les mesures non pharmacologiques (faire du sport, aller chez le kinésithérapeute..) .

D'ailleurs en 2009, en Allemagne une enquête est menée au près de 1250 patients par l'intermédiaire de soixante quinze médecins généralistes, dont le rôle est de quantifier la satisfaction des patients concernant la prise en charge de leur arthrose³⁵. Il en ressort que pour les patients, la prise en charge de la dépression et des facteurs sociaux sont plus importants pour eux que les autres aspects de la maladie. Cela suggère que ces facteurs doivent avoir un intérêt majeur dans le traitement. Et en Allemagne cela représente un grand défi pour les médecins généralistes qui sont des acteurs principaux dans le système de soin et représente l'instance la plus appropriée pour palier à ce déficit³⁵.

4.3. La prise en charge de l'arthrose et les recommandations

4.3.1. La place de l'imagerie

Dans cette étude, Le rôle de l'imagerie dans l'arthrose pour beaucoup n'est pas diagnostique mais il a pour but de rassurer le patient, même si certains évoquent son intérêt dans la prise de décision thérapeutique. Il serait donc important de redéfinir l'utilisation de l'imagerie dans l'arthrose.

En effet, l'arthrose associe une symptomatologie clinique évoluant sur un fond mécanique, plus ou moins émaillée d'épisodes inflammatoires, et des anomalies radiographiques, d'apparition plus tardive, mais indispensables à son diagnostic (critères). Si l'examen radiographique fait intégralement partie des critères diagnostiques actuels et représente la référence dans le suivi structural de la maladie, des travaux récents soulignent les limites de cette technique, notamment pour le diagnostic précoce et le suivi évolutif de cette maladie. Les techniques d'imagerie moderne pourraient permettre un meilleur démembrement des patients arthrosiques. Mais l'utilisation de ces techniques reste à définir et doit être adaptée à l'articulation touchée Par exemple, l'échographie est un complément intéressant à l'examen radiographique des articulations profondes (hanche) en précisant l'existence d'un épanchement articulaire et/ou d'une synovite non décelés par l'examen clinique.

Cet examen offre, de plus, des informations complémentaires sur les lésions abarticulaires (ménisques, bourrelet, kyste, etc.) souvent contemporaines des lésions cartilagineuses.

Ou encore l'imagerie par résonance magnétique qui devient de plus en plus intéressante dans l'arthrose, permettant une approche physiopathologique, diagnostique, pronostique et thérapeutique plus précise de la maladie. En effet, en visualisant directement la perte cartilagineuse, l'IRM permettrait d'établir un diagnostic plus précoce que l'examen radiographique, de cerner les différents facteurs de risque de la perte chondrale, et de déterminer les structures articulaires ou abarticulaires responsables des manifestations douloureuses. À l'avenir, cette technique d'imagerie pourrait permettre de mieux démembrer les populations d'arthrosiques, afin d'optimiser leur prise en charge thérapeutique mais aussi d'évaluer plus précisément l'efficacité des médicaments à visée structuromodulatrice.²¹

4.3.2. Les mesures pharmacologiques

Dans notre analyse, les moyens thérapeutiques utilisés sont principalement médicamenteux. On note le respect des recommandations quant à l'utilisation du paracétamol en première intention.

Par contre on note également l'affinité des médecins généralistes interrogés pour les chondroprotecteurs en traitement de fond et les AINS en traitement de crise.

Un des obstacles à la prise en charge énoncés par ces médecins était le fait d'avoir une panoplie médicamenteuse limitée, ce qui peut expliquer ce recours assez systématique en fin de compte à des molécules comme les antiarthrosiques d'action lente dont l'efficacité n'est pas prouvée.

D'ailleurs ces résultats sont bien en adéquation avec l'enquête ARTHROSCAN qui compare la prise en charge d'une arthrose du genou par les généralistes et les rhumatologues français avec les recommandations EULAR 2000. Cette étude montrait que l'association d'un AINS au paracétamol en première intention était trop fréquente.⁷

4.3.3. Les mesures non pharmacologiques

Dans notre analyse, on note le recours limité des médecins aux moyens non médicamenteux. Ces résultats suggèrent une lacune dans la formation des médecins généralistes et dans l'organisation de leur prise en charge, gérants seuls dans leur coin, une pathologie chronique nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.

En effet c'est l'éducation thérapeutique du patient (ETP) qui sera à l'initiative d'une bonne prise en charge car elle permettra une meilleure observance et le discours du médecin aura alors plus de sens, pour le patient dont la vision de la maladie arthrosique sera moins fataliste.

D'ailleurs l'observance était un des obstacles identifiés par les médecins interrogés. Il est donc primordial que le médecin passe du temps à obtenir l'adhésion de son patient aux traitements.

Souvent dans les entretiens menés, les médecins disaient se heurter à des patients ne voulant pas prendre trop d'antalgiques. Dans une enquête qualitative réalisée au Canada en 2006, on étudiait l'adhésion aux antalgiques des patients âgés souffrant d'arthrose. Les résultats montraient que les patients réduisaient leur consommation et préféraient supporter la douleur et éviter les effets indésirables. Cela suggère donc une réévaluation de la prescription médicamenteuse à chaque consultation afin de limiter ces effets et d'optimiser l'observance particulièrement chez les personnes âgées.³⁹

Concernant la perte de poids, l'activité physique et la kinésithérapie, les patients ont du mal à suivre ces prescriptions car elles s'inscrivent dans la durée. De ce fait il est logique de parler d'une prise en charge personnalisée, nécessitant l'action de divers intervenants. D'ailleurs une enquête réalisée en 2009 évaluait l'intérêt d'un programme structuré de consultation pour des patients atteints d'arthrose du genou. Les résultats montraient à court terme une perte de poids significative et une activité physique maintenue dans le temps et l'intensité.³¹

Au total, le médecin généraliste doit organiser une prise en charge multidisciplinaire (le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthopédiste, le rhumatologue, le podologue, le diététicien et le psychologue ou le psychiatre) et adaptée au profil du patient arthrosique car il ne peut pas résoudre à lui seul des problèmes aussi variés et demandant parfois des compétences spécifiques alors que son temps de consultation est limité particulièrement aujourd'hui où la demande médicale est très forte.

5. CONCLUSION

Cette étude met en évidence un décalage entre le vécu du patient arthrosique et la perception du médecin généraliste.

Dans l'esprit des médecins, l'arthrose est plutôt une maladie liée à l'âge et c'est cette information qui est transmise aux patients.

Ainsi les mécanismes complexes sont peu connus des médecins généralistes et de ce fait des patients. Une vision fataliste de l'arthrose est alors partagée par les deux protagonistes. Et de la même manière que les patients n'ont pas investi la maladie, les médecins n'exploitent pas toutes les possibilités thérapeutiques. Aussi ils se concentrent sur une prise en charge de la douleur qui demeure malgré tout insuffisante et les mesures non pharmacologiques sont insuffisamment utilisées.

En effet la gestion d'une maladie chronique comme l'arthrose, nécessite une modification du comportement des patients et une information qui leur permettent de bien comprendre le but des traitements proposés.

Cependant cette démarche thérapeutique a du mal à s'inscrire dans le cadre des consultations de médecine générale qui sont de courte durée. Il est donc nécessaire de repenser la prise en charge de l'arthrose dans le cadre d'un programme structuré basé sur les recommandations internationales et européennes où le médecin généraliste ne serait pas isolé et pourrait travailler en collaboration avec les différents intervenants intéressés au sein d'un système de soin organisé comme on peut le voir pour des maladies chroniques comme le diabète ou l'asthme.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Altman RD. Early management of osteoarthritis. Am J Manag Care. 2010 ; 16 Suppl Management: S41-7.
2. ANAES. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Décembre 2000.
3. Affssaps. Evaluation des nouvelles données de tolérance cardiovasculaire: le rapport bénéfice/risque des AINS reste favorable mais les précautions d'emploi doivent être renforcées. Communiqué de presse du 24 Octobre 2006.
4. Balint B. "Le médecin, son malade et la maladie". Trad. J.P. Valabrega, Petite collection Payot, Paris, 7ème édition 1996.
5. Chevalier X. Early diagnosis of knee osteoarthritis. La revue du praticien 2009 ; 59:1243-5 , 1248-9.
6. Chevalier X. Arthrose du genou et de la hanche. La revue du praticien médecine générale. 2007, 21 : 786-787.
7. Chevalier X, Merre JP, de Butler J, Herek A. Questionnaire survey of management and prescription of general practitioners in knee osteoarthritis: a comparison with 2000 EULAR recommendation. Clin Exp rheumatol. 2004 ; 22: 205-12.
8. Conrozier T, Flipo RM. Current management of osteoarthritis. Part 1: Pharmacological strategies. Rev Med Interne. 2003 ; 24:183-8.
9. Cottrell E, Roddy E, Foster NE. The attitudes, beliefs and behaviors of GPs regarding exercise chronic knee pain: systematic review. BMC Fam Pract. 2010 ;11:4.
10. Diascéreïne: Des effets indésirables parfois graves. La revue Prescrire 2007; 27: 273-4.
11. Doherty M. Pathophysiology of osteoarthritis. Ann Rheum Dis 2006; 65(Suppl.II) : 19.
12. Euller-Ziegler B, Biegarowski G. Arthrose, handicap, voyages et loisirs. Le regard des médecins et des professionnels du tourisme. La Presse médicale, 2004 ;33 : 19-20.
13. Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA, et al. osteoarthritis: New insights. Part 1: The disease and its risk factors. Ann Intern Med 2000; 133: 635-46.
14. Flipo RM, Conrozier T. La prise en charge thérapeutique de l'arthrose en ce début de troisième millénaire. Seconde partie: Les traitements non médicamenteux .Rev Med

Int . 2003; 24: 243-52.

15. Frances P. Une poussée d'arthrose ? La revue du praticien.2007, n°790, p 1145-1146.
16. Françon A, Forestier R. Spa therapy in rheumatology. Indications based on the clinical guidelines of the French National Authority for the health and the European League Against Rheumatism, and the results of 19 randomized clinical trials. Bull Acad Natl med. 2009 ; 193:1345-56; discussion 1356-8.
17. Goodwin JL, Kraemer JJ, Bajwa ZH.The use of opioids in the treatment of osteoarthritis: when, why and how? Curr Rheumatol Rep. 2009 ;11:5-14.
18. Hayem G.Hip pain. Diagnostic orientation. Rev Prat 2001; 51(13):1499-504.
19. Lane NE. Osteoarthritis of the hip. New Engl J Med. 2007; 357: 1413-1421.
20. Levy E, Ferme A, Perocheau D, Bonon I. Les couts économiques de l'arthrose en France. Rev Rhum 1993; 60: 63-75.
21. Loeuille L, Chary-Valckenaere I. Imagerie de l'arthrose. Encycl Med Chir 14-003-C-30
22. Maheu E.Intraarticular treatment in gonarthrosis. Rev Prat 2009 ;59(9): 1250-3.
23. Maheu E, Ravaud P, Halimi J, Concas V. Importance et perception de l'arthrose par les patients. Résultat de l'étude impact chez les rhumatologues et les médecins généralistes de ville. Rev Rhum 2003;70: 1024.
24. Manek NJ, Hart D, Spector TD, Macgregor AJ. The association of body mass index and osteoarthritis of the knee joint: an examination of genetic and environmental influences. Arthritis Rheum 2003 ; 48:1024-9.
25. Mazières B, Hucher M, Zaim M, and Garnerio P.Effect of chondroitin sulphate in symptomatic knee osteoarthritis : a multicentre, randomised, double blind, placebo-controlled study. Ann Rheum dis, 2007; 66: 639-645.
26. Mazières B. Généralités sur l'arthrose.Guide pratique de rhumatologie. 2002 ; pp :299-331.
27. Perrot S. Prise en charge des poussées douloureuses d'arthrose par les médecins généralistes: les recommandations internationales sont-elles appliquées? Douleurs. 2006 ; 7 : 117-122.
28. Perrot S. Arthrose. Rhumatologie. 2004 : 171-177.
29. Porcheret M, Jordan K, Crofty P, et al. Treatment of knee pain in older adults in

