

NORMES DE QUALITÉ

Arthrose

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

MISE À JOUR 2024

Portée de cette norme de qualité

Cette norme de qualité concerne les soins aux adultes (âgés de 18 ans ou plus) atteints d'arthrose du genou, de la hanche, de la main (c'est-à-dire du pouce ou des doigts) ou de l'épaule (c'est-à-dire de l'articulation gléno-humérale). La norme de qualité met l'accent sur l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge de l'arthrose pour les personnes dans tous les milieux de soins de santé et pour les cliniciens. Elle fournit des conseils sur les soins non pharmacologiques et pharmacologiques. Elle couvre la recommandation pour une évaluation en vue d'une chirurgie articulaire, mais ne traite pas des procédures chirurgicales spécifiques. Cette norme de qualité ne s'applique pas aux soins des personnes atteintes d'arthrose affectant la colonne vertébrale, d'autres articulations périphériques (c'est-à-dire le coude, le poignet, le pied, la cheville) ou de douleurs au cou ou au bas du dos. De même, cette norme de qualité exclut également les personnes atteintes d'arthrite inflammatoire ou de conditions médicales et de traitements pouvant entraîner une arthrose.

Consultez les normes de qualité [Lombalgie : soins aux adultes atteints de lombalgie aiguë](#) et [Douleur chronique : soins destinés aux adultes, aux adolescents et aux enfants](#) pour les déclarations de qualité liées aux douleurs lombaires et aux douleurs chroniques.

Qu'est-ce qu'une norme de qualité?

Les normes de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour des conditions ou des processus où il y a de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou où il y a des écarts entre les soins fournis en Ontario et les soins que les patients devraient recevoir. Objectifs :

- Aider les patients, les familles et les partenaires de soins à savoir ce qu'ils doivent demander relativement aux soins;
- Aider les cliniciens à savoir quels soins ils devraient offrir, sur la base de données probantes et d'un consensus d'experts;
- Aider les organismes de soins de santé à mesurer, à évaluer et à améliorer leur rendement en matière de soins aux patients.

Les normes de qualité et les guides du patient qui les accompagnent sont élaborées par Santé Ontario, en collaboration avec les cliniciens, les patients et les partenaires de soins de l'Ontario.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez contacter QualityStandards@OntarioHealth.ca.

Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé

Ces énoncés de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les adultes présentant d'arthrose.

Énoncé de qualité 1 : Évaluation clinique à des fins de diagnostic

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

Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète pour renseigner le plan de soins

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

Énoncé de qualité 3 : Éducation des patients

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

Énoncé de qualité 4 : Plan d'autogestion du patient

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

Énoncé de qualité 5 : Exercice thérapeutique

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

Énoncé de qualité 6 : Activité physique

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

Énoncé de qualité 7 : Gestion du poids

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

Énoncé de qualité 8 : Gestion pharmacologique des symptômes

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

Énoncé de qualité 9 : Aiguillage vers un professionnel de la santé qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose

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

Énoncé de qualité 10 : Aiguillage pour une évaluation de chirurgie des articulations

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

Table des matières

Portée de cette norme de qualité.....	2
Qu'est-ce qu'une norme de qualité?	2
Énoncés de qualité pour améliorer les soins : Résumé	3
Résumé des mises à jour de 2024.....	6
Remarque relative à la terminologie	8
Justification de la nécessité de cette norme	9
Mesure à l'appui de l'amélioration.....	11
Énoncé de qualité 1 : Évaluation clinique à des fins de diagnostic	13
Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète pour renseigner le plan de soins	16
Énoncé de qualité 3 : Éducation des patients.....	19
Énoncé de qualité 4 : Plan d'autogestion du patient.....	23
Énoncé de qualité 5 : Exercice thérapeutique	27
Énoncé de qualité 6 : Activité physique	30
Énoncé de qualité 7 : Gestion du poids.....	34
Énoncé de qualité 8 : Gestion pharmacologique des symptômes	37
Énoncé de qualité 9 : Aiguillage vers un clinicien qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose.....	41
Énoncé de qualité 10 : Aiguillage pour une évaluation de chirurgie des articulations	45
Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité	49
Appendice 2 : Glossaire	51
Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs.....	52
Remerciements	55
Références	57
À propos de nous	64

Résumé des mises à jour de 2024

En 2024, nous avons effectué une revue des données probantes afin de recueillir les nouvelles lignes directrices de pratique clinique et les évaluations des technologies de la santé nouvelles ou mises à jour publiées depuis la publication initiale de cette norme de qualité en 2018. Cette mise à jour harmonise la norme de qualité avec les données cliniques les plus récentes et la pratique actuelle en Ontario.

