

Recommandations belges pour le traitement conservateur de l'arthrose de la hanche et du genou



Y. Henrotin



N. Pauwen

Y. Henrotin^{1,2,3}, N. Pauwen^{3,4,5}

1. Département des Sciences de l'activité physique et de la réadaptation, Faculté de Médecine, Université de Liège, Liège Belgique.
2. Département de Kinésithérapie et de réadaptation Fonctionnelle, Vivalia, Marche-en-Famenne, Belgique.
3. Société Scientifique Francophone de kinésithérapie (SSFK).
4. Faculté des Sciences de la Motricité, Université Libre de Bruxelles, Belgique.
5. Ebpractinenet, Leuven, Belgique

L'arthrose de la hanche et du genou (AGH) est une pathologie chronique fréquente, responsable de douleurs persistantes, de limitations fonctionnelles et d'un impact majeur sur la qualité de vie. Malgré des recommandations internationales convergentes, la prise en charge conservatrice demeure insuffisamment structurée en pratique, avec un recours parfois précoce à la chirurgie prothétique. Les recommandations de la Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF) destinées aux kinésithérapeutes, proposent une prise en charge progressive, centrée sur l'évaluation fonctionnelle, l'éducation thérapeutique et l'exercice physique thérapeutique. Récemment, un groupe d'experts réuni par Ebpractinenet, une plateforme belge de recommandations cliniques fondées sur les preuves, a revu ces recommandations et proposé une stratégie d'implémentation en Belgique. Cet article résume ces recommandations.

Mots-clés :

arthrose, recommandations, exercices, éducation thérapeutique.

Arthrose : une maladie prévalente et coûteuse

En Belgique, environ 1 adulte sur 5 déclare avoir de l'arthrose, avec une prévalence plus élevée chez les femmes et une progression nette avec l'âge^[1]. L'âge moyen du diagnostic de la gonarthrose est de 57 ans et n'a pas changé au cours des 20 dernières années. Son impact sur les années de vie ajustées pour les incapacités (Disability Adjusted Life Years, DALYs) est particulièrement marqué chez les femmes en fin de carrière professionnelle, qui figurent au top 10 des causes de DALYs chez les femmes de 55 à 69 ans vivant en Belgique^[2].

Les coûts totaux (directs et indirects) de l'arthrose peuvent représenter entre 1 % et 2,50 % du produit intérieur brut (PIB) des pays industrialisés^[3]. À titre d'exemple, aux Pays-Bas, en 2017, le coût direct de l'arthrose était estimé à 1,2 milliard d'euros par an^[4]. À ces coûts liés à l'arthrose s'ajoutent ceux liés aux arthroplasties, pour lesquelles la Belgique était, en 2022, dans le top 4 des pays européens effectuant le plus haut taux d'arthroplastie de hanche et dans le top 6 de ceux effectuant le

plus haut taux d'arthroplastie de genou. En 2024, en Belgique, 31 564 personnes ont bénéficié d'une prothèse de hanche et 27 726 d'une prothèse de genou. L'âge médian était de 69 ans pour la prothèse de genou et de 72 ans pour la prothèse de hanche^[5]. Toutes les recommandations actuelles proposent une prise en charge conservatrice et raisonnée de l'arthrose du genou et de la hanche (AGH), avant d'envisager le recours à l'arthroplastie^[6-10]. En Belgique, le taux d'orientation des patients atteints d'arthrose du genou vers la physiothérapie est faible : une analyse des dossiers médicaux électroniques de 576 patients en soins primaires a montré que seuls 11 % avaient été orientés vers la kinésithérapie, ce qui indique une prise en charge sous-optimale, liée au faible respect des recommandations^[11].

Arthrose : une pathologie articulaire globale et évolutive

L'arthrose est une maladie chronique multifactorielle, résultant de l'interaction de facteurs de risque systémiques, intrinsèques et extrinsèques (Tableau 1). Elle ne se limite pas à une atteinte du cartilage articulaire, mais implique l'ensemble des structures de l'articulation, y compris l'os sous-chondral, la membrane synoviale, les ménisques, les ligaments, ainsi que les tissus périarticulaires tels que les muscles et les tendons^[12]. Son évolution est lente et hétérogène, caractérisée par une alternance de périodes de stabilité clinique et de phases d'exacerbation symptomatique. L'arthrose est fréquemment associée à des comorbidités biologiques (obésité, syndrome métabolique, troubles de l'équilibre) et psychosociales (anxiété, dépression, fatigue), et s'accompagne d'une augmentation du risque de mortalité cardiovasculaire et d'un déclin fonctionnel chez les seniors^[13].