- primary care: development of an evidence-based model of care. *Rheumatology*, 2007; 46: 638-648.
30. Douleurs articulaires liées à l'arthrose: Paracétamol oral d'abord. *Rev Prescrire* 2008 ; 28 : 757-759.
 31. Ravaud P, Flipo RM, Boutron I, et al.. ARTIST(osteoarthritis intervention standardized) study of standardized consultation versus usual care for patients with osteoarthritis of the knee in primary care in France; pragmatic randomized controlled trial. *BMJ*. 2009; 338: b421.
 32. Ravaud P. Impact de l'éducation du malade arthrosique. *Rev Prat* 2002; 52: 521-2
 33. Ravaud P. Traitement non pharmacologique de l'arthrose. *Presse Med* 2002; 31: 4510-2.
 34. Reichenbach S, Sterchi R, Scherer M, Trelle, et al. Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. *Ann Intern Med* 2007 ; 146:580-90.
 35. Rosemann T, Wensing M, Szecsenyi J, Grol R. Satisfaction of osteoarthritis patients with provided care is not related to the disease-specific quality of life. *J Eval Clin Pract* 2009 ;15: 486-91.
 36. Rosemann T, Wensing M, Joest K, et al. Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: The views of patients, general practitioners and practice nurses. *Musculoskeletal disorders* 2006, 7:48.
 37. Rozenberg S, Allaert F, Savarieau B, et al. Attitude thérapeutique et place du maintien de l'activité dans la lombalgie aiguë en pratique de médecine générale. *Revue du rhumatisme*. 2004 ; 71 : 65-69.
 38. Rozenberg S, Méric G, Jean petit Y. Evolution de la qualité de vie chez des patients arthritiques traités avec le célécoxib: étude Qualice. *Press Méd.* 2008 ; 37 : 571-78.
 39. Sale J.E, Gignac M, Hawker G. How "bad" does the pain have to be? A qualitative study examining adherence to pain medication in older adults with osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 2006 15;55:272-8
 40. Solignac M. COART France 2003 report on next socioeconomic data on osteoarthritis in France. *Presse Med* 2004 ; 33:S4-6.
 41. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: Changes

in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis cartilage* 2010 ; 18: 476-99.

42. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis cartilage* 2008 ;16 : 137-62.
43. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current research evidence. *Osteoarthritis cartilage* 2007 ; 15:981-1000.
44. Zhang W, Doherty M, Leeb BF, and al. EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis: report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2007 ;66:377-88.
45. Zhang W, Doherty M, Arden N, and al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005 ;64:669-81.

7. ANNEXES

ANNEXE 1 :LE CODAGE

DEFINITION DE L'ARTHROSE	
LE MEDECIN	
EXPLICATION PHYSIOLOGIQUE	"C'est une dégénérescence du cartilage"1 "un vieillissement du cartilage "2 "qui correspond à l'usure des cartilages, des articulations."3 "L'arthrose est une maladie chronique touchant les articulations"4 "avec la destruction des cartilages"4 "Une dégénérescence des articulations et des os avec une reconstruction."5 "C'est une maladie dégénérative des articulations et des cartilages"6 "l'arthrose c'est plusieurs phénomènes : L'usure, les cytokines et l'adiposité"7 "Sur le plan physiopathologique on ne sait pas trop, on pense que c'est une atteinte du cartilage et aussi un peu la synoviale. C'est donc une maladie du cartilage qui aboutit à une destruction du cartilage."8
DESCRIPTION CLINIQUE	"ce sont des douleurs de verrouillage. C'est typique, ils se lèvent le matin, l..."1 "vingt quatre heure après s'est réveillée avec des lombalgies."5 "coxarthrose avec dissociation radioclinique avec des symptômes qui sont déjà important , un pincement, des ostéophytes"8 "Sur une douleur qui est plutôt mécanique."8 "si c'est des douleurs mécaniques au niveau des zones d'usures,"9 "la raideur et les fourmillements dans les mains."10
LOCALISATION	"un jour il y aura la chirurgie pour la hanche ou le genou forcément"1 "gonarthrose très évoluée"1 "touche toutes les articulations "2 "au niveau des hanche , des genoux et du rachis notamment lombaire et cervical."2 "une arthrose du genou ou de la hanche on peut opposer une infiltration,..."2 "Ceux pour qui ça pose problème ce sont les lombalgies chroniques ou les cervicales chroniques"2 "Je prends l'exemple des lombalgies sur discopathies avec

	des arthroses un peu évoluées et là sur lesquelles c'est plus compliqué "2 "des obstacles à la prise en charge de l'arthrose? Pour certains , surtout l'arthrose du rachis "2 "au métier du patient. Et là j'ai un patient avec une arthrose lombaire évoluée très invalidante "2 "l'arthrose un peu partout,"3 "j'avais un patient polyarthrosique "3 "une image de gonarthrose"4 "il a essentiellement de la gonarthrose et de l'arthrose du rachis cervical et lombaire"4 "il avait été opéré en 2006 de ses deux hanches."4 "des lombalgies à soixante seize ans"5 "d'une dame de cinquante et un ...a une arthropathie des genoux." "avec gonarthrose, coxarthrose et lombalgies associées"6 "je voyais pour des lombalgies "7 "L'handicap est en général proportionnel à l'articulation touchée."8 "il s'agit d'une coxarthrose"8 "on voit plus souvent des gonarthroses avec des épanchement de synovie"8 "au passage elle m'a parlé de son arthrose, de ses lombalgies de sa gonarthrose"9 "ça dépend de la localisation des douleurs"9 "qui avait des problèmes de cervicales"10 " avec des fortes douleurs lombaires" "qui se plaignait de sa hanche"12 "gonalgie aiguë"14 "sauf chez les patients qui font de la rhizarthrose parce que ça ils connaissent "14 "Elle a une arthrose déformante des mains"14 "que ça touche la hanche le genoux, ça devient très compliqué."13 "c'est une rhizarthrose du pouce "13
EVOLUTION	"Parfois ils n'ont pas eu de poussées pendant plusieurs mois."1 "Au bout d'un certains temps, de quelques années, il y a une évolution qui se fait"1 "avec des arthroses un peu évoluées..."2 "on ne peut que leur dire que ça va aller moyennement avec des poussées de crise, "2 "ils savent que c'est chronique"3 "une recrudescence douloureuse"3 "mais en même temps son état clinique avec l'âge aurait pu

	s'aggraver et empêcher toute intervention"4 "c'est une évolution normale de l'individu"5 "chez les patients qui font des crises fréquentes ça m'arrive d'utiliser des traitements de fond type chondrosulf-piasclédine, sinon chez les patients qui font moins de crise je traite coup à coup "5 "que les patients arthrosiques savent qu'ils auront des périodes de crises...et des périodes de rémission "6 "qui évoluent par poussées"7 "Mais quand on est dans la chronicité"7 "Mais dès que ça se reproduit plus souvent,"7 "est une maladie chronique certes, qui évolue par poussées "7 "une discopathie qui évoluait depuis des années"7 "Elle a pris beaucoup de poids du coup elle fait des crises de plus en plus fréquents."7 "Elle marche de moins en moins bien"7 "car il y a des poussées inflammatoires dans l'arthrose... qui est émaillée de poussées inflammatoires."8 "En effet entre les premières douleurs et la prothèse il y a à peu près dix ans même s'il y en a des formes rapides."8 "même s'il y a des poussées inflammatoires."8 "qu'au début ils ont des douleurs légères mais qu'avec le temps ça va s'empirer"9 "ils savent que ça va évoluer par poussée"10 "quand ils commencent à avoir de grosses poussées qui les bloquent c'est là qu'ils s'inquiètent."10 "on les revoit quelques mois après lors de la poussée suivante"10 "en fonction du soulagement ou pas ils évoluent, donc ils ont des périodes de rechute "11 "Finalement entre le moment où ils commencent à avoir mal et le moment où ils en parlent, ils se passent du temps et"14 "En général quand on annonce le diagnostic, la maladie n'est pas très avancée"13 "lorsque la maladie devient invalidante,"13 " Si ils viennent voir et que ça fait déjà un temps qu'ils ont mal et qu'ils viennent me voir parce que ça traîne ils voient l'avenir pareil."15
FACTEUR DE RISQUE	"un surpoids"1 "au surpoids "2 "qui fait du sport et qui en début de semaine a fait des abdominaux dans une mauvaise position"5 "il y a plus d'arthrose chez les sujets obèses."7 "Surtout avec les personnes en surpoids"7 "parfois il y a un antécédent de traumatisme."7

	"pour les personnes en surpoids."7 "Elle a pris beaucoup de poids "7 ".Souvent ils ont des antécédents familiaux "8 "qui est plus favorisée chez des patients qui ont eu des traumatismes ou des accidents de la route ou du sport,"9
ARTHROSE LIE A L'AGE	"lié à l'âge"1 "un vieillissement du cartilage "2 "une pathologie qui arrive avec l'âge"3 "de toute façon vieillir c'est des douleurs"3 "savent qu'ils auront du mal à y échapper en vieillissant"3 "le vieillissement des surfaces osseuses"4 "qu'en vieillissant c'est un phénomène inéluctable."6 "On la voit à tout âge, avec une forte prévalence chez les sujets âgés."7 "ils savent que c'est l'âge "7 "car pour elle l'arthrose c'est pour les vieux"7 "Des douleurs articulaires liées à l'âge"9 "c'est la majeure partie des patients à partir d'un certain âge,"9 "Ils disent c'est la vieillesse."11 "invalidité chez les personnes âgées "12 "dont ils se plaignent très régulièrement à partir de soixante ans"12 "Les patients viennent à partir d'un certain âge "2 "C'est un coup au moral car ça veut dire qu'ils se font vieux."13 "ils se rendent compte qu'ils sont vieux "15
MOTIF DE CONSULTATION	"ça représente un motif très fréquent."1 "son arthrose qui n'était pas le motif initial de la consultation"2 "Ca va engendrer beaucoup de consultations "2 "J'y allais pour son renouvellement de traitement classique."3 "Il est pas venu me voir pour ça."4 "il n'est pas venu pour ça à la base .D'ailleurs c'est très rare qu'ils viennent pour un seul motif. "8 "qui est très courant."9 "au passage elle m'a parlé de son arthrose, de ses lombalgies de sa gonarthrose principalement de ces douleurs."9 "c'est un des motifs de consultation les plus fréquents."10 "C'est très récurrent en cabinet de médecine générale."12 "c'est une maladie qui est très fréquente,"13 "qui était venu pour une infection ORL. On a pas parlé spécialement de son arthrose."15
	"puis il y a une certaine misère autour de l'arthrose car ils sont persuadés qu'on peut pas les aider comme une sorte de

REPRESENTATION DE LA MALADIE ARTHROSIQUE	fatalisme."4 ":Est ce qu'ils parlent de leur peur par rapport à l'avenir? ... Mais je suis pas certain on m'a jamais verbalisé cela."4 "Quasiment toujours pareil"5 "il n'y a pas UNE typologie de patient arthrosique..."6 ""insiste sur le fait que c'est inéluctable"6 "parce que c'est la lassitude, ils ne croient plus aux médicaments."7 "Quand on parle d'arthrose et de surpoids, ça passe très très mal."7 "donc ils savent que c'est la grande malédiction familiale."8 "Quand ils sont jeunes, ils sont surpris"9 "c'est inéluctable"12 "C'est une galère...rire...pour le médecin et pour le patient."14 "Qui nous met dans une situation difficile avec des gens qui souffrent"14 "des maladies chroniques sont compliquées."14 "Je pense que sur les maladies chroniques comme celle là il faut être humble"14 "ut pas croire mais l'arthritique qui vient tous les mois en nous disant qu'il souffre, qu'il a besoin de se plaindre parce que dans l'entourage on lui dit "mon ami tu nous gonfles avec ton arthrose""14 "C'est la déprime des patients, c'est des patients à problèmes."13 "D'abord ils sont déçu entre guillemet que ça ne soit que de l'arthrose parce qu'ils pensent toujours que c'est super grave et finalement on leur annonce quelque chose de très banal"15 "ils se rendent bien compte que la période bénite où ils n'avaient jamais mal c'est fini."15
LE PATIENT	
CONNAISSANCE	"ils ne font pas la différence entre arthrite, arthrose, rhumatisme inflammatoire et simplement maladie dégénérative"2 "les gens savent ce qu'est l'arthrose, savent qu'ils auront du mal à y échapper en vieillissant "3 "mon père a eu ça"4 "Ca permet aussi de leur dire que leur souffrance n'est pas seulement dans leur tête."4 "Il n'y a pas de problème c'est pas comme pour le diabète ou l'hypertension car dans l'esprit des gens, c'est bien encre, ils savent ce qu'est l'arthrose"6 "Ben je crois qu'ils s'y attendent."7