Voici un résumé des changements apportés à la norme de qualité globale :

- Liens, références secondaires et sources de données mis à jour, le cas échéant
- Mise à jour de la mise en forme pour qu'elle s'harmonise sur la conception et l'image de marque actuelles de Santé Ontario
- Portée de la norme de qualité élargie pour inclure les personnes atteintes d'arthrose de l'épaule.
- Révision des ressources connexes (c'est-à-dire guide du patient, tableau sommaire, dossier d'amélioration, spécifications techniques) afin de tenir compte des changements apportés à la norme de qualité.
- Données mises à jour dans le cas de l'amélioration des diapositives, dans la section « Pourquoi cette norme de qualité est nécessaire » et dans les justifications des énoncés de qualité, le cas échéant.
- Formulations limitant certaines déclarations de qualité à l'arthrose de la hanche et du genou supprimées pour refléter les recommandations des sources de données probantes mises à jour ainsi que la portée de la norme de qualité (qui inclut également l'arthrose de la main et de l'épaule), le cas échéant.
- Section des principes directeurs révisée et ajout d'un principe directeur sur les soins intégrés.

Voici un résumé des changements apportés à certains énoncés de qualité :

- Énoncé de qualité 1 :
 - Justification modifiée pour inclure des données sur les personnes atteintes d'arthrose qui ne comprennent pas leur état ou ne savent pas quel type elles ont.
- Énoncé de qualité 2 :
 - Définition de l'évaluation globale des besoins mise à jour pour inclure le tour de taille comme mesure de l'accumulation de poids dans l'abdomen, les déterminants sociaux de la santé, l'état psychologique, l'accès à la technologie et la littératie informatique en tant que facteurs personnels.

- Justification modifiée pour inclure les facteurs éducatifs, comportementaux et psychosociaux en tant que composantes de l'évaluation et que l'évaluation devrait également être adaptée aux capacités de la personne.
 - Énoncé du public des cliniciens modifié pour inclure les composantes clés de l'évaluation globale des besoins.
- Énoncé de qualité 3 :
 - Définition de l'éducation mise à jour en incluant l'audio et la vidéo comme formats supplémentaires et en précisant que l'éducation doit être facilement accessible et continue. Limite des médicaments a été ajoutée en plus des avantages et des risques.
 - Justification modifiée pour inclure que l'information doit être fournie dans un format accessible et tenir compte des besoins individuels tels que la langue et la culture.
 - Énoncé du public des cliniciens modifié en conseillant que la formation continue et les ressources éducatives doivent être fournies dans un format accessible.
 - Énoncé de qualité 4 :
 - Définition du plan d'autogestion mise à jour pour inclure la thérapie cognitivo-comportementale en tant qu'option de gestion de la douleur non pharmacologique.
 - Énoncé de qualité 5 :
 - Justification modifiée pour inclure des considérations pour les personnes atteintes d'arthrose de l'extrémité supérieure, que l'exercice thérapeutique devrait être combiné à un programme d'éducation structuré ou à des approches de changement de comportement dans un plan de soins global, et que l'objectif de l'exercice thérapeutique pour les personnes atteintes d'arthrose de la hanche, du genou, de la main et de l'épaule devrait être d'améliorer le mouvement fonctionnel et l'équilibre proprioceptif.
 - Énoncé du public pour les personnes atteintes d'arthrose modifié pour inclure l'amélioration de l'équilibre comme objectif de l'exercice thérapeutique.
 - Énoncé du public des cliniciens modifié pour inclure l'exercice thérapeutique fourni en combinaison avec un programme d'éducation structuré.

- Énoncé de qualité 7 :
 - Définitions mises à jour de *surpoids* ou d'*obésité* et de *poids normal* pour inclure le tour de taille en plus de l'indice de masse corporelle comme mesure de l'accumulation de graisse abdominale et corporelle.
 - Justification modifiée pour inclure une expérience de douleur plus élevée pour les personnes en surpoids et obèses, ainsi que les bienfaits de la perte de poids et de l'exercice pour réduire la charge cumulative sur les articulations des membres inférieurs et améliorer la mobilité.
- Énoncé de qualité 8 :
 - Définition des *options de médicaments analgésiques* mise à jour pour inclure l'arthrose de l'épaule.
 - Définition de l'*approche graduelle* mise à jour pour les balles liées aux injections de corticostéroïdes intra-articulaires et aux injections d'acide hyaluronique intra-articulaires.
- Énoncé de qualité 9 :
 - Justification modifiée en incluant une référence à l'annexe 3, Principes directeurs, Soins intégrés, en ce qui concerne le processus de référence.
- Énoncé de qualité 10 :
 - Justification modifiée pour mentionner que les personnes atteintes d'arthrose de la main ne devraient pas être renvoyées pour une ostéotomie.
 - Justification mise à jour avec de nouvelles références sur les critères d'adéquation pour la décision de renvoyer.

Remarque relative à la terminologie

Lorsque nous parlons de « personnes présentant d'arthrose » dans cette norme de qualité, nous faisons référence à celles qui souffrent d'arthrose du genou, de la hanche, de la main (c'est-à-dire du pouce ou des doigts) ou de l'épaule (c'est-à-dire de l'articulation gléno-humérale).