Les mécanismes impliqués dans cette surmortalité comprennent notamment l'inflammation systémique de bas grade et la sédentarité. Ainsi, dès le premier contact, une approche globale du patient est essentielle, intégrant l'identification et la prise en charge des facteurs de risque et des comorbidités associées. Un objectif majeur de la prise en charge est la lutte contre la sédentarité, notamment par le contrôle de la douleur et l'amélioration de la fonction articulaire^[14] (Figure 1).

Tab. 1 : Facteurs de risque de l'arthrose de hanche et de genou

Systémiques	Intrinsèques	Extrinsèques
<ul style="list-style-type: none"> • Age • Origine ethnique* • Prédilection génétique* • Sexe • Surcharge pondérale** • Arthrose généralisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de traumatisme • Affections articulaires (p.ex. arthrite septique, arthrite réactionnelle, goutte) • Congénitaux (p.ex. dysplasie congénitale de la hanche, maladie de Perthes et épiphysiolyse fémorale). • Intervention chirurgicale (p.ex. menisectomie) • Faiblesse musculaire** • Laxité/instabilité articulaire** • Pathologie maligne (genou) 	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge pondérale • Métiers pénibles physiquement (p.ex. soulever, s'accroupir) • Sports de haut niveau (p.ex.) football, danse classique) • Position accroupie prolongée**

*dans une moindre mesure pour l'arthrose du genou ; **dans une moindre mesure pour l'arthrose de la hanche

Tab. 2 : Facteurs d'évolution défavorable de l'arthrose de la hanche et du genou

Catégories	Critères
Fonctions et caractéristiques anatomiques	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur importante • Diminution de la force du muscle quadriceps • Anomalies radiologiques sévères lors de la présentation initiale
Activités et participation	<ul style="list-style-type: none"> • Limites importantes dans les activités quotidiennes
Facteurs personnels et environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Age avancé • Sexe féminin • Prédilections génétiques • Surcharge pondérale • Mauvais état de santé général et vitalité diminuée • Comorbidités musculosquelettiques : affections d'autres articulations que celle atteinte, comme l'arthrose de la hanche controlatérale ou du genou controlatéral, du bas du dos ou des mains. • Autres comorbidités, comme par exemple : affection cardiaque ou pulmonaire, diabète, problèmes visuels ou auditifs • Mauvaise santé mentale et présence de comorbidités psychosociales : dépression, angoisse, mauvaise manière de faire face « coping », fonctions cognitives diminuées)

Facteurs pronostiques : identifier les patients à risque d'évolution défavorable

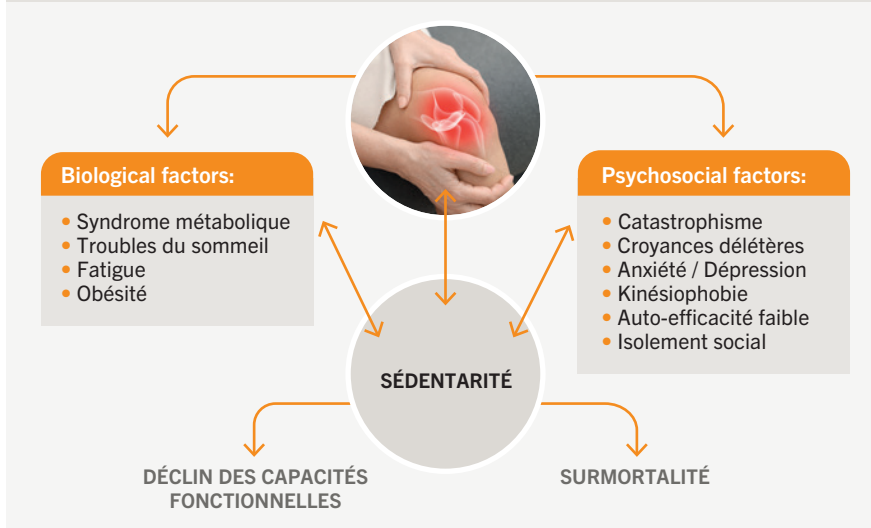
L'évolution de l'AGH est influencée par de nombreux facteurs : intensité douloureuse, faiblesse musculaire, limitations fonctionnelles, surcharge pondérale, comorbidités et facteurs psychosociaux (anxiété, dépression, coping inadapté) (Tableau 2). La majorité des patients (67 %) présente au moins une comorbidité, ce qui impose une prise en charge individualisée et coordonnée.