	"pour les personnes jeunes car pour elle l'arthrose c'est pour les vieux et pour les personnes en surpoids."7 "soit ils sont plutôt jeune et donc ils ne savent pas de quoi il s'agit "9 "quand on leur parle de l'arthrose ils savent déjà que c'est chronique."10 "ils savent que ça va évoluer par poussée"10 "ils savent que malheureusement ça ne peut qu'empirer. Ils savent que l'on ne peut que ralentir le phénomène,"12 "Déjà quand ils viennent, ils savent qu'ils ont de l'arthrose. Même si on leur a jamais dit sauf chez les patients qui font de la rhizarthrose parce que ça ils connaissent moins "13	
SOURCE DE L'INFORMATION	LE MEDECIN	"On leur explique bien que l'on ne va pas revenir à un état antérieur"1 "On a refait le point sur les médicaments qui ont été pris"2 "en lui expliquant qu'on pouvait trouver le palliatif p"2 "on lui explique que ça fait diminuer la douleur de moitié "2 "On est alors obligé de lui expliquer qu'il va devoir s'habituer à cet état."2" "il faut prendre le temps de discuter, de voir comment ça se passe,"3 "je leur explique qu'on va faire quelque chose "4 "j'utilise un support visuel et je leur montre par ...des surfaces osseuses etc." "Je leur explique que c'est une évolution normale de l'individu et donc ils réagissent bien"5 "car je n'ai jamais mis de terme négatif sur l'arthrose .Je leur dis que même à vingt ans on peut faire de l'arthrose."5 "Il y a toujours les conseils d'hygiène de vie."5 ""insiste sur le fait que c'est inéluctable"6 "Moi j'explique toujours que l'arthrose c'est plusieurs phénomènes"7 "J'essaie de leur expliquer que c'est une maladie chronique certes, qui évolue par poussées "7 "Je leur explique qu'on ne peut pas reconstruire l'os"7 "soit c'est moi qui leur ai donné l'information"8 "mais je prends bien le temps de leur expliquer les mécanismes de l'arthrose,"9 "d'où l'intérêt de leur expliquer qu'avec le traitement on limite la casse mais qu'on guérit pas la cause."9 "je lui ai donc expliqué que c'était de l'arthrose "10
	INCONNU	"quand la maladie est bien expliquée"2 "Parce que maintenant les patient sont relativement bien informé"10
		"e pense qu'en plus c'est un sujet dont ils parlent

	ENTOURAGE	beaucoup entre eux" ³ "mon père a eu ça" ⁴
	MEDIA	"ils reçoivent des courriers sur des traitements avec des effets comme les chondroprotecteurs" ¹ "ils reçoivent beaucoup de publicité." ³ ".Et dans ce magazine toutes les deux pages il y a des médicaments contre l'arthrose " ⁴ "Ils prennent des plantes vendues dans les publicités" ⁵ "gens sont très au courant de ce qu'est l'arthrose du fait des médias," ¹² "soit ils vont sur internet" "surtout avec internet " ⁹
	MOYEN D'INFORMER	"j'utilise un support visuel " ⁴ "Je leur explique qu'on ne peut pas reconstruire l'os ,je leur montre grâce à une maquette." ⁷

LE VECU DE LA MALADIE ARTHROSIQUE

LE MEDECIN

OBJECTIF DE PRISE EN CHARGE	"qu'on peut leur apporter un meilleur confort de vie et un meilleure autonomie." "1 "on était dans la procédure de mise en place de kinésithérapie "2 "on était en train de travailler un peu contre les recommandations,"2 "il faut réduire au maximum les paliers"2 "il doit y avoir alors une prise en charge psy à coté à prendre en compte..."3 "si c'est un actif qui a besoin d'un grand déverrouillage matinal il faudra très rapidement trouver une solution,"4 "ce qui sont douloureux il faut leur mettre des antalgiques"4 "il faut leur apporter des réponses à leurs plaintes somatiques."4 "on arrive à gérer avec 7 jours d'anti-inflammatoires et des antalgiques de différents paliers."7 "on peut espacer ces poussées en perdant du poids , en faisant de l'activité physique régulièrement, en essayant d'avoir une meilleure hygiène de vie quoi!!!On peut alors apporter un certain confort." "7 "mais on peut leur proposer en dehors des périodes de douleur des antiarthrosiques"8 "d'où l'intérêt de leur expliquer qu'avec le traitement on limite la casse mais qu'on guérit pas la cause." "9 "Des antiarthrosiques pour éviter que la maladie arthrosique ne s'aggrave."9 "c'est souvent qu'il faut un soutien moral."10 "dans un premier temps on allait mettre un petit traitement antalgique et de la kiné sédatrice."10 "on doit pouvoir lui apporter un certain confort."11 "on doit jongler entre plusieurs traitements pour leur apporter une meilleure qualité de vie"11 "ce qui compte vraiment c'est de les soulager"13 "car on arrive quand même à leur proposer des choses"13
SATISFACTION	"C'est un peu frustrant même pour nous. C'est pas satisfaisant."3 "Ce qui me gêne c'est que mon dernier patient diabétique et arthritique je l'ai mal traité."4 "Ce que je vois c'est que je suis pas si optimiste que ça mais en même temps je ne dramatise pas "6 "Ca m'embête un peu d'être limité au niveau des médicaments"11 "l'empathie fait qu'on se sent mal pour eux"12 "C'est d'être impuissant devant la douleur "12 "C'est frustrant quoi."12
	"Ils m'en parlent pas trop. Ils ont peut être peur de m'en parler"3 "patients qui pensent que c'est quelque chose que les médecins

RELATION MEDECIN-MALADE	généralistes prennent mal en charge"4 "l m'en parle facilement quand ils vont voir l'acupuncteur ou l'ostéopathe ou l'homéopathe"5 "ils m'en parlent aisément."6 "quand ils voient qu'il n'y a pas de résultat dès le début, ils laissent tomber. Ils perdent confiance."7 "Et puis des fois il y a le manque de confiance qui peut s'installer à la longue."7 "Et du coup ils pensent qu'on peut pas faire grand chose."13
LE PATIENT	
RESSENTI DU MEDECIN	"C'est varié"1 "le vécu des patients arthrosiques dépend tout d'abord de l'intensité de leurs symptômes, de la compréhension qu'ils ont de la maladie arthritique"2 "l'acceptation de la chronicité est faite, ils le vivent bien."2 "De façon très différente suivant les patients"3 "après chacun réagit différemment, ça dépend de la manière dont chacun gère la douleur "3 "La plupart du temps ils sont un peu fatalistes,"3 "Déjà ils disent que je peux rien faire pour eux"4 "Je fais concurrence aux produits qui sont vendus dans le magazine "l'autre temps". Et dans ce magazine toutes les deux pages ... Et ça reflète le ressenti des patients "4 "Ils sont souvent content parce qu'on leur a jamais montré ça avant "4 "c'est pas la même chose que s'ils ont mal."4 "un peu de skéan Lp, Et ça ça lui a changé la vie"4 "sur le versant de la douleur."5 "donc ils réagissent bien..Il n'y a pas de catastrophisme de leur part"5 "les femmes , elles se plaignent plus."6 "en fait un vécu très variable lié à la prise en charge correcte de la douleur."6 "variable d'un individu à l'autre"7 ",si c'est une première ou deuxième poussée, ça va "7 "Leur vécu il est essentiellement symptomatique,"8 "c'est pas qu'ils le vivent mal mais c'est pas évident au quotidien."9 "mais eux mêmes ils arrivent à gérer en fonction des antalgiques"11 "Ils sont un peu résignés "11 "je le vois pas trop mal par rapport à la douleur et au handicap."14 "je trouve que mes patient s'en sortent pas mal"14 "il voient les choses positivement et ils pensent moins à ça au quotidien."14 "faut pas croire mais l'arthritique qui vient tous les mois en nous disant qu'il souffre ,qu'il a besoin de se plaindre parce que dans l'entourage on lui dit "mon ami tu nous gonfles avec ton arthrose""14 "C'est très varié.sur le versant soit de douleurs très importantes soit peu importantes avec lesquelles ils ont appris à vivre.Ca dépend aussi du degrés d'arthrose."13 "Y en a qui sont arthrosiques qui sont bien équilibrés et qui sont peu demandeurs"15 "Ceux qui le vivent mal sont ceux qui ont des douleurs très intenses...Ou ceux qui ont des douleurs chroniques invalidantes ..."2

	"y a donc une relation à la douleur un peu "3 "sur le versant ankylose, que le patient est prisonnier de son corps"4 "d'autres qui sont polypathologiques et qui mettent l'arthrose en avant "6 "les personnes en surpoids ,ils se sentent un peu stigmatisées."7 "c'est plutôt difficile pour les personnes jeunes"7 "forcément ils vivent ça très mal parce qu'à la base ils étaient parfaitement autonomes"12 "En général ils sont assez pessimiste parce ... ils savent que malheureusement ça ne peut qu'empirer."12 "y en a qui sont actifs et qui ne supportent pas bien les médicaments et donc se plaignent	
COMPREHENSION	"de la compréhension qu'ils ont de la maladie arthritique"2 ".Il était justement dans la première phase où il ne pensait pas qu'il s'agissait d'un processus dégénératif mais au contraire qu'il existait une solution définitive à son problème"2 "Ca permet aussi de leur dire que leur souffrance n'est pas seulement dans leur tête."4 "que les patients arthritiques savent qu'ils auront des périodes de crises "6 "ils ont du mal comprendre pourquoi ils ont des douleurs liées à l'arthrose"9 "Ils savent qu'ils vont souffrir mais ils savent qu'ils ne vont pas en mourir."9 "quand on leur parle un peu d'arthrose ils confondent un tout et ils pensent qu'ils vont finir comme ceux qui ont des polyarthrite rhumatoïde."10 « ils ne font pas la différence entre arthrite, arthrose, rhumatisme inflammatoire et simplement maladie dégénérative"2 "quand on leur parle un peu d'arthrose ils confondent un tout et ils pensent qu'ils vont finir comme ceux qui ont des polyarthrite rhumatoïde."10	
ATTENTE DU PATIENT	LA DOULEUR	"qui est demandeuse de traitements pour calmer ses douleurs.1 "le patient cherche un soulagement immédiat."2 "d'autres qui refusent de souffrir de douleur de façon quasi quotidienne "3 "ce qui sont douloureux il faut leur mettre des antalgiques"4 "en fait un vécu très variable lié à la prise en charge correcte de la douleur."6 "Surtout ils ne veulent pas souffrir."8
	LE RETENTISSEMENT	"Ceux qu'ils veulent c'est que ça ne les limite pas dans leurs activités"1 "si c'est un actif qui a besoin d'un grand déverrouillage matinal"4 "la réduction de son périmètre de marche et l'impossibilité de se baisser"4
		"Les gens disent après l'hiver qu'ils ont eu