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

Quand nous parlons de « clinicien » dans cette norme de qualité, il s'agit des nombreux types de personnes qui peuvent faire une partie de l'équipe de soins de santé. Ils peuvent comprendre, notamment, les professionnels réglementés suivants : cliniciens de soins primaires (médecin de famille ou médecin de soins primaires, infirmier praticien) ; chiropraticien, diététiste, infirmier, ergothérapeute, pharmacien ou un physiothérapeute ; médecin avec un cabinet spécialisé (p. ex., médecin de famille, infirmière praticienne, chiropraticien, diététiste, infirmière, ergothérapeute, pharmacien ou physiothérapeute) médecin de pratique ciblée (p. ex., gestion de la douleur, médecine sportive et exercice), médecin spécialiste (p. ex., orthopédiste, physiatre, chirurgien plastique, rhumatologue), physiothérapeute ou ergothérapeute de pratique avancée, psychologue, conseiller ou autre clinicien possédant des compétences supplémentaires dans la gestion des symptômes liés à l'arthrose (p. ex., douleur, mauvaise qualité du sommeil, troubles anxieux et de l'humeur, gestion du poids).

Justification de la nécessité de cette norme

L'arthrose, le type le plus commun d'arthrite, est une affection progressive qui peut toucher toute articulation mobile du corps, mais plus couramment les hanches, les genoux, les mains, et épaules. Des études sur diverses populations montrent que près de 20 % à 30 % des adultes ont de l'arthrose dans au moins une de ces articulations^{1,2}. L'affection commence comme un changement du processus biologique dans une articulation, menant à des changements structurels, comme une érosion du cartilage, un remodelage des os, la formation de protubérances osseuses, une inflammation des articulations, et une perte fonctionnelle de l'articulation. Il en résulte souvent une douleur, une rigidité et une perte de mouvement³. L'arthrose se caractérise par les symptômes changeants et une intensité accrue de la douleur articulaire au fil du temps. Il y a des facteurs qui rendent certaines personnes plus vulnérables au développement de l'arthrose : des facteurs génétiques, un surpoids ou l'obésité, des blessures causées par des accidents ou une intervention chirurgicale et une activité physique intense dans certains sports ou au travail³.

La prévalence de l'arthrose chez les personnes âgées de 20 ans et plus en Ontario est d'environ 14 % et devrait augmenter à mesure que la population de personnes âgées augmente (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2021)⁴. La condition est plus fréquente chez les femmes et chez les personnes d'âge moyen à avancé, avec la prévalence la plus élevée en Ontario (46,5 %) chez les femmes âgées de 75 à 79 ans⁴.

L'arthrose est associée à d'autres problèmes de santé chroniques, tels que la dépression, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, le syndrome métabolique et les accidents vasculaires cérébraux^{5,6}. Les personnes atteintes d'arthrose signalent une qualité de vie significativement inférieure à celle des personnes sans arthrose, notamment une fonction physique inférieure de 30 %, une fonction sociale inférieure de 18 % et une santé générale inférieure de 18 %. La condition a entraîné une perte de 314 années de vie en bonne santé en raison d'une incapacité pour 100 000 personnes en Amérique du Nord en 2020, soit une augmentation de 4,9 % par rapport à 19 90⁷. Les taux croissants d'arthrose auront un impact considérable sur la vie des personnes

atteintes de cette condition et sur leurs familles, sur les coûts du système de santé et sur l'économie dans son ensemble en raison de la productivité perdue, des départs de personnes du marché du travail et de l'invalidité à long terme^{8,9}.

Malgré le fardeau personnel et sociétal connu de l'arthrose, elle est souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée¹⁰⁻¹², ce qui entraîne des occasions manquées pour les personnes de bénéficier de soins de haute qualité. Bien qu'il n'existe pas de remède contre l'arthrose, il existe plusieurs façons de gérer efficacement les symptômes grâce à des traitements non pharmacologiques et pharmacologiques qui peuvent aider à réduire la douleur, améliorer la fonction, maintenir la qualité de vie et retarder l'invalidité¹³. Une intervention précoce est préférable¹³. Une arthrose mal gérée entraîne un évitement de l'activité physique et une exacerbation de la douleur. Cela peut à son tour entraîner la fatigue, le handicap, l'altération des activités de la vie quotidienne et au travail, ainsi que l'humeur déprimée^{14,15,16}, et est lié aux maladies cardiaques, au diabète et à l'obésité^{6,17,18}. De plus, les difficultés rencontrées par les personnes atteintes d'arthrose pour accéder aux soins de santé en temps opportun, comme les traitements chirurgicaux, l'exercice et les programmes récréatifs, ont été exacerbées pendant la pandémie de COVID-19, ce qui a des répercussions négatives sur leurs résultats de santé, comportements de santé et qualité de vie^{19,20}. Plus précisément, les personnes souffrant d'arthrose ont connu des taux plus élevés de dépression, de blessures importantes et de perturbations de l'emploi, comme l'arrêt ou le changement d'emploi ou un changement majeur dans les activités professionnelles²⁰.

Il existe des lacunes importantes dans la qualité des soins de l'arthrose tout au long du cheminement clinique. De nombreuses personnes tardent à se faire soigner : selon une étude canadienne, environ 40 % des patients avaient des symptômes d'arthrose depuis plus d'un an avant d'être diagnostiqués, et le temps écoulé moyen était de plus de 7 ans²¹. Environ 45 % des cliniciens de soins primaires qui s'occupent de personnes souffrant d'arthrose en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Canada ont trouvé difficile d'interpréter les lignes directrices sur la pratique clinique (connaissances de la pratique) comme un obstacle à la prestation de soins de qualité²². De même, les physiothérapeutes et d'autres cliniciens de soins primaires ont constaté que l'absence d'une équipe interprofessionnelle, de temps, d'espace, d'équipement et d'autres ressources (p. ex., information écrite et soutien administratif) nécessaires sur le lieu de travail pour fournir des soins non pharmacologiques et non chirurgicaux aux personnes souffrant d'arthrose.