Évaluation fonctionnelle : une base pour la décision partagée

Il existe une faible corrélation entre les anomalies radiologiques et les symptômes cliniques de l'arthrose : des atteintes structurelles importantes peuvent être peu symptomatiques, tandis que des lésions minimales peuvent s'accompagner de douleurs et de limitations fonctionnelles marquées^[15]. Ce décalage justifie une approche clinique centrée sur la plainte fonctionnelle du patient plutôt que sur les seules données d'imagerie. Le diagnostic d'AGH peut être posé cliniquement, sur la base de l'anamnèse et de l'examen fonctionnel, en s'appuyant sur des critères cliniques validés (Tableau 3). L'imagerie ne doit pas être réalisée de manière systématique : elle est réservée aux situations atypiques, en cas de doute diagnostique ou de suspicion de pathologie associée^[16]. L'anamnèse du kinésithérapeute doit être guidée par l'inventaire des problèmes de santé et des troubles fonctionnels du patient. Pour ce faire, il doit suivre la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) pour l'arthrose, qui comprend les aspects les plus pertinents pour les personnes atteintes d'arthrose dans les domaines suivants : fonctions et propriétés anatomiques, activités, participation, facteurs externes et facteurs personnels. De plus, le kinésithérapeute doit identifier les facteurs de risque de développement de l'arthrose, ainsi que les facteurs pronostiques de la progression de la fonction et de la douleur. L'évaluation initiale et le suivi doivent intégrer la douleur, la fonction, les capacités de marche, la participation et les attentes du patient. L'utilisation systématique d'au moins

Fig. 1 : **Relations entre l'arthrose, les comorbidités biologiques et psychosociales, et la sédentarité.**

La sédentarité constitue un mécanisme explicatif central reliant l'arthrose au déclin des capacités fonctionnelles chez les personnes âgées et à l'augmentation de la mortalité, notamment d'origine cardiovasculaire, observée chez les patients arthrosiques.



un questionnaire validé centré sur le patient, tel que le Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) ou le Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) selon l'articulation concernée, est recommandée afin de documenter le retentissement fonctionnel et de guider la prise en charge. Ces questionnaires doivent être associés à des tests fonctionnels standardisés, tels que le Timed Up and Go, le Six-Minute Walk Test ou le 30-Second Chair Stand Test, afin d'objectiver les limitations d'activité, de suivre leur évolution au fil du temps et de soutenir le raisonnement clinique. Cette évaluation combinée constitue un élément clé de la décision partagée avec le patient. Avant d'établir son plan de traitement, le kinésithérapeute doit également rechercher les drapeaux rouges, qui suggèrent une pathologie grave, non compatible avec une prise en charge en kinésithérapie seule, et nécessitant une orientation médicale urgente ou prioritaire. Les drapeaux rouges spécifiques à l'AGH sont : un genou chaud et enflé (rouge), une douleur intense

inexplicable dans la hanche et/ou le genou, un gonflement de l'aîne, un blocage important du genou ou une douleur intense au repos, ainsi qu'un gonflement sans traumatisme.

Soins progressifs : privilégier une stratégie graduée et multidimensionnelle

La prise en charge de l'AGH s'inscrit dans une logique de soins progressifs. Les traitements conservateurs doivent être proposés de manière optimale avant toute orientation chirurgicale. La chirurgie prothétique doit être réservée à l'échec du traitement conservateur, défini comme la persistance d'une douleur et/ou d'un handicap fonctionnel cliniquement significatif.