	LE TRAITEMENT	beaucoup moins mal et ils le redemandent. (les chondroprotecteurs)"1 "qu'est-ce qu'il attend vraiment des traitements"2 "car ils ne veulent pas prendre de traitement tout le temps"2 "est toujours en demande de nouveau traitement."7 "une fois passée il espérait en avoir d'autre tellement ça allait mieux."8 "elle est venu me demander de nouvelles infiltrations"12 "qu'est-ce qu'il attend vraiment des traitements.... qu'il existait une solution définitive à son problème"2 "il avait essayé les traitements dans le but d'avoir une solution radicale."2 "car ils ne veulent pas prendre de traitement tout le temps"2 "Ca va engendrer beaucoup de consultations à travers lesquels le patient va vouloir une solution"2 "qui veulent même ne rien prendre,"3 "ils sont en quête d'un changement thérapeutique permanent."6 "En période de poussée ils viennent me voir pour qu'on adapte le traitement ."11 "en plus elle a un profil très particulier car elle ne veut pas prendre d'antidouleur"14 "les patients qui dépriment et cela ne veulent jamais prendre des antidépresseurs et pourtant ça leur ferait du bien.14
ACCEPTATION DE LA MALADIE	LA CHRONICITE	"l'acceptation de la chronicité est faite, ils le vivent bien."2 "c'est pas toujours forcément agréable à entendre comme diagnostic."2 "n'accepte pas la chronicité on va forcément devant un obstacle."2 "Chez les patients très philosophes qui disent que de toute façon vieillir c'est des douleurs ,qu'il faut vivre avec"3 "ils savent que c'est chronique"3 "Mais on sent bien qu'ils se disent qu'ils vont finir par avoir mal partout avec cette idée de sécher dans un coin."4 "l'avenir de leur maladie? M:Jamais mal"5 "qu'en vieillissant c'est un phénomène inéluctable."6 "que les patients arthrosiques savent qu'ils auront des périodes de crises "6 "Chez les personnes âgées ça passe mieux"7 "c'est pas qu'ils le vivent mal mais c'est pas

		évident au quotidien."9 "ils arrivent à comprendre qu'au début ils ont des douleurs légères mais qu'avec le temps ça va s'empirer "9 "Et du coup ils pensent qu'on peut pas faire grand chose."14 "soit peu importantes avec lesquelles ils ont appris à vivre"13 "Le problème d'arthrose chez le sujet jeune et sportif est plus embêtant, et ils ont plus de mal à l'accepter."13
	EFFETS SECONDAIRES	"Plus la crise est douloureuse plus ils sont capable d'accepter l'effet secondaire d'un palier deux"2 "qui vivent bien avec"2 "Si un patient supporte très mal les antalgiques, qu'il a des contre-indications ... on va forcément devant un obstacle."2
	DOULEUR	"ils se sont fait à l'idée que la douleur fait partie de leur vie. Donc déjà il y a une certaine acceptation."1 "ils sont encore plus à même de supporter les choses jusqu'au jour où ça devient vraiment insupportable."1 "il peut se satisfaire de ça et il y a un bon retour au final sur le long cours."2 "c'est pas toujours forcément agréable à entendre comme diagnostic."2 "c'est des douleurs, qu'il faut vivre avec et qu'il faut surmonter tout ça "3 "des gens qui acceptent de souffrir "3 "que des douleurs ils en auront tout le temps et qu'ils mourront avec"3 "elle a une capacité à endurer la douleur "3 "Elle a pas zéro douleur"3 "qu'ils vont finir par avoir mal partout"4` "Surtout ils ne veulent pas souffrir."8 "Ils savent qu'ils vont souffrir mais ils savent qu'ils ne vont pas en mourir."9 "Ils sont un peu résignés et ils s'adaptent un petit peu à ce type de douleur. Avec le temps ils arrivent à supporter ces douleurs"11 "soit peu importantes avec lesquelles ils ont appris à vivre"13
	RETENTISSEMENT	"du fait qu'elle ait du mal à accepter de faire moins de choses "3 "Elle est embêtée parce qu'elle ne peut plus faire tout ce qu'elle faisait avant mais elle fait encore pas mal de choses"3 "douleur. Ce qui la gêne c'est qu'elle ne peut plus faire tout ce qu'elle faisait et elle faisait

	déjà beaucoup"3 "avec cette idée de sécher dans un coin."4
ARTHROSIQUES DEBUTANTS	"on a des arthrosiques débutants chez qui ça va se manifester par quelques poussées d'arthrose "1 "Quand ce sont des gens jeunes qui ont des arthroses débutantes, ...la douleur un pallier un et des traitements chondroprotecteurs"1 "c'est des arthroses débutantes moi je trouve qu'il y a de bons effets avec les chondroprotecteurs."1 "arthrose lombaire évoluée très invalidante chez un jeune,"2 "d'une dame de cinquante et un ans"6 ",si c'est une première ou deuxième poussée, ça va "7 "c'est plutôt difficile pour les personnes jeunes"7 "quand c'est une première poussée "7 "soit ils sont plutôt jeune et donc ils savent pas de quoi il s'agit "9 "Quand ils sont jeunes , ils sont surpris"9 "chez un patient jeune, on va quand même faire un bilan bio pour éliminer les pathologies inflammatoires."9 "Au départ quand on a une ou deux poussée ça se passe relativement bien"10 "quand ils sont vans la cinquantaine ils s'inquiètent pas trop"10 ",c'est une dame de trente trois ans"10 "Les premières poussées en général j'ai pas de retour"10 "en chez les arthritiques débutant, ils ne sont pas très inquiet du fait que ça n'engage pas le pronostic vital"13 ":Les protecteurs de cartilages chez les arthritiques débutants"13 "arthrose lombaire évoluée très invalidante chez un jeune,"2 "Je leur dis que même à vingt ans on peut faire de l'arthrose."5 "soit ils sont plutôt jeune et donc ils savent pas de quoi il s'agit "9 "chez les jeunes qui s'étonnent que ça leur arrive."14 "Le problème d'arthrose chez le sujet jeune et sportif et plus embêtant, et ils ont plus de mal à l'accepter."13
ARTHROSIQUES AGES	"on a les patients plus âgés qui ont une arthrose chronique bien installée chez qui on va essayer d'apporter un confort"1 "une femme de quatre vingt ans, gonarthrose très évoluée avec un surpoids "1 "les sujets de plus de cinquante-soixante ans"1 "les plus de soixante dix ans en particulier "3 "elle a quatre vingt ans ,"3 "pour une femme de quatre-vingt ans;"3 "j'ai une mamie qui est bourrée d'arthrose "4 "Il a donc quatre vingt cinq ans,"4 ""avoue que chez les personnes âgées ,je n'aime pas trop les AINS"4 "des lombalgies à soixante seize ans"5 "pour des mamies qui sont à l'équerre"6 "Chez les personnes âgées ça passe mieux"7 "il s'agit d'une femme de soixante cinq ans "7 "c'est une arthrose avancée"7 "C'est un homme de cinquante cinq ans"8 "soit paradoxalement ils sont âgés ils savent tout "9 "Mais quand il commence à y avoir plusieurs poussées Ils ont tout de suite tendance à entrer dans la sinistrose"10 "une petite mamie de quatre vingt dix ans qui est arthosique depuis

	plusieurs années avec des fortes douleurs lombaires"11 "une dame de soixante quinze ans "12 "un patient de quatre vingt ans q"14 « C'est une patiente de soixante et un ans avec une arthrose sévère"14 "chez une femme de soixante-quinze ans, qui était très autonome"13 "c'est une patiente de quatre vingt ans"15
--	---

LA DOULEUR	"souffre "1 "les douleurs sont de plus en plus importantes."1 "des douleurs très intenses, qu'on arrive pas à calmer"2 "des douleurs chroniques invalidantes"2 "Plus la crise est douloureuse plus ils sont capables d'accepter l'effet secondaire d'un palier deux "2 "Sinon pour un problème de diagnostic différentiel quand les douleurs sont mixtes"2 "une recrudescence douloureuse"3 "leur souffrance n'est pas seulement dans leur tête."4 "c'est pas la même chose que s'ils ont mal."4 "Il avait une douleur de l'épaule"4 "sur le versant de la douleur."5 ".Elle se plaignait uniquement de douleur.6 "C'est des douleurs articulaires "7 "ils consultent uniquement quand ils ont mal "8 "l'avait très forte douleur à l'abduction"8 "Des douleurs articulaires liées à l'âge"9 "ils ont des douleurs légères mais qu'avec le temps ça va s'empirer"9 "qui viennent en se plaignant de douleurs articulaires."10 "avec des fortes douleurs lombaires" "Les patients arrivent pour des douleurs aux niveaux des articulations"11 "très douloureuse"12 "Qui nous met dans une situation difficile avec des gens qui souffrent"14 "mais l'arthrosique qui vient tous les mois en nous disant qu'il souffre"14 "C'est surtout des douleurs très importantes"13 "sur le versant soit de douleurs très importantes "13 "Des douleurs chroniques"15 "Ca veut dire qu'ils auront mal souvent"15 "Par contre quand ils commencent par une poussée d'arthrose hyper douloureuse, ils le voient très mal ils ont peur de ces crises et d'être aussi invalidés."15 "Quand au sport c'est difficile parce que c'est la même histoire dès qu'on en parle ils disent qu'ils peuvent pas en faire parce qu'ils ont mal."15
------------	--

LE RETENTISSEMENT	
PHYSIQUE	"C'est une source d'inconfort, de douleur et parfois de perte d'autonomie"¹ "ces douleurs comme ils sont encore relativement jeune, limitent leurs activités physiques."¹ "intensité de leurs symptômes,"² "des douleurs chroniques invalidantes"² "arthrose lombaire évoluée invalidantes"² "qui en souffrent physiquement "³ "qui la limitait beaucoup dans ses activités "³ "au final en l'interrogeant on s'aperçoit qu'elle fait quand même pas mal de choses. C'est vrai qu'elle venait avant au cabinet à pied mais qu'elle ne peut plus à cause des escaliers "³ "mais elle a quand même reçu sa famille la semaine dernière pendant une semaine avec dix personne à table et elle a très bien géré tout ça."³ "c'est cette perte d'autonomie qui la dérange le plus"³ "S'ils sont sur le versant ankylose"⁴ "la réduction de son périmètre de marche et l'impossibilité de se baisser"⁴ "représente l'impotence fonctionnelle."⁵ "Elle se plaint de douleur et d'impotence .Elle marche de moins en moins bien"⁷ "L'handicap est en général proportionnel à l'articulation touchée."⁸ "avec des symptômes qui sont déjà important"⁸ "C'est une maladie très invalidante"¹⁰ "la raideur et les fourmillements dans les mains."¹⁰ "c'est une pathologie très invalidante qui gêne le patient dans ses activités quotidiennes "¹¹ "lorsqu'ils font des efforts, ils sont gênés comme par exemple quand ils montent les escaliers,"¹¹ "un énorme facteur d'invalidité "¹² "ça les handicape dans la vie quotidienne"¹² "elle n'arrive plus à monter les escaliers elle a un périmètre de marche très diminué."¹² "invalidante"¹⁴ "ils se gratatise et là les complications arrivent."¹⁴ "assez invalidantes pour les patients dans leur vie quotidienne."¹³ "Elle était très embêtée car elle avait une poussée qui la limitait dans la prise d'objet surtout qu'elle faisait beaucoup de couture."¹³ "un handicap"¹⁵
SOCIAL	"Les gens qui font des marches par exemple disent qu'ils ne peuvent plus suivre leurs amis. Quand on fait des voyages, on reste dans le bus...C'est une perte d'autonomie quoi..."¹ "femme qui a du mal à se déplacer et donc elle ne sort plus de son appartement."¹ "les forçant à changer de travail ou à arrêter de travailler."² "il y a eu une conséquence immédiate sur leurs vies de tous les jours"² "qui la limitait beaucoup dans ses activités "³ "Juste pour cette journée là elle peut faire ses activités sans avoir mal"⁴ "quelque chose qui les limite énormément dans leur vie quotidienne"¹² "qui ne plus sortir du coup de chez lui "¹³