Le traitement de première intention de l'arthrose devrait inclure des approches non pharmacologiques : éducation, exercice thérapeutique, activité physique quotidienne, perte de poids (si approprié) et soutien à l'autogestion²³. Ces traitements sont sous-utilisés. Une étude en Alberta a révélé que, entre 2014 et 2016, seulement 60 % des patients recommandés pour une arthroplastie totale du genou ont reçu des traitements non chirurgicaux (physiothérapie, exercices thérapeutiques ou gestion du poids) ou un traitement pharmacologique dans le cadre de leur plan de prise en charge. L'utilisation de ces approches différait selon le sexe, l'âge, le niveau de soutien social et l'éducation des patients²⁴. Un sondage auprès des Canadiens qui ont reçu un diagnostic d'arthrose montre que relativement peu de ceux-ci demandent des conseils à des professionnels de la santé qui peuvent fournir une gestion non pharmacologique efficace. Seulement 22 % avaient consulté un physiothérapeute ou un ergothérapeute au cours de l'année précédente, et 12 % ont assisté à une séance d'information pour les aider à gérer les problèmes associés à l'arthrite²¹.

Ces lacunes dans l'accès aux soins requis pourraient découler de la fausse idée qu'ont clinicien et les patients que les symptômes de l'arthrose sont un aspect normal du vieillissement et que les options de traitement sont limitées. Le coût des services et (ou) l'absence d'une assurance-santé élargie pour ces services jouent aussi un rôle. La plupart des services communautaires pour l'arthrose (physiothérapie, ergothérapie, les programmes de gestion du poids) ne sont pas facilement accessibles, du moins pas sans coûts importants pour les patients qui doivent les payer eux-mêmes ou avec une assurance privée^{25,26}.

En revanche, la plupart des personnes atteintes d'arthrose utilisent une forme de traitement pharmacologique. Par exemple, dans une étude de 2015 sur les soins primaires au Canada, les données des dossiers médicaux électroniques ont montré que 57 % des patients atteints d'arthrose avaient une ordonnance pour un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien, et environ 33 % se voyaient prescrire un opioïde pour la gestion de la douleur²⁷. De même, dans une autre étude nationale, 66 % des personnes atteintes d'arthrose (toutes articulations confondues) ont déclaré utiliser des médicaments en vente libre. Parmi ceux qui souffrent d'arthrose de la hanche et/ou du genou, ce chiffre était de 74 %²¹. Bien que l'efficacité du traitement pharmacologique, y compris les médicaments en vente libre, pour la gestion de l'arthrose ait été établie, la capture limitée des schémas d'utilisation des médicaments contribue aux lacunes dans la compréhension de la gestion pharmacologique de l'arthrose.

Pour un petit pourcentage de personnes, leur état se détériore jusqu'à ce que les options chirurgicales, comme le remplacement articulaire, la fusion articulaire ou une intervention pour préserver l'articulation, soient peut-être nécessaires. Cependant, pour les personnes en Ontario qui ont besoin d'une intervention chirurgicale, plus de 30 % n'ont pas pu recevoir une chirurgie de remplacement du genou ou de la hanche dans les 6 mois recommandés en 2022²⁸. Un traitement chirurgical devrait être offert aux personnes ayant des dommages modérés à graves aux articulations qui causent de la douleur ou une limitation de la fonction inacceptable malgré l'utilisation des interventions décrites dans cette norme de qualité⁹.

Mesure à l'appui de l'amélioration

Le Comité consultatif sur les normes de qualité pour l'arthrose a identifié cinq indicateurs généraux pour suivre les progrès réalisés dans l'amélioration des soins aux personnes atteintes d'arthrose en Ontario. Le comité n'a pas identifié d'indicateurs mesurables à l'échelle provinciale, car les sources de données provinciales sur les soins de l'arthrose sont limitées, tout comme la capacité d'identifier les personnes atteintes d'arthrose. Lorsque des sources de données ou des méthodes sont élaborées pour identifier avec précision les personnes atteintes d'arthrose, le comité réexaminera les mesures provinciales de succès pour cette norme de qualité.

Indicateurs ne pouvant être mesurés qu'à l'aide de données locales

- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont déclaré le contrôle à long terme de leur douleur comme étant acceptable
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont déclaré un niveau élevé de réussite à autogérer leur affection
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont accès en temps opportun aux stratégies de gestion de la réadaptation (tels que l'éducation, l'exercice et la gestion du poids)
- Temps d'attente médian pour un premier rendez-vous avec un clinicien possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose (c.-à-d. des compétences supplémentaires en rhumatologie, en chirurgie orthopédique, en médecine du sport et de l'exercice ou en gestion de la douleur)
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui sont aiguillées vers un clinicien possédant des compétences supplémentaires dans la gestion de l'arthrose (c.-à-d. des compétences supplémentaires en rhumatologie, en chirurgie orthopédique, en médecine du sport et de l'exercice ou en gestion de la douleur) qui ont leur premier rendez-vous en temps opportun

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

Pour évaluer la prestation équitable des soins, les indicateurs de normes de qualité peuvent être stratifiés en fonction des caractéristiques socioéconomiques et démographiques de la personne atteinte d'arthrose, telles que l'âge, le revenu, la région ou la géographie, l'éducation, la langue, la race et l'origine ethnique, le genre et le sexe.