Information : un levier central de l'auto-gestion

L'information vise à améliorer la compréhension de la pathologie, à corriger les idées reçues et à promouvoir un mode de vie actif. Elle constitue un déterminant majeur de l'efficacité des traitements conservateurs à long terme^[17]. Elle doit être intégrée dès le début de la phase conservatrice et fournir des informations sur la maladie et ses conséquences possibles, la douleur et sa gestion, l'importance des exercices adaptés et d'un mode de vie sain, l'auto-gestion, l'investissement personnel dans la gestion de son AGH, ainsi que sur les options thérapeutiques^[18].

La thérapie par exercice : pierre angulaire du traitement conservateur

La thérapie par l'exercice est recommandée chez tous les patients, quelles que soient leurs caractéristiques démographiques et cliniques (âge, sévérité des symptômes, sévérité radiologique...). Elle doit être réalisée en suivant le modèle

Tab. 3 : **Critères cliniques de diagnostic**

Coxarthrose	Gonarthrose
<p>Douleur à la hanche associée aux caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotation interne de la hanche < 15° • Flexion de la hanche ≤ 115° <p>Ou</p> <p>Douleur de la hanche associée aux caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age > 45 ans • Raideur matinale de hanche ≤ 60 min • Rotation interne ≥ 15 et douleur à la rotation interne de la hanche 	<p>Douleur au genou associée à au moins trois des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Age > 45 ans • Raideur matinale > 30 min. • Crépitement • Douleur à la palpation • Pas de chaleur à la palpation

FITT (Fréquence, Intensité, Type et Durée) et en combinant le renforcement musculaire, l'entraînement aérobique ainsi que des exercices de proprioception et de contrôle neuromusculaire, avec une progression individualisée (Tableau 4) ^[18]. Elle peut se faire individuellement ou en groupe et doit être adaptée aux comorbidités, aux besoins, aux préférences, aux capacités et aux limitations fonctionnelles du patient. De récentes modifications de la nomenclature permettent désormais aux kinésithérapeutes belges de proposer des exercices thérapeutiques dans le cadre de séances de groupe (3 à 5 patients maximum), ce qui permet aux patients souffrant d'AGH de bénéficier du soutien de pairs vivant la même situation et contribue à améliorer leur adhérence à un traitement conservateur qui suscite des inquiétudes ^[19,20]. Les effets de la thérapie par l'exercice sont essentiellement symptomatiques. Elle agit sur la douleur et la fonction. L'association d'exercices supervisés et d'exercices réalisés en autonomie est essentielle pour des bénéfices durables ^[21].

Perdre du poids si nécessaire

En cas de surcharge pondérale, des conseils diététiques seront donnés au patient et, si ceux-ci ne suffisent pas après 3 mois de prise en charge, le patient sera référé à un.e diététicien.ne. Perdre entre 5 et 10 % du poids corporel a un effet bénéfique sur la douleur, la fonction et la qualité de vie du patient.

Pré- et post-opératoire : assurer la continuité des soins

Il est recommandé de renvoyer le patient vers un chirurgien orthopédique après au moins 3 à 6 mois de prise en charge conservatrice bien menée, qui aurait été inefficace. La préparation préopératoire peut améliorer la récupération fonctionnelle après arthroplastie. Le suivi post-opératoire doit être individualisé en fonction des capacités, des facteurs de risque et des objectifs du patient.

Fig. 2 : Synthèse des recommandations pour le traitement conservateur de la gonarthrose et de la coxarthrose

ÉVALUATION CLINIQUE



- Diagnostic clinique
- Anamnèse + examen fonctionnel
- Imagerie non systématique

OUTILS D'ÉVALUATION RECOMMANDÉS



- HOOS / KOOS
- Timed Up and Go
- 30-Second Chair Stand Test
- 6-Minute Walk Test

PRISE EN CHARGE CONSERVATRICE



- Exercice thérapeutique
- Activité physique adaptée
- Éducation du patient
- Approche biopsychosociale

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE



- Réduction de la douleur
- Amélioration de la fonction
- Augmenter la participation (AVQ, loisir, vie sociale)
- Amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie

Les 10 messages clés

1. L'arthrose n'est pas une simple usure mécanique liée à l'âge.
2. Une radiographie n'est pas indispensable pour poser le diagnostic.
3. La faiblesse musculaire et les limitations fonctionnelles sont des facteurs pronostiques majeurs.
4. Les comorbidités et les facteurs psychosociaux doivent être systématiquement explorés.
5. Évaluer la douleur, sans négliger la fonction et la participation.
6. Partager les résultats de l'évaluation avec le patient afin de renforcer l'adhésion.
7. Encourager l'activité physique régulière et adaptée.
8. Favoriser l'auto-gestion plutôt que la dépendance aux soins.
9. Privilégier des exercices transférables dans la vie quotidienne du patient.
10. Adapter l'intensité et la progression des exercices au profil du patient.

Conclusions

L'AGH constitue un enjeu majeur de santé publique en raison de sa forte prévalence, de son impact fonctionnel et de ses conséquences socio-économiques. Elle doit être considérée comme une pathologie chronique globale, évolutive et multifactorielle, nécessitant une prise en charge structurée, progressive et centrée sur le patient.

Les recommandations belges, adaptées des lignes directrices de la KNGF, réaffirment le rôle central de la première ligne de soins et, en particulier, de la kinésithérapie dans la prise en charge conservatrice de l'arthrose. Elles mettent l'accent sur une évaluation clinique et fonctionnelle rigoureuse, l'utilisation d'outils standardisés centrés sur la maladie, ainsi que sur des interventions non médicamenteuses reposant sur l'éducation thérapeutique, la gestion du poids, l'exercice physique et l'auto-gestion (Figure 2).

L'intégration systématique de ces recommandations en pratique clinique permettra de lutter contre la sédentarité, de limiter le déclin fonctionnel, de renforcer l'autonomie des patients et d'optimiser le recours à la chirurgie prothétique, qui doit rester une option de dernier recours après un échec documenté d'une prise en charge conservatrice bien menée.

Au-delà de l'amélioration des résultats cliniques individuels, l'implémentation de ces recommandations constitue un levier essentiel pour harmoniser les pratiques, améliorer la qualité des soins et répondre durablement aux défis posés par l'AGH au

Tab. 4 : Programme multimodal d'exercices

Fré- quence	Exercices aérobies (5 x/J – ≥ 30 min) + renforcement musculaire (2x/j ou tous les jours si possible)
Intensité	Renforcement musculaire: 60-80 % de 1RM ou 2-4 séries de 8-15 répétitions – 30 à 60 secondes entre les séries. Exercices aérobies: > 60% de la FCM (220-âge du sujet)
Type	Renforcement musculaire, exercices aérobies, entraînement fonctionnel, étirements et contrôle neuromusculaires
Temps	2 à 3 mois (+ séances de suivi) + autogestion entre les sessions

sein du système de santé belge. L'intégration d'une plateforme numérique de soins personnalisés dans le parcours de soins du patient permet de renforcer l'autogestion grâce au suivi à distance des patients et à une rééducation assistée par les données, notamment dans les phases pré- et post-opératoires. ■

Cet article a été sollicité et édité par la Société Scientifique Francophone de Kinésithérapie (SSFK). Il a pour objectif d'informer les médecins sur les bonnes pratiques actuelles en kinésithérapie.

Références :