	"Ils ont moins de loisirs du coup."15 "Quand au sport c'est difficile parce que c'est la même histoire dès qu'on en parle ils disent qu'ils peuvent pas en faire parce qu'ils ont mal."15
MORAL	"on peut les voir sombrer dans un terrain un peu anxiodépressif"2 "ce sont des situations où ils s'enkystent un peu."2 "qui en souffrent moralement"3 "c'est leur leitmotiv car c'est ça qui les emmerde le plus"6 "les réactions sont différentes, ils disent: "alors il n'y a pas de traitement ,on est condamné"7 "Mais quand il commence à y avoir plusieurs poussées Ils ont tout de suite tendance à entrer dans la sinistrose ,la déprime quoi"10 "puis on en a certains qu'on revoit assez régulièrement c'est ceux qui sont entrés en déprime."10 "Elle a une arthrose déformante des mains , ce qui la complexe beaucoup "14 "un moral qui défaille"15

VISION DE L'AVENIR	"c'est pas vraiment exprimé"4 "l'avenir de leur maladie? Jamais mal"5 "quand c'est une première poussée , ils ne voient pas tout de suite le long terme"7 "les réactions sont différentes, ils disent : "alors il n'y a pas de traitement, on est condamné"7 "ça arrivera à la prothèse. Et ils reculent cela le plus possible."8 "ils arrivent à comprendre qu'au début , ils ont des douleurs légères mais qu'avec le temps ça va s'empirer "9 "quand ils sont dans la cinquantaine, ils s'inquiètent pas trop"10 "quand ils commencent à avoir de grosses poussées qui les bloquent c'est là qu'ils s'inquiètent."10 "ils ont peur de ne plus pouvoir se déplacer de finir en fauteuil roulant."10 "quand on leur parle un peu d'arthrose ils confondent un tout et ils pensent qu'ils vont finir comme ceux qui ont des polyarthrite rhumatoïde."10 " chez les arthrosiques débutant, ils ne sont pas très inquiets du fait que ça n'engage pas le pronostic vital"13 "Si ils viennent voir et que ça fait déjà un temps qu'ils ont mal et qu'ils viennent me voir parce que ça traîne ils voient l'avenir pareil"15 "Par contre quand ils commencent par une poussée d'arthrose hyper douloureuse, ils le voient très mal ils ont peur de ces crises et d'être aussi invalidés."15
--------------------	---

LE DIAGNOSTIC	
DEMARCHE DIAGNOSTIQUE	"Cliniquement,"1 "je le pose sur l'horaire de la douleur au départ, sur les douleurs mécaniques très clairement pas sur les douleurs inflammatoires, le bilan radiologique"2 "recours au rhumatologue...d'étiqueter arthrose je veux être sur qu'on ne passe pas à côté"2 "par les données de l'interrogatoire soit confortées par les radios."3 "Premièrement cliniquement et les radios viennent conforter le diagnostic"4 "J'ai pas fait de radios mais je suis sûre que c'est de l'arthrose vu ce qu'elle m'a décrit."5 "En faisant une radio. A mon sens on a pas le droit de dire que c'est de l'arthrose sans radio."6 "le diagnostic est d'abord clinique"7 "Sur une douleur qui est plutôt mécanique même s'il y a des poussées inflammatoires. Et puis il y a la traduction radiologique."8 "Quand les gens bougent la nuit et que ça occasionne des douleurs ça peut aussi faire poser le diagnostic."8 "on fait un bilan radiologique et voilà "9 "je lui ai prescrit des radios et en fait j'avais une raideur cervicale étagée importante"10 "C'est un diagnostic tout simple. Quand la personne vient avec des douleurs articulaires , on complète avec des radios"10 "en fonction de l'interrogatoire ça me permet d'orienter mon diagnostic qu'on confirme avec les clichés radiologiques."11 "C'est essentiellement radiologique."12 "C'est donc un diagnostic clinique avec confirmation radiologique systématique."13 "Le diagnostic est avant tout clinique."14 "Parfois avec une radio souvent par les caractéristiques de l'interrogatoire."13 "C'est un diagnostic avant tout clinique que je conforte par les radios."15
PLACE DE L'IMAGERIE	"ils ont besoin d'un substrat technologique pour affirmer le diagnostic."1 "c'est pour les patients ça les rassure. Quand ils sont un peu demandeurs je leur fait"3 "Elle m'a demandé de faire des radios"7 "s'ils ne font pas de radios, ils ont l'impression que c'est un diagnostic qu'on a porté un peu à la légère."7 "ça permet aussi d'avoir un élément de référence. Cinq ans après ils souffrent beaucoup , on peut voir si l'évolution est rapide ou lente.Ca permet un peu de juger de la date de chirurgie qui arrivera un jour"1 "les preuves radiologiques , c'est quand même la meilleure

	approche suivante."2 "intérêt des radios? M:pour moi aucun,"3 "Premièrement cliniquement et les radios viennent conforter le diagnostic"4
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	"pour un problème de diagnostic différentiel quand les douleurs sont mixtes pour lesquels le bilan inflammatoire ne montre pas grand chose"2 "M:C'est surtout intéressant chez les patients d'un certain âge pour pouvoir éliminer les diagnostic différentiels"4 "je demande un bilan radio et une numération avec VS pour éliminer une cause inflammatoire."7 "Par contre si on des douleurs bilatérales asymétriques au niveau scapulaire , chez un patient jeune, on va quand même faire un bilan bio pour éliminer les pathologies inflammatoires."9 "lors d'un bilan standard j'ai découvert qu'elle avait une hypovitaminose"11 "Parfois on fait des radios ou une IRM pour pas passer à coté de quelque chose."14

PRISE EN CHARGE

Le traitement pharmacologique

TYPE DE MOLECULE UTILISEE

"antalgique...niveau un."1
"Doliprane", "Dafalgan"...dextropropoxyfène pour l'instant encore, un peu d'"Ixxprim" et "Lamaline" aussi"1
"pour soulager les crises et un antalgique de palier un avait l'air de suffire"2
"je commence toujours par un palier un soit du paracétamol "2
"M:J'ai recours au palier deux"2
" Dextropropoxyphène en passant par la Codéine ou le Tramadol tel que Ixxprim ou Zaldiar, "2
""ai des patients qui sont sous codéine "2
"la codéine qui est le palier deux que j'utilise le plus souvent "2
"r si j'utilise des cox ou pas , ça m'arrive de le faire oui."2
"l'effergal codéiné"3
"Les antalgiques palier un puis deux"3
"on a pas envie de donner autre chose que le paracétamol "3
"dans un premier temps de niveau un jusqu'à certaines fois des niveaux trois."4
"traitement classique dans lequel il y a un antalgique , du paracétamol qu'il alterne avec de l'ixprim "4
"il m'arrive de faire appel à la corticothérapie."4
"je lui ai donné de l'artotec car elle a soixante seize ans avec de l'effergal."5
"avec des paliers un ou deux type ixprim d'antalgique propofan."5
" soit les patients ne posent pas de problème, on arrive à les faire vivre correctement avec les antalgiques "6
"qu'on pourra soulager avec les antalgiques"6
"je l'ai traité avec du paracétamol."6
"Beaucoup de chose .Alors pour les traitements pharmacologiques j'utilise en antalgiques tous les paliers"6
"Alors qu'avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens"6
"j'utilise généralement ceux à demie courte comme le diclofénac."6
"Il m'arrive de faire appel à la corticothérapie."6
" je suis passée à un palier deux, je lui ai donc donné du tramadol."7
" on est embêté avec le tramadol"7
"On était en palier un puis deux"7
"La plupart du temps ça se passe bien avec le pallier un et les AINS"7
""doliprane" 4 g,si ça suffit pas

	c'est "Ixxprim" ou "Zaldiar", "8 "Et des antalgiques, Donc c'est plutôt du niveau un voir du niveau deux."9 " palier un palier deux... les anti-inflammatoires"10 "Des anti-inflammatoires pour la grande majorité"11 "pour les soulager comme le" doliprane" au début , on peut passer à la "lamaline" ou au "di antalvic""11 "Les antalgiques, les myorelaxants "12 "Du paracétamol, des anti-inflammatoires et aussi j'utilise la corticothérapie"14 « Du paracétamol un gramme quatre fois par jour."13 "je commence par le doliprane puis quand ça ne marche pas du di-antalvic puis le propofan ou la lamaline"15
TOLERANCE	"les chondroprotecteurs ...C'est bien toléré"1 " l'obstacle c'est l'intolérance aux AINS""1 "Tramadol tel que Ixxprim ou Zaldiar, quoique dans mon expérience c'est souvent mal toléré"2 "sous codéine quotidienne qui le tolèrent très bien"2 "Si un patient supporte très mal les antalgiques"2 " skénan qu'il n'avait pas supporté"3 "un peu de skénan Lp.elle le tolère bien "4 "e problème majeur des paliers deux et trois c'est la tolérance digestive et général."6 "tramadol. J'espère qu'il va le supporter"7 "le tramadol qui n'est pas très bien toléré"7 "elle ne supportait ni la codéine ni le tramadol"7 "morphine..et qu'elle a supporté."7 "Les patients ne les supportent pas souvent."11 "Une fois chez un jeune qui ne tolérait ni le tramadol ni la codéine."13
EFFETS INDESIRABLES-BENEFICE/RISQUE	"les personnes âgées ont souvent des problèmes de tension ou d'insuffisance rénale.les AINS ne sont pas facile à manier"1 "sachant qu'il avait cinquante cinq ans et donc il pouvait les prendre"2 "M:j'ai les effets indésirables la codéine "2 "AINS...chez des gens qui n'ont pas de contre indication."2 "impossibilité d'utiliser les anti-inflammatoires chez certains patients"2 "Ils sont peu accessibles à partir d'un certain âge, en fonction de la fonction rénale des personnes âgées."2 "qu'il a des contre-indications aux anti-inflammatoires"2 "Les anti-inflammatoires quand l'âge et les antécédents le permettent."3

	"du fait des effets indésirables"³ "quand je les utilise c'est sous forme d'association comme l'artotec"⁴ "on lui a déséquilibré son diabète"⁴ "je lui ai donné de l'artotec car elle a soixante seize ans avec de l'effergal.⁵ "On a un gros bénéfice car on peut mettre de la morphine sur quasiment tous les terrains"⁶ "Alors qu'avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens c'est trop difficile du fait des interactions médicamenteuses et les terrains polypathologiques"⁶ "en cas de poussée c'est anti-inflammatoire s'il y a pas de comorbidités ,s'il y a pas d'insuffisance rénale"⁸ "Les effets secondaires des antiarthrosiques,"⁹ "on peut très rarement les mettre chez les personnes âgées du fait de la comorbidité "¹²
RECOURS AUX MORPHINIQUES	"c'est exceptionnel"¹ " recours aux morphiniques? -Très clairement non mais un équivalent comme l'Acupan oui."² " puis trois dans de rares cas."³ "Quant au palier trois je n'en prescris pas souvent,"³ "j'avais un patient polyarthrosique chez lequel on a essayé tout les antalgiques et j'ai essayé de lui mettre des patch de durogésic"³ "dans un premier temps de niveau un jusqu'à certaines fois des niveaux trois."⁴ "le jour du marché je lui dis de prendre un peu de skénan Lp."⁴ "recours aux morphiniques? -Non."⁵ "jusqu'à la morphine"⁶ "je les mets facilement sous moscontin ou skenan."⁶ "En maison de retraite j'ai eu dernièrement recours aux morphiniques"⁷ "on est passé au patch de morphine ". "⁷ "quand vraiment on peut pas faire autrement on peut aller jusqu'au morphinique"⁸ "très rarement palier trois d'ailleurs j'ai jamais utilisé de morphine pour l'arthrose"¹⁰ "Oui mais très peu"¹¹ "Oui rarement"¹² "corticothérapie. Et sinon de façon ponctuelle j'utilise sans problème la morphine."¹⁴ "Une fois chez un jeune qui ne tolérait ni le tramadol ni la codéine."¹³ "Oui mais généralement quand j'arrive à ce stade là je prends le relais avec un médecin de la douleur."¹⁵