Énoncé de qualité 1 : Évaluation clinique à des fins de diagnostic

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

Sources : European League Against Rheumatism, 2017²⁹ | Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2020³⁰ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022²³

Définitions

Symptômes typiques de l'arthrose : Douleurs articulaires persistantes, atraumatiques ou liées au mouvement, raideur et (ou) enflure. Des raideurs matinales d'une durée inférieure à 30 minutes peuvent être ou non présentes. Les symptômes peuvent être présents dans une ou quelques articulations^{23,29}.

Caractéristiques atypiques : Des antécédents récents de blessure, un blocage articulation, des raideurs articulations matinales de longue durée, une rapide apparition des symptômes, la présence d'une articulation enflée et chaude, de la fièvre, des frissons, des sueurs ou un malaise général. Des caractéristiques atypiques indiquent généralement la nécessité de faire d'autres examens afin de déterminer d'autres diagnostics ou différents diagnostics, y compris un corps libre, une blessure méniscale, la goutte ou d'autres arthrites inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite septique, et une tumeur (s'il y a une douleur à l'os ou au tissu mou)³¹.

Justification

Les personnes atteintes d'arthrose ne comprennent souvent pas leur état et près de 50 % des personnes atteintes d'arthrite ne savent pas quel type elles ont³². Chez les personnes âgées de 40 ans ou plus qui présentent les symptômes typiques de l'arthrose, un diagnostic de l'arthrose peut être fondé une évaluation clinique (antécédents et examen physique). Il n'est pas nécessaire de faire une imagerie radiologique (p. ex., une radiographie, une imagerie par résonance magnétique [IRM]) ou des analyses de laboratoire (p. ex., analyse de sang)²⁹.

L'évaluation clinique est le moyen le plus précis pour diagnostiquer l'arthrose parce que les symptômes ne correspondent pas toujours aux résultats visibles sur une radiographie ou une IRM. Certaines personnes ont des douleurs intenses et ont peu de changements visibles sur l'imagerie, tandis que d'autres ont très peu de symptômes malgré des changements structurels modérés à graves dans leur articulation. En outre, les changements visibles dans les os sur la radiographie sont une caractéristique assez tardive dans la progression de l'affection. Des changements visibles sur une radiographie ne nécessitent pas un traitement si la personne ne présente pas de symptômes.

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

Pour les adultes qui présentent des caractéristiques atypiques de l'arthrose ou dans les cas où un diagnostic différent est envisagé, il pourrait être nécessaire d'effectuer d'autres examens. L'aiguillage vers un clinicien possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose peut être envisagé pour aider à établir un diagnostic (voir Énoncé de qualité 9 : Aiguillage vers un clinicien qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose)³³.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes présentant d'arthrose

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

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

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

Pour les cliniciens

Diagnostiquer l'arthrose chez les adultes après une évaluation clinique si la personne présente des symptômes typiques de l'arthrose²⁹. L'imagerie radiologique n'est pas nécessaire pour faire un diagnostic chez les personnes de 40 ans ou plus qui présentent des symptômes typiques de l'arthrose. Pour les adultes qui présentent des caractéristiques atypiques de l'arthrose ou dans les cas où un diagnostic différent est envisagé, il pourrait être nécessaire d'effectuer d'autres examens (p. ex., l'imagerie et (ou) des analyses sanguines) ou il faut aiguiller le patient vers un clinicien qui a des

compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose pour aider à établir un diagnostic (voir Énoncé de qualité 9 : Aiguillage vers un clinicien qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose).

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateur de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes âgées de 40 ans et plus présentant des symptômes typiques de l'arthrose qui subissent une radiographie ou une IRM pour établir un diagnostic (un pourcentage plus bas est préférable)

Les détails de mesure de cet indicateur, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète pour renseigner le plan de soins

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

Sources : American College of Rheumatology, 2019³⁴ | Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2020³⁰ | European League Against Rheumatism, 2023³⁵ | European League Against Rheumatism, 2018³⁶ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022²³

Définition

Évaluation complète des besoins : En collaboration avec le patient, cette évaluation doit tenir compte de leur arthrose dans son contexte plus vaste. L'évaluation devrait être adaptée afin de prendre en compte les besoins de la personne et doit tenir compte des aspects suivants³⁷ :

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

Justification

Une évaluation complète des besoins va au-delà de l'examen clinique et prend en compte la personne dans son ensemble. L'évaluation devrait tenir compte des facteurs éducatifs, comportementaux, psychosociaux et physiques qui influencent la qualité de vie, la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne et la participation au travail, aux engagements familiaux et aux activités de loisirs²³.