1. Sciensano. Maladies Non Transmissibles : Troubles musculo-squelettiques, Health Status Report, 15 Déc 2022, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/troubles-musculo-squelettiques>.
2. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
3. Leifer VP, Katz JN, Losina E. The burden of OA-health services and economics. *Osteoarthritis Cartilage*. 2022 Jan;30(1):10-16.
4. Hardenberg M, Spekél EM, Coenen P, Brus IM, Kuijer PPFM. The economic burden of knee and hip osteoarthritis: absenteeism and costs in the Dutch workforce. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022 Apr 18;23(1):364.
5. Analysis of the distribution of medical practice in Belgium. *Orthopedical surgery -Knee and Hip prosthesis*. INAMI-RIZIV 2025 report.
6. Jaspers V, Camberlin C, Van Ginckel A, Cornelis J, Leroy R. Norme de qualité et indicateurs de qualité pour la prise en charge de l'arthrose du genou – Synthèse. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2023. KCE Reports 375Bs. D/2023/10.273/38.
7. National Institute for Health & Clinical Excellence. NICE clinical guideline [CG59] osteoarthritis: the care and management of osteoarthritis in adults. London: National Institute for Health & Clinical Excellence; 2008.
8. Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management. NICE guidelines. NG226. 2022 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng226/chapter/Recommendations>
9. Kampshoff, C.S., Peter, W.F.H., van Doormaal, M.C.M., Knoop, J., Meerhoff, G.A., Vliet Vlieland, T.P.M. KNGF guideline: Osteoarthritis of the hip-knee - Conservative, pre-operative and post-operative treatment [Internet]. Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF); 2018. (KNGF guidelines). Available from: www.kngf.nl/kennisplatform.
10. Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, Kraus VB, Lohmander LS, Abbott JH, Bhandari M, Blanco FJ, Espinosa R, Haugen IK, Lin J, Mandl LA, Moilanen E, Nakamura N, Snyder-Mackler L, Trojian T, Underwood M, McAlindon TE. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2019 Nov;27(11):1578-1589.
11. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Grypdonck L, Duser FR, Aertgeerts B, Luyten FP, Hermens RPMG. Quality of Care for Knee Osteoarthritis in Primary Care: A Patient's Perspective. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020 Oct;72(10):1358-1366.
12. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet*. 2019 Apr 27;393(10182):1745-1759.
13. Veronese N, Cereda E, Maggi S, Luchini C, Solmi M, Smith T, Denker M, Hurley M, Thompson T, Manzano E, Sergi G, Stubbs B. Osteoarthritis and mortality: A prospective cohort study and systematic review with meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2016 Oct;46(2):160-167.
14. Hawker GA. Osteoarthritis is a serious disease. *Clin Exp Rheumatol*. 2019 Sep-Oct;37 Suppl 120(5):3-6. Epub 2019 Oct 14. PMID: 31621562.
15. Bedson J, Croft PR. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008 Sep 2;9:116.
16. Zhang W, Doherty M, Peat G, Bierma-Zeinstra MA, Arden NK, Bresnihan B, Herrero-Beaumont G, Kirschner S, Leeb BF, Lohmander LS, Mazières B, Pavelka K, Punzi L, So AK, Tuncer T, Watt I, Bijlsma JW. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2010 Mar;69(3):483-9.
17. Cedraschi C, Deléazay S, Marty M, Berenbaum F, Bouhassira D, Henrotin Y, Laroche F, Perrot S. "Let's talk about OA pain": a qualitative analysis of the perceptions of people suffering from OA. Towards the development of a specific pain OA-Related questionnaire, the Osteoarthritis Symptom Inventory Scale (OASIS). *PLoS One*. 2013 Nov 11;8(11):e79988. doi: 10.1371/journal.pone.0079988. PMID: 24244589; PMCID: PMC3823799.
18. Henrotin Y, Demoulin C, Mathy C. Traitements non pharmacologiques de l'arthrose: incontournables et indispensables. *Rev. Prat*. 2019 May; 69(5): 510-514.
19. Hammer NM, Bieler T, Beyer N, Midtgaard J. The impact of self-efficacy on physical activity maintenance in patients with hip osteoarthritis – a mixed methods study. *Disabil Rehabil [Internet]*. 2016 Aug 13 [cited 2023 May 11];38(17):1691–704.
20. HsuKY, Tsai YF, LinYP, Liu HT. Primary family caregivers' observations and perceptions of their older relatives' knee osteoarthritis pain and pain management: a qualitative study. *J Adv Nurs [Internet]*. 2015 Sep [cited 2023 May 11];71(9):2119–28.
21. Rausch Osthoff, A.K. et al. EULAR recommendations for physical activities in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis: 2025 update. *Annals of the Rheumatic Diseases*, Volume 84, 1451.
22. Henrotin Y, Grosdent S, Mathy C, Demoulin C. Place des exercices dans le traitement de la gonarthrose. *Rev Rhum 2025* ISSN 1169-8330, <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2025.04.010>.