AUTRES TRAITEMENTS	"on peut opposer une infiltration, une supplémentation en gel "2 "quand j'ai besoin de soulager rapidement via une infiltration"2 "c'est une femme qui a déjà eu plusieurs infiltrations"3 "on réussi à faire passer par une infiltration de corticoïde sous ampli de brillance."8 "on a alors plus de ressource avec l'acide hyaluronique que l'on peut infiltrer"8 "Non."9 "là un traitement avec de la vitamine D , un traitement ostéoporosique."11 "j'adresse aux spécialistes pour faire des infiltrations."11 "elle a déjà eu des infiltrations ."12 " surtout les rhumatologues"13
ADAPTATION SELON L'EVOLUTION	"quand ils arrivent à un stade plus évolué on passe à deux "1 " alors qu'on est passé d'emblée à un palier deux"2 "ai recours au pallier deux quand le un ne marche pas, "2 "la codéine.. qui arrive à être gérée quand on adapte la posologie"2 "ça n'empêche pas qu'il faut les prendre en compte mais quelquefois ça ne sert à rien de monter dans les palier ."3 "du paracétamol qu'il alterne avec de l'ixprim en fonction de son état de douleur."4 " on aurait pu se dire que ça pouvait attendre vu qu'il était sur un niveau deux d'antalgie"4 "je dis aux patients de l'essayer pendant trois mois et si au bout y a pas de changement je l'arrête.rire."6 "en traitement de fond les antiarthrosiques type "chondrosulf"" ,"piasclédine","structum" et "art 50" en fonction des résultats soit au bout de six mois on voit si on arrête."8 " on doit jongler entre plusieurs traitements "11 "on peut passer à la "lamaline" ou au "di antalvic" quand ça ne suffit plus."11 "si ça ne suffit pas et qu'il n'y a pas de contre-indication les anti-inflammatoires."12 "Quand c'est du chronique, je commence par le doliprane puis quand ça ne marche pas du di-antalvic puis le propofan ou la lamaline en fonction de la tolérance. Puis lors des poussées, je peux rajouter des anti-inflammatoires quand ils ont le droit ou de la cortisone."15
TRAITEMENT DE LA CRISE	"quand ils ont une poussée aiguë on fait une cure courte d'anti-inflammatoire non stéroïdien ,"1

	"de solution antiinflammatoire à court terme"² "la poussée arthrosique est d'abord gérée avec un palier un et les anti-inflammatoires non stéroïdiens n'entrent pas en première intention."² " les anti-inflammatoires je les utilise vraiment sur les crises aiguës et sur des courtes durées "² "Les anti-inflammatoires"³ "morphine...une fois ou deux transitoirement dans les grandes poussée"³ "je lui ai donné de l'artotec car elle a soixante seize ans avec de l'effergal.⁵ " 7 jours d'anti-inflammatoires et des antalgiques de différents paliers "⁷ "je traite les poussées d'abord avec un palier un"⁷ ",en cas de poussée c'est anti-inflammatoire s'il y a pas de comorbidités, s'il y a pas d'insuffisance rénale"⁸ "Puis lors des poussées, je peux rajouter des anti-inflammatoires quand ils ont le droit ou de la cortisone."¹⁵
TRAITEMENT DE FOND	" des traitements chondroprotecteurs type "piasclédine" ou "structum"¹ " d'anti-inflammatoire non stéroïdien , mais pas en traitement de fond."¹ "En ce qui concerne le long cours pour suivre les recommandations c'est toujours très litigieux que ce soit pour l'ART 50 ou le Structum"² "mais le traitement kiné j'essaie de l'installer plus sur le long cours."² "AINS...si on peut pas les utiliser au long cours..² "Non pas d'antiarthrosique, généralement je les retire des ordonnances ou du moins j'essaie"³ "des traitement de fond type chondrosulf-piasclédine"⁵ "Quant aux traitements antiarthrosiques"⁶ "Elle est sous antiarthrosiques."⁷ "je prescris des antiarthrosiques en traitement de fond "⁷ "en dehors des périodes de douleur des antiarthrosiques"⁸ "Traitement de fond dans l'arthrose c'est "doliprane"⁸ "en traitement de fond les antiarthrosiques type "chondrosulf"" ,"piasclédine", "structum" et "art 50""⁸ "Des antiarthrosiques pour éviter que la maladie arthrosique ne s'aggrave."⁹ "des traitements comme l'"art 50"¹¹ "Elle est sous anti-inflammatoire au long cours "artotec""¹² "Les protecteurs de cartilages chez les arthrosiques

	débutants"13
EFFICACITE DES TRAITEMENTS	" les chondroprotecteurs..ça a une réelle efficacité." "Les obstacles , c'est quand ils ne réagissent pas aux antalgiques"1 "les AINS ne sont pas faciles à manier et l'efficacité qui reste relative."1 " qu'on arrive pas à calmer"2 " pallier un avait l'air de suffire initialement"2 "Il est mitigé car il est kiné dépendant"2 ".les antiarthrosiques...Et généralement ça n'y change rien."3 "quand on prend du tramadol on ne puisse pas être un minimum soulagé"3 "Juste pour cette journée là elle peut faire ses activités sans avoir mal"4 "avec une infiltration et on a pas amélioré sa douleur."4 "En général ils sont améliorés je ne les revois qu'à la prochaine crise."5 "des antiarthrosiques qui ont un niveau de preuve assez faible limite placebo"8 "l'inefficacité des traitements "9 "ça permet un répit d'une année."8 ""artotec"ça ne la soulage plus"12 "Les antinflammatoires soulagent beaucoup"12 " les infiltrations marchent bien mais là le problème c'est efficace seulement sur le court terme soit trois mois."12
Le traitement non pharmacologique	
PERTE DE POIS	"C'est la perte de poids en général"1 "solution d 'hygiène dorsale par rapport au surpoids qu'il avait, 3 "Je leur dis qu'il faut faire attention à leur alimentation, de perdre du poids et ils sont bien."5 " on arrive à les faire vivre correctement ...t les conseils hygiène-diététiques de base"6 " en perdant du poids "7 " c'est essentiellement des mesures hygiéno-diététiques "8
ACTIVITE PHYSIQUE	" leur demande de garder une activité,"1 "de faire du sport"5 "surtout je leur conseille l'activité physique au maximum."5 "je suis plus axé sur la poursuite de l'activité physique."6 "quand on leur propose de l'activité physique,"7 " en faisant de l'activité physique régulièrement"7 "sinon ça leur prend trop de temps alors ils ne suivent pas les prescriptions."15

KINESITHERAPIE	"Eventuellement de faire de la kiné"1 "on était dans la procédure de mise en place de kinésithérapie "2 "avec éventuellement de la kinésithérapie"2 ".La kiné"3 "la kinésithérapie pour les apprendre à bien se tenir pour les massages dans les contractures"5 "j'ai assez peu recours à la kiné dans l'arthrose"6 "même la kiné"7 "Je prescris aussi de la kiné."7 " kinésithérapie qu'il leur faut"8 "à coté les traitements adjuvant comme la kiné."10 "Pour la kiné si c'est pas au long cours ils le font"15
MESURE PREVENTIVE	"de ne pas soulever de charges lourdes,"1 "solution d 'hygiène dorsale "2 "Un kiné qui va passer du temps qui va expliquer les mesures d'hygiène dorsale,"2
CURE THERMALE	"Mes patients vont aussi pas mal en cure"3
Place de la chirurgie	
POUR LE MEDECIN	"une solution définitive"2 "en dernier recours une prothèse"2 " c'est plus facile pour les patients à qui on va proposer une prothèse"2 "il avait été opéré en 2006 de ses deux hanches."4 "je ne retarde pas l'avis chirurgical car quelquefois ça peut être trop tard pour le patient comme pour celui ci "4 "Il est presque mûr pour l'opération."8 "c'est inéluctable ça se finira en prothèse ou en handicap majeur."12
POUR LE PATIENT	"comme ils ne sont pas prêts à passer à ce stade là"1 "ils le vivent très bien et le changement est radical pour ceux qui ont été opérés."2 "le handicap est en général proportionnel à l'articulation touchée."8 "elle vient de se faire opérer pour une prothèse de hanche qui lui a changé la vie."14
Recours aux spécialistes	
"recours aux confrères spécialistes »1 -Sur l'arthrose très rarement"2 "quand j'ai besoin de soulager rapidement via une infiltration et là j'ai recours au rhumatologue."2 "j'adresse aux spécialistes pour faire des infiltrations."11 "Si ça ne suffit pas et qu'on peut infiltrer je l'adresse au rhumatologue."12 " surtout les rhumatologues"13	

"ils ont la gentillesse de les prendre rapidement."13
 "je prend le relais avec un médecin de la douleur."15
 "En pratique moi j'envoie chez un médecin de la douleur qui fait de la mésothérapie et de l'acupuncture"15

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE	
D'APRES LES PATIENTS	"Oui mais ce qu'il l'embête c'est que dès qu'elle arrête, la douleur revient et que malgré tout il reste un fond douloureux."1 "le retour est satisfaisant la plupart du temps par rapport à la crise."2 "qui vivent bien avec"2 "le paracétamol...J'ai un bon retour au final "2 "dépendant. Un kiné qui va passer du temps ... retour est bon."2 "Un kiné qui va le mettre dans une salle, le retour est mauvais."2 "certains sont soulagés par le traitement qu'on leur donne "3 "comment elle gérait ses douleurs"3 "la cure...ils en reviennent contents certains disent même que l'hiver suivant ils font moins de crises"3 "il faut faire attention à leur alimentation, de faire du sport et de perdre du poids et ils sont bien."5 "la pharmacopée qui est limitée"6 "au pacte de morphine qui l'a soulagée "7 "Avec le temps s'il n'y a pas d'efficacité notable ils lâchent leur s traitements."7 "une fois passée il espérait en avoir d'autre tellement ça allait mieux."8 "depuis qu'on l'a corrigé la patiente me dit que ça va mieux."11 "Mais là elle commence à en prendre un peu car elle se rend compte que ça lui fait du bien."14
D'APRES LES MEDECINS	"les mesures non pharmacologiques...C'est pas mal"1 "l'ART 50 ou le Structum car l'efficacité n'a pas été si prouvé que ça"2 "l'ostéopathie..qui donne aux patients un meilleur confort sur l'année " "les anti-inflammatoires chez certains patients alors qu'ils sont tout de même très efficaces "2 "d'autres rien ne les soulage."3 "Non. Je n'ai jamais eu de patient qui soit venu me dire qu'il avait acheté un de ces produits et que ça avait marché. Ceux qui m'en parle n'adhère pas du tout à la "3 "l'effergalgen codéiné la soulage bien"3 "on arrive quand même à la soulager."3 ";mais le durosic avait beau être augmenté , ça ne le soulageait pas.."3 "du coup on se rend compte qu'ils sont bien soulagés par le paracétamol aussi."3

	"ils y en a qui ne sont jamais soulagés de rien à mon avis"³ ".Sinon c'est la panoplie médicamenteuse qui s'épuise tout simplement"³ "un peu de skénan Lp. et elle me dit que c'est formidable"⁴ "Depuis qu'il a été opéré et qu'il a ses antalgiques il n'a plus de plainte"⁴ "soit les patients ne posent pas de problème, on arrive à les faire vivre correctement avec les antalgiques et les conseils hygiène-diététiques de base"⁶ "ils sont insuffisamment soulagés"⁶ "elle vient pour me dire que ce que je lui donne ne traite rien du tout."⁷ "La plupart du temps ça se passe bien avec le pallier un et les AINS"⁷ "Parfois ils sont soulagés parfois ils le sont pas. C'est inégale."⁸ "Les premières poussées... c'est donc que ça s'était bien passé"¹⁰ "Avec les traitements et surtout les rhumatologues avec lesquels on travaille, on gère bien la douleur. "¹⁴ "quand on leur propose des traitements et que ça a un effet"¹⁴ "pour sa douleur elle est bien équilibrée par le doliprane."¹⁵ "traitements chondroprotecteurs ...J'aime bien."¹ "kiné...qui ralentit un peu l'évolution quand même"¹ "c'est des arthroses débutantes moi je trouve qu'il y a de bons effets avec les chondroprotecteurs."¹ "j'essaie. Ils en avaient tous quand j'ai repris le cabinet et j'arrive petit à petit à les retirer.Et"³ "avoue que chez les personnes âgées , je n'aime pas trop les AINS"⁴ "Ce qui me gêne c'est que mon dernier patient diabétique et arthritique je l'ai mal traité."⁴ "Quant aux traitements antiarthrosiques, je les utilise tout en sachant que ça ne marche pas"⁶ "la kiné dans l'arthrose. J'ai l'impression que c'est pas efficace"⁶ "des antiarthrosiquesmais qui rendent quand même service"⁸ "La satisfaction n'est pas complète ,il persiste souvent des douleurs modérées ."⁹ "Mais quand ils arrêtent le traitement de fond ils se rendent compte que les douleurs sont pires."⁹ "y a des moments où les antalgiques ne suffisent pas "¹² "on peut pas mettre d'anti-inflammatoires qui sont un traitement de référence"¹²
--	---