Les personnes présentant de l'arthrose vivent un cycle complexe de problèmes en raison de leurs symptômes. Les douleurs articulaires peuvent causer par un sommeil perturbé, de la fatigue, des limites fonctionnelles et de l'invalidité, qui entraînent souvent des changements de l'humeur, une intensification de la douleur, l'évitement de l'activité et, par conséquent, une aggravation des symptômes et une invalidité encore importante¹⁴. L'obésité morbide et des affections chroniques coexistantes, qui sont plus probables chez les personnes présentant d'arthrose, auront une incidence sur leurs symptômes et la gestion globale de leur état³⁸. L'évaluation globale devrait prendre en compte les besoins médicaux de la personne (y compris le tour de taille ou l'IMC, et les problèmes de santé concomitants), ainsi que ses besoins sociaux et émotionnels. Cette évaluation devrait renseigner l'élaboration d'un plan de soins qui est axé sur les patients et adapté aux besoins, aux préférences et aux objectifs de la personne.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes présentant d'arthrose

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

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

Pour les cliniciens

Effectuer et documenter une évaluation complète pour les personnes atteintes d'arthrose en utilisant une approche collaborative, coordonnée et cohérente pour la prise de décision partagée. Cette évaluation devrait être débutée dans les 3 mois suivant le diagnostic et aborder les fonctions et structures corporelles, les activités de la vie quotidienne et la participation aux activités sociales, ainsi que les facteurs personnels et environnementaux. Revoir l'évaluation chaque fois que le patient vous rend visite ou signale un nouveau symptôme ou objectif pour son plan de soins.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes ayant reçu un diagnostic d'arthrose pour lesquelles une évaluation complète des besoins est effectuée et pour lesquelles un plan de soins est élaboré dans les 3 mois suivant leur diagnostic
- Pourcentage de personnes atteintes d'arthrose qui constatent un changement significatif dans leurs symptômes surveillés, ou un nouveau symptôme ou un nouvel objectif pour leur plan de soins, et qui passent en revue leur évaluation complète des besoins et leur plan de soins avec leur clinicien.

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 3 : Éducation des patients

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

Sources : American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2021³⁹ | American College of Rheumatology, 2019³⁴ | European League Against Rheumatism, 2023³⁵ | European League Against Rheumatism, 2018³⁶ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022²³

Définition

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

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

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

Justification

L'objectif de l'éducation des patients est d'améliorer leur confiance dans leur capacité à gérer une affection et ses résultats de santé⁴⁰. L'éducation des patients pour les personnes présentant de l'arthrose soutient la compréhension de l'affection et encourage les changements positifs dans les attitudes, les comportements en matière de santé et les croyances à propos de la douleur, de l'activité physique et des dommages aux articulations. Cette éducation devrait inclure des renseignements en particulier, comme l'importance de la gestion du poids et les avantages de l'activité physique, afin de favoriser les comportements positifs pour la santé.

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

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

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes présentant d'arthrose

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

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

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

Pour les cliniciens

Fournir une éducation continue et des ressources éducatives (ou renvoyer à des programmes d'éducation communautaires) en réponse aux besoins des personnes atteintes d'arthrose afin d'améliorer leur compréhension de la maladie et de sa prise en charge. Les informations doivent être fournies dans un format accessible et inclure tous les aspects de la gestion, et être renforcées et approfondies lors des visites ultérieures. Partagez des informations avec votre famille et vos partenaires de soins, si cela est approprié.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui reçoivent de l'éducation dans un format accessible sur l'arthrose et la gestion de l'arthrose
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont déclaré un niveau élevé de réussite à autogérer leur affection

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 4 : Plan d'autogestion du patient

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

Sources : American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2021³⁹ | American College of Rheumatology, 2019³⁴ | Department of Veterans affairs, Department of Defense, 2020³⁰ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022²³ | Osteoarthritis Research Society International, 2019⁴¹

Définition

Plan d'autogestion : Le plan devrait être un document écrit et (ou) électronique qui répond aux besoins de santé physique et psychosociale. Il peut comprendre³¹ :

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

ergothérapeute, un orthésiste, un podo-orthésiste, un podiatre ou un physiothérapeute ; ces professionnels peuvent offrir des conseils sur les bonnes chaussures à porter, les orthèses (tels que des semelles et des appareils orthopédiques, des supports et de la protection de l'articulation carpométacarpienne du pouce) et les appareils et accessoires fonctionnels (par exemple, des cannes et des dispositifs pour ouvrir des robinets)

- Gestion non pharmacologique de la douleur (tels que l'application de la chaleur ou du froid, l'exercice thérapeutique, thérapie cognitivo-comportementale [le cas échéant] et l'utilisation des aides et des accessoires)
 - Gestion de la douleur, y compris les traitements pharmacologiques qui peuvent fournir du soutien (p. ex., pharmacies communautaires)
- Stratégies pour l'autosurveillance des patients, l'utilisation de simples mesures qui permettent de voir la façon dont ils réagissent à la gestion
 - Un plan pour réviser des symptômes de l'arthrose du patient et adapter le plan d'autogestion au fur et à mesure que changent leur affection et leurs besoins
 - Personne-ressource pour le clinicien qui fera la surveillance et le suivi

Justification

L'autogestion est une démarche fondée sur un problème conçue pour aider les gens à acquérir de la confiance dans leur capacité à développer des compétences pour mieux gérer leur arthrose (y compris leurs symptômes) et d'autres problèmes de santé^{42,43}. Soutenir les personnes dans l'autogestion de leur affection leur permet de jouer un rôle actif dans la compréhension de leur affection et de la meilleure façon de le gérer, ce qui leur permet de déterminer leurs priorités et objectifs de la gestion de leur santé²³. Les plans d'autogestion peuvent être mis au point dans le cadre de programmes individuels ou en groupes, qui comprennent l'avantage du soutien par les pairs et les possibilités d'interaction. Il peut également être important de faire participer un membre de la famille ou un aidant naturel, tout particulièrement pour les personnes qui présentent des affections chroniques multiples.

Dans le plan d'autogestion, les personnes énoncent les difficultés associées à leur arthrose et d'autres problèmes de santé, établissent des objectifs, créent des plans d'action, résolvent des problèmes afin de comprendre les stratégies qu'elles peuvent utiliser pour surmonter les obstacles et surveillent leurs progrès dans l'atteinte de leurs objectifs⁴⁴. Les professionnels de la santé jouent un rôle important dans le soutien des patients dans l'élaboration d'un plan d'autogestion personnalisé et axé sur les objectifs et dans la révision de ce plan de façon continue.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes présentant d'arthrose

Vos cliniciens devraient collaborer avec vous pour créer un plan d'autogestion. C'est cette partie du plan qui est axée sur le rôle que vous jouez dans vos soins. Votre plan d'autogestion est un plan dans lequel vous pouvez établir des objectifs pour apprendre à vivre avec l'arthrose, créer des plans d'action, résoudre des problèmes qui peuvent survenir et faire le suivi de vos progrès. Votre plan devrait comprendre les renseignements sur la façon d'accéder aux services locaux, comme les séances d'exercices, les programmes de gestion de poids et les groupes de soutien. Votre plan devra également prendre en compte toutes les autres affections médicales que vous avez et qui pourraient influencer vos objectifs et vos capacités.

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

Pour les cliniciens

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

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont un plan d'autogestion documenté
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui signalent un changement important de leur(s) symptôme(s) surveillé(s) ou un nouveau symptôme ou établissant un nouvel objectif, pour leur plan de soins et qui examinent leur plan d'autogestion avec leur clinicien

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 5 : Exercice thérapeutique

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

Sources : American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2020⁴⁵ | American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2021³⁹ | American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2023⁴⁶ | American College of Rheumatology, 2019³⁴ | Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2020³⁰ | European League Against Rheumatism, 2023³⁵ | Santé Ontario, 2018⁴⁷ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022²³ | Osteoarthritis Research Society International, 2019⁴¹ | Ottawa Panel, 2018⁴⁸

Définitions

Entraînement neuromusculaire : L'objectif de cette formation est d'améliorer le mouvement contrôlé au moyen de l'activité musculaire coordonnée (contrôle sensori-moteur) et la capacité de l'articulation à rester stable pendant une activité physique (stabilité fonctionnelle)^{49,50}. Les composants comprennent la force, l'équilibre, l'agilité et le contrôle neuromusculaire pour optimiser les patrons de mouvements et réduire les charges anormales sur l'articulation^{13,51,52}.

Renforcement musculaire : Il s'agit d'exercices pour renforcer les muscles autour la région touchée de l'articulation afin de conserver l'indépendance fonctionnelle, d'améliorer l'équilibre et de réduire les risques de chutes³¹. Cela peut prévoir des exercices non-porteurs de poids visant à former l'affaiblissement d'isolation sélective, et également des exercices avec des poids reposant sur des articulations ayant une fonction multiple⁴⁹. La qualité des exercices de renforcement est optimale lorsque le niveau de l'entraînement correspond aux capacités de la personne et l'évolution est encouragée.

Exercices aérobiques : Également appelées cardio, les exercices aérobiques peuvent d'une intensité faible, modérée ou élevée qui sollicite des muscles pendant des périodes soutenues. Le vélo, des longueurs de nage et la marche dans une piscine ou dans le cadre d'un programme de marche sont des exemples d'exercices aérobiques⁵³. Ce type d'exercices est lié à une meilleure santé physique et mentale ainsi qu'une énergie ou une endurance accrue pour participer aux activités de tous les jours.

Justification

Actuellement, le traitement le plus efficace non chirurgical pour une arthrose de la hanche et du genou est de l'exercice thérapeutique et d'autres activités physiques. L'exercice thérapeutique, un sous-ensemble de l'activité physique, est prévu, structuré, et répétitif et a pour objectif d'améliorer ou de maintenir la santé physique⁵⁴. Les personnes présentant d'arthrose de la hanche et du genou éprouvent fréquemment un déconditionnement physique, de la faiblesse musculaire dans les extrémités inférieures, l'instabilité fonctionnelle, ainsi qu'une mauvaise fonction neuromusculaire qui peuvent améliorer avec l'exercice^{49,55-58}. Les personnes atteintes d'arthrose aux extrémités supérieures ressentent souvent une diminution de la qualité de vie en raison de la faiblesse musculaire qui affecte la fonction de la main, ainsi que d'une réduction de la mobilité et de la dextérité. L'exercice thérapeutique a été démontré pour réduire la douleur, l'incapacité et l'utilisation de médicaments, et pour améliorer la fonction physique, le sommeil et l'humeur chez les personnes atteintes d'arthrose²³. Les programmes d'exercice thérapeutique qui incluent un entraînement neuromusculaire progressif, un renforcement musculaire et des exercices aérobiques peuvent restaurer la force, l'équilibre et des schémas de mouvement sains et ne causeront pas de dommages articulaires supplémentaires^{13,59}.