TRAITEMENT NON CONVENTIONNEL	
RECOURS AUX MEDECINE ALTERNATIVES	"Certains oui."1 "la place de l'ostéopathie"2 "Certains ou"2 "Oui l'ostéopathie, d'ailleurs je les envoie chez l'ostéopathe"3 "Je fais concurrence aux produits qui sont vendus dans le magazine "l'autre temps""4 "NON ,ils en parlent pas trop"4 "Certainement"5 "Ils prennent des plantes vendues dans les publicités"5 "Ah oui"6 "oui, pas tous. A la mésothérapie et et l'ostéopathie"7 "OUI. Par exemple j'ai un petite communauté asiatique qui prennent beaucoup de plantes et qui utilisent la médecine des ventouses"7 "Oui, ils m'en parlent"8 "Oui ils m'en parlent, ils me montrent les magazines dans lesquels ils les trouvent bon"8 "Soit ils ne l'avouent pas"9 ",qui m'a avoué qu'elle allait voir un ostéopathe. L'ostéopathe"10 "Oui puisqu'on l'apprend soit lors de l'interrogatoire soit comme ça par la famill, .Ils ont recours à l'ostéopathie, l'homéopathie, l'acupuncture. Ils en parlent pas trop."10 "Oui ils en parlent ; l'homéopathie ,l'acupuncture "12 "ah Oui"14 "si pendant deux mois il va voir l'acupuncteur"14 "ls viennent nous en parler"13 "Oui quelque uns."15 "du coup ils se réfugient derrière ces médicaments là"4 "Mais j'ai pas le sentiment qu'ils y ont trop recours et puis en général c'est pas donné!!"6 "ceux qui y ont eu recours , ce sont ceux qui ont des douleurs très invalidantes"9 "oui ils entendent parler par la voisine de leur effet bénéfique"11
REGARD DU PATIENT	"marche. J'ai certains patients qui essaient l'homéopathie ,l'acupuncture et l'ostéopathie.Ca marche un certains temps, ponctuellement"1 "depuis il me dit être content."4 "Ben ils savent pas trop."5 "Ils disent que ça les soulage un peu. Ils font ça en plus de leur traitement habituel."7 "ils ont été déçus."9 "Souvent ils le disent après plusieurs poussées qui n'ont pas été soulagées alors ils reviennent nous voir."10 "même s'ils ont conscience que ça ne marche pas vraiment."12 "Ben franchement il est bon!!bon l'homéopathie pas trop mais acupuncteur ostéopathe ,mésothérapie tout ça ça leur fait du bien."14

REGARD DU MEDECIN	"M:oui ou les omégas trois ou les produits à base de plantes ou les produits vendu par tel ou tel médecin on sait même pas ce qu'il y a dedans d'ailleurs."3 "ça n'a pas d'intérêt pour moi."8 "Moi je n'ai rien contre, ils peuvent essayer,"1 "là j'ai pas l'impression que ça marche"1 "l'ostéopathie qui est intéressante et qui évite d'aller chez le kiné"2 "qu'i recevait un tas de produit miracle très cher."3 ".Même si j'y suis pas opposé"3 "je refuse que les gens qui vendent des produits me prennent ma place..rire."4 "étiquetés produits miracles à des prix hallucinants."4 "Pourtant je ne suis pas réfractaire"4 "de toute façon je ne les empêche pas du tout"5 "Et comme ils savent que je n'ai pas de réticence"6 "M:Pour l'ostéopathie ça marche pas mal"7 "d'ailleurs ça m'arrive de les envoyer soit chez le mésothérapeute ou l'ostéopathe ou l'acupuncteur"8 "je pense qu'il y en a une proportion plus importante que l'on ne pourrait croire."9 "comme moi je ne suis pas contre."11 "d'ailleurs je les pousse à aller voir ostéopathe, acupuncteur et même les rebouteux..rire Je pense que sur les maladies chroniques comme celle là il faut être humble"14 "je comprend que le patient puisse avoir envie d'essayer autre chose "14 "qu'il me laisse souffler tant mieux."14 "Je suis pas contre"13 "l'ostéopathe pour les douleurs aiguës ça les soulage bien.a coté de ça tout ce qui est homéopathie acupuncture c'est mieux pour les douleurs chroniques."15 "Quand à l'homéopathie j'y crois pas"15
-------------------	---

OBSTACLE A LA PRISE EN CHARGE	
PATIENTS A PROBLEME	"Ceux pour qui ça pose problème ce sont les lombalgies chroniques ou les cervicales chroniques"2 ".Le problème reste la chronicité"2 "l'arthrose du rachis, l'absence de solution définitive est clairement un obstacle."2 "L'autre obstacle c'est l'impossibilité d'utiliser les anti-inflammatoires chez certains patients "2 "c'est la fragilité psychologiques des patients car quand ils sont installés dans la chronicité ça demande une prise en charge pluridisciplinaire"2 "au métier du patient. ...monsieur qui est déménageur c'est clairement un obstacle" "j'avais un patient polyarthrosique "3 "Y a des patients comme ça un peu désespérant, on a l'impression que quoi qu'on donne"3 "il y a un peu de dépression sous jacente ,ça peut être compliqué de soulager la douleur dans ces cas là."3 "chez les patients à risque ou polymédicamentés là c'est clairement un obstacle et je suis donc plus frileux."4 ":De manière générale non."5 "le sexe du patient sur la maladie a des conséquences .Je suis plus embêté par les femmes , elles se plaignent plus."6 "il y a une inégalité sur la localisation de l'arthrose du fait des différentes possibilités thérapeutiques."6 "d'autres qui sont polypathologiques "6 "la polypathologie et la tolérance"6 "quand on est dans la chronicité , c'est là que les problèmes commencent "7 "Les obstacles c'est comme pour toutes les maladies chroniques l'observance. Avec le temps s'il n'y a pas d'efficacité notable ils lâchent leur traitement."7 "c'est le poids, c'est très dur de leur faire perdre du poids. Voilà."8 "l'inefficacité des traitements "9 "puis on en a certains qu'on revoit assez régulièrement c'est ceux qui sont entrés en déprime."10 ":L'observance .On a beaucoup de mal à leur faire faire du sport , de la kiné"10 "les patients qui dépriment et cela ne veulent jamais prendre des antidépresseurs et pourtant ça leur ferait du bien."14 "que ça touche la hanche le genoux ,ça devient très compliqué."13

	"M:C'est la déprime des patients ,c'est des patients à problèmes."13 "les gens qui ne supportent rien et et les patients polypathologiques."15
LIMITE DES MOYENS THERAPEUTIQUES	"L'autre obstacle c'est l'impossibilité d'utiliser les anti-inflammatoires chez certains patients "2 "l'inefficacité des traitements "9 "pour laquelle on a pas énormément de réponse"14 "où on a pas de solution type"14 "je comprend que le patient puisse avoir envie d'essayer autre chose "14 "ça nous fait du bien ça nous permet de souffler"14 "C'est quand le traitement ne marche pas"14 "Y a aussi la tolérance des médicaments qui nous gêne quand même beaucoup."13
DIFFICULTE A FAIRE APPLIQUER LES MESURES THERAPEUTIQUES	".Et bien faire perdre du poids ça n'est jamais facile"1" "qui ne veulent pas calmer car ils n'osent pas prendre les médicaments qu'on leur propose"2 "qui n'avait pas suivi de solution d 'hygiène dorsale"2 "mais il ne voulait pas en prendre beaucoup."2 "car ils ne veulent pas prendre de traitement tout le temps"2 "les traitements non pharmacologiques. l'hygiène de vie? M:C'est très variable, y en a qui écoute ce qu'on leur dit qui y adhère et d'autre qui n'en font qu'à leur tête."3 ".Donc les mesures d'hygiènes ne sont plus complètement suivies"7 "quand ils voient qu'il n'y appas de résultat dès le début, ils laissent tomber. Ils perdent confiance."7 "Les obstacles c'est comme pour toutes les maladies chroniques l'observance"7 "c'est le poids, c'est très dur de leur faire perdre du poids."8 ".L'observance. On a beaucoup de mal à leur faire faire du sport ,de la kiné"10 "sinon ça leur prend trop de temps alors ils ne suivent pas les prescriptions."15

ANNEXE 2 :

LES RECOMMANDATIONS DE L'EULAR

Les recommandations de l'EULAR 2006 pour l'arthrose de la main

- Proposition 1 :

La meilleure prise en charge de l'arthrose de la main nécessite une combinaison de traitements pharmacologique et non pharmacologique déterminé en fonction du besoin de chaque patient.

- Proposition 2 :

Le traitement de l'arthrose de la main doit être individualisé en tenant compte de la localisation de l'arthrose, des facteurs de risque (âge, sexe, facteurs mécaniques aggravants) du type de l'arthrose (nodale, érosive, traumatique), de la présence d'inflammation, de la sévérité des modifications structurales, du niveau de douleur, des handicaps et restrictions de la qualité de la vie, des co-morbidités et co-médications (y compris l'arthrose d'autres localisations), ainsi que des souhaits et des attentes du malade.

- Proposition 3 :

Les exercices destinés à la protection des articulations, permettant d'éviter les facteurs mécaniques défavorables, ainsi que les procédures d'exercice destinées à obtenir une augmentation de la mobilité ainsi que l'accroissement de la force musculaire sont recommandés pour tous les patients souffrant d'arthrose de la main.

- Proposition 4 :

L'application locale de chaleur (par exemple cire de paraffine, pansement chauffant) notamment avant les exercices physiques, ainsi que les ultrasons, constituent des traitements efficaces.

- Proposition 5 :

Les attelles pour l'arthrose de la base du pouce ainsi que les orthèses destinées à prévenir ou corriger les déformations angulaires en latéralité et en flexion sont recommandées.

- Proposition 6 :

Les traitements locaux sont préférables aux traitements systémiques, tout particulièrement pour la douleur moyenne à modérée et si un petit nombre d'articulations seulement sont intéressés. Les AINS par voie dermique et la capsaïcine sont efficaces et d'une bonne sécurité d'emploi.

- Proposition 7 :

En raison de son efficacité et de sa sécurité d'emploi, le paracétamol (jusqu'à 4 g par jour) représente l'analgésique oral de premier choix, et, s'il est efficace, constitue le meilleur des analgésiques à prescrire sur le long terme.

- Proposition 8 :

Les anti-inflammatoires par voie orale, à la dose efficace la moins élevée et pour une durée le plus courte possible devraient être utilisés chez les patients ne répondant pas correctement au paracétamol. Les souhaits du patient et la réponse thérapeutique devraient être périodiquement réévalués. Chez les patients présentant des risques gastro-intestinaux accrus, les anti-inflammatoires non sélectifs associés à un agent gastroprotecteur, ou un inhibiteur sélectif de Cox 2 devraient être utilisés. Chez les patients présentant un risque cardiovasculaire accru, les coxibs sont contre-indiqués et les anti-inflammatoires non sélectifs doivent être utilisés avec précaution.

- Proposition 9 :

Les SYSADOA (par exemple la glucosamine, le chondroïtine sulfate, les Insaponifiables d'avocats, la diacérhéine, les acides hyaluroniques intra-articulaires) peuvent apporter un bénéfice symptomatique avec un faible taux de toxicité. Cependant leurs effets sont réduits, les patients répondeurs ne sont pas déterminés, les modifications de structure qu'ils peuvent apporter et leur bénéfice au plan économique n'ont pas encore été établis.

- Proposition 10 :

Les injections intra-articulaires de corticostéroïdes à longue durée d'action sont efficaces dans les poussées douloureuses de l'arthrose, notamment au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne (rhizarthrose).

- Proposition 11 :

Le traitement chirurgical (par exemple arthroplastie d'interposition, ostéotomie ou arthrodèse) est un traitement efficace pour l'atteinte sévère de la base du pouce et doit être envisagé chez les patients présentant une douleur et/ou un handicap important, lorsque les traitements conservateurs ne sont plus efficaces.

Recommandations de l' EULAR 2003 pour la gonarthrose

- 1) Le traitement optimal de l'arthrose du genou (gonarthrose) requiert l'association d'un traitement pharmacologique et non pharmacologique.
- 2) Ce traitement doit être individualisé en tenant compte des facteurs de risque propres au genou (obésité, contraintes mécaniques, activité physique), des facteurs de risque généraux (âge, polymédication...), de l'intensité de la douleur et du handicap qu'elle entraîne, de la présence de signes inflammatoires (particulièrement les épanchements), de la localisation et du degré de l'atteinte structurelle.
- 3) Le traitement non pharmacologique doit inclure une éducation régulière du patient, des exercices, l'utilisation de dispositifs d'aide (cannes, semelles, bracing) et une perte de poids.
- 4) Le paracétamol est l'antalgique de premier choix. En cas de succès, la prise doit être poursuivie à long terme.
- 5) Les applications d'anti-inflammatoires (AINS) ou de capsaïcine sont efficaces et sans danger.
- 6) Les AINS devraient être utilisés chez les patients qui ne répondent pas au paracétamol. En cas de risque gastro-intestinal, il faut préférer les coxibs.
- 7) Les opioïdes, avec ou sans paracétamol, représentent une option en cas de contre-indication ou d'inefficacité des AINS.

- 8) Les SYSADOA (glucosamine, chondroïtine, diacéréine, acide hyaluronique) ont un effet symptomatique et peuvent modifier le cours de la maladie.
- 9) Les injections intra articulaires de corticostéroïdes à longue durée d'action sont indiquées en cas de flambée inflammatoire, surtout s'il y a épanchement concomitant.
- 10) Les prothèses devraient être proposées aux patients avec douleur réfractaire, handicap certain et évidence radiologique de la gonarthrose.

Recommandations de l' EULAR 2004 pour la coxarthrose

1. La prise en charge optimale de la coxarthrose repose sur une combinaison de traitements non-pharmacologiques et pharmacologiques.
2. Le traitement de la coxarthrose doit être adapté en fonction :
 - des facteurs de risque de coxarthrose (obésité, paramètres mécaniques délétères, activité physique, dysplasie) ;
 - de facteurs de risque généraux (âge, sexe, comorbidités, cotraitements) ;
 - du niveau de la douleur ou du handicap ;
 - de la localisation et du degré de dégradation articulaire ;
 - des désirs et attentes du malade.
3. Les traitements non-pharmacologiques de la coxarthrose devraient inclure des mesures d'éducation, des exercices physiques, des aides techniques (cannes, semelles), et une réduction du poids en cas d'obésité ou de surpoids.
4. En raison de son efficacité et de sa tolérance, le paracétamol (jusqu'à une dose de 4 g/jour) est l'antalgique oral de premier choix pour les douleurs légères à modérées et, en cas de succès, l'antalgique oral à long terme de préférence.
5. Les AINS(anti inflammatoires non stéroïdiens), à la dose efficace la plus faible possible, peuvent être associés ou substitués chez les malades ne répondant pas au paracétamol. Chez les patients à risque digestif, une association AINS non-sélectif avec gastroprotecteur ou un inhibiteur sélectif de la COX2 (ou coxib) peuvent être utilisés.
6. Les antalgiques à bases d'opioïdes, avec ou sans paracétamol, sont des alternatives utiles pour les patients chez qui les AINS, y compris les inhibiteurs sélectifs de la COX2 (ou coxib), sont contre-indiqués, inefficaces et/ou mal tolérés.
7. Les anti-arthrosiques d'action retardée (glucosamine, chondroïtine sulfate, diacérhéine, extraits d'insaponifiable d'avocat et acide hyaluronique) ont un effet symptomatique et une faible toxicité, mais les effets-taille sont faibles, les patients susceptibles d'en bénéficier le plus ne sont pas identifiés, les modifications structurelles cliniquement significatives et les aspects pharmaco-économiques ne sont pas correctement établis.
8. Les injections intra-articulaires de corticoïdes (radio- ou écho-guidées) peuvent être envisagées chez les patients souffrant d'une poussée évolutive ne répondant pas aux antalgiques ou aux AINS.
9. L'ostéotomie ou les mesures de chirurgie préventive peuvent être envisagées chez les adultes jeunes souffrant d'une coxarthrose, en particulier en cas de dysplasie ou de coxa vara/valga.
10. La mise en place d'une prothèse de hanche peut être envisagée chez les patients avec une coxarthrose radiologiquement évidente qui souffrent d'une douleur rebelle ou d'un handicap.

ANNEXE 3 : Les recommandations mondiales de l'OARSI

Recommandation générale :

1-La prise en charge optimale de l'arthrose nécessite la combinaison de moyens non pharmacologiques et pharmacologiques.

Recommandations pour les moyens non pharmacologiques

2-Tout gonarthrosique et coxarthrosique doit pouvoir recevoir une information et une éducation sur les objectifs thérapeutiques et l'importance d'un changement de style de vie, des exercices, de la perte de poids et de la décharge articulaire. Le but doit être une prise en charge du malade par lui-même plus que la délivrance passive d'un traitement par un professionnel de santé. Par voie de conséquence, l'accent doit être mis sur l'importance de l'adhésion aux traitements non pharmacologiques.

3-L'état clinique des patients peut être amélioré s'ils sont contactés régulièrement par téléphone.

4-Ces patients peuvent tirer bénéfice d'être adressés à un kinésithérapeute pour évaluer ou apprendre des exercices appropriés pour réduire leur douleur et améliorer leur fonction. Cette évaluation peut déboucher sur la prescription de cannes ou un déambulateur si nécessaire.

5-Ces patients doivent être encouragés à entreprendre des exercices réguliers, un renforcement musculaire et un entretien de la mobilité articulaire. Pour les coxarthrosiques, les exercices en piscine peuvent être utiles.

6-Ceux de ces patients en surpoids doivent être encouragés à perdre du poids et maintenir cette perte.

7-Les aides à la marche peuvent réduire la douleur. Il faut donner des instructions pour utiliser au mieux une canne, dont sa tenue dans la main opposée à l'articulation douloureuse. Un déambulateur notamment à roulettes, est souvent préférable lorsque l'atteinte est bilatérale.

8-Chez les gonarthrosiques avec une instabilité sur genu varum ou valgum léger à modéré, une genouillère peut réduire la douleur, améliorer la stabilité et diminuer le risque de chute.

9-Chaque patient doit recevoir des conseils de chaussage. Chez le gonarthrosique, des semelles peuvent réduire la douleur et améliorer la marche. Des semelles à coin externe peuvent être bénéfiques chez certains patients avec une arthrose du compartiment fémoro-tibial interne.

10-Les moyens physiques tels la chaleur et le froid peuvent avoir une efficacité symptomatique.

11-La stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) peut aider au contrôle à court terme de la douleur chez certains patients.

12-L'acupuncture peut avoir une action symptomatique chez le gonarthrosique. Recommandations pour les moyens pharmacologiques.

13-Le paracétamol (jusqu'à 4 g/j) peut être un antalgique per os de première intention pour traiter la douleur légère à modérée. En l'absence de réponse insuffisante, ou devant une douleur sévère ou d'une inflammation, une autre alternative pharmacologique doit être envisagée, fondée sur son efficacité et sa tolérance et tenant compte des coprescriptions et des comorbidités.

14-Chez ces patients, les AINS doivent être prescrits à la dose minimale efficace mais si possible, leur emploi au long cours doit être évité. Chez les patients à risque digestif accru, un coxib ou un AINS non sélectif avec coprescription d'un IPP ou de misoprostol pour protéger l'estomac doit être envisagé. Mais les AINS sélectifs ou non doivent être utilisés avec précaution chez les malades à risques cardiovasculaires

15-Dans la gonarthrose, la capsaïcine et les AINS en topiques peuvent être une alternative efficace aux antalgiques et aux AINS oraux.

16-Les infiltrations de corticoïdes peuvent être utilisées notamment en cas de douleur modérée à sévère répondant mal aux antalgiques/AINS oraux et chez les patients avec épanchement du genou ou autres signes locaux d'inflammation.

17-Les injections d'acide hyaluronique peuvent être utiles. Elles sont caractérisées par leur délai d'action, mais leur effet prolongé est comparable à ceux des corticoïdes.

18-La glucosamine et/ou la chondroïtine sulfate peuvent avoir un effet symptomatique chez le gonarthrosique. En l'absence de réponse dans les 6 mois, le traitement doit être arrêté.

19-Chez le gonarthrosique, les sulfates de glucosamine et de chondroïtine peuvent avoir un effet structural et la diacéréine peut avoir cet effet dans la coxarthrose.

20-L'utilisation d'opioïdes faibles peut être envisagée pour traiter la douleur réfractaire chez ces patients, quand les autres moyens pharmacologiques sont inefficaces ou contre-indiqués. Les opioïdes forts ne doivent être utilisés que devant des douleurs sévères, dans des circonstances exceptionnelles. Les traitements non pharmacologiques doivent être poursuivis et les solutions chirurgicales envisagées.

Recommandations pour la chirurgie.

- 21-**Le remplacement prothétique doit être envisagé chez les coxarthrosiques et les gonarthrosiques qui n'ont pas obtenu une amélioration adéquate de leur douleur et de leur fonction par la combinaison des moyens non pharmacologiques et pharmacologiques. Les prothèses sont efficaces et économiquement rentables chez les patients très symptomatiques et/ou très limités avec réduction de leur qualité de vie malgré les traitements conservateurs.
- 22-**La prothèse unicompartmentale est efficace chez les gonarthrosiques dont l'arthrose est strictement unicompartmentale.
- 23-**L'ostéotomie et autres procédures de chirurgie conservatrice peuvent être envisagées chez le coxarthrosique jeune, notamment en cas de dysplasie. Chez le jeune et actif gonarthrosique avec atteinte unicompartmentale, l'ostéotomie tibiale haute est une alternative qui décale d'une dizaine d'années le recours à la prothèse.
- 24-**Le rôle du lavage articulaire et du débridement arthroscopique sont controversés. Bien que certaines études aient montré un effet symptomatique à court terme, d'autres suggèrent que cette amélioration pourrait être liée à l'effet placebo.
- 25-**Chez le gonarthrosique, l'arthrodèse peut être une procédure de sauvetage en cas d'échec d'une prothèse.

RESUME:

L'arthrose représente aujourd'hui l'une des pathologies les plus fréquentes avec un enjeu majeur en terme de santé publique.

Ainsi des recommandations internationales et européennes ont été mises en place mettant en avant l'association de mesures médicamenteuses et non médicamenteuses.

L'arthrose constitue par ailleurs l'une des principales maladies conduisant au recours aux médecines dites alternatives.

Notre travail a consisté alors à mener une enquête auprès des médecins généralistes afin d'analyser la perception qu'ils ont de la maladie arthrosique et d'établir une corrélation avec le vécu des patients arthrosiques.

Il en ressort que les médecins généralistes ont une réelle empathie pour leurs patients arthrosiques mais cela ne suffit pas à une prise en charge optimale de la maladie. Ils ont conscience que pour les patients la médecine classique a ses limites dans la prise en charge de l'arthrose.

Mais malgré tout ils n'exploitent pas toutes les possibilités thérapeutiques notamment les mesures non pharmacologiques comprenant l'éducation thérapeutique du patient, la perte de poids, le maintien d'une activité physique régulière et adaptée et la kinésithérapie.

Cette démarche a pour but d'inciter les médecins à envisager la réorganisation du système de soins dans la prise en charge de l'arthrose.

MOTS-CLES:

-Arthrose, douleur, handicap, Education du patient