Les programmes d'exercices thérapeutiques devraient être élaborés par un clinicien spécialisé dans la prescription d'exercices. Ils devraient être combinés à un programme d'éducation structuré (voir l'énoncé de qualité 3) ou à des approches de changement de comportement dans un plan de soins complets (voir l'énoncé de qualité 2)^{23,47}. Le programme d'exercice thérapeutique devrait être progressif, avec un plan pour augmenter graduellement la fréquence, l'intensité et la durée suffisante pour créer des changements physiologiques, et conçu pour optimiser la fonction⁵⁹. Les exercices thérapeutiques pour l'arthrose de la hanche, du genou, de la main et de l'épaule devraient viser la mobilité et la stabilité articulaire, la puissance musculaire et l'endurance pour un mouvement fonctionnel de qualité, et l'équilibre proprioceptif. Les exercices doivent être adaptés aux déficits musculaires et fonctionnels spécifiques de chaque personne en fonction des résultats de l'évaluation clinique. Cependant, le programme d'exercices thérapeutiques peut être réalisé en groupe, ce qui offre une motivation supplémentaire aux patients pour apprendre à connaître leur condition et augmenter progressivement leurs exercices.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes présentant d'arthrose

Si vous avez l'arthrose, faire des types d'exercices particuliers peut réduire votre douleur et améliorer votre solde et votre capacité à bouger. Vos cliniciens devraient vous offrir un programme d'exercice thérapeutique conçu pour vos besoins.

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

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

Pour les cliniciens

Fournir aux personnes présentant une arthrose de la hanche et du genou, offrez-leur des séances d'entraînement neuromusculaire évolutif spécifique, du renforcement musculaire et des exercices aérobiques à une fréquence, à une intensité et à une durée suffisantes pour maintenir ou améliorer la santé articulaire et la forme physique. Il peut s'agir d'un aiguillage vers un programme supervisé d'exercice thérapeutique et d'éducation individuel ou en groupe. Le programme devrait être adapté aux besoins individuels de la personne, à ses circonstances et à sa motivation personnelle comme il est indiqué dans l'évaluation clinique. Le programme doit suivre l'évolution individuelle ; toutefois, il peut être offert dans un contexte de groupe, selon la disponibilité des installations et des programmes locaux, en combinaison avec un programme d'éducation structuré (voir l'énoncé de qualité 3 : Éducation des patients).

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

S'assurer que tous les milieux de soins de santé ont des systèmes, des processus et des ressources en place pour que les adultes présentant une arthrose suivent un programme d'entraînement neuromusculaire évolutif, de renforcement musculaire et d'exercices aérobiques à une fréquence et l'intensité suffisante pour maintenir ou améliorer la santé articulaire et la forme physique. Pour plus d'informations, veuillez consulter [GLAD:D Canada](#), ainsi que l'[évaluation des technologies de la santé](#) associée recommandant le financement public d'un programme d'éducation structurée et d'exercices neuromusculaires pour la prise en charge des personnes atteintes d'arthrose de la hanche ou du genou.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes présentant une arthrose qui participent à des programmes d'entraînement neuromusculaire évolutif, de renforcement musculaire et d'exercices aérobiques
- Disponibilité locale de programmes d'exercice thérapeutique offerts par des cliniciens avec de l'expertise dans la prescription d'exercice

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 6 : Activité physique

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

Sources : American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2021³⁹ | American College of Rheumatology, 2019³⁴ | Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2020³⁰ | European League Against Rheumatism, 2023³⁵ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022²³ | Osteoarthritis Research Society International, 2019⁴¹

Définition

Renseignements et soutien : Les éléments peuvent comprendre ce qui suit :

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

- Il faut choisir des activités que la personne aime, par exemple³³ :
 - Exercices cardiovasculaires et (ou) exercices de résistance sur la terre ferme (p. ex., marche, le vélo).
 - Activités qui exigent un contrôle neuromusculaire, modifiées au besoin (p. ex., le yoga, Tai Chi).
 - Exercice aquatique (p. ex., natation, aquaforme, marche dans une piscine)
- Aider les personnes sédentaires à faire un plan pour commencer ; si la douleur est un obstacle à l'activité physique, peut-être fournir des médicaments contre la douleur (voir Énoncé de qualité 8 : Gestion pharmacologique des symptômes)

Justification

L'activité physique est une activité qui consiste à bouger dans le cadre de loisirs, d'activités récréatives, du travail, du transport actif ou de tâches ménagères^{54,60}. C'est différent de l'exercice thérapeutique, qui est un type d'activité physique qui est planifiée, structurée, répétitive et qui a pour objectif d'améliorer ou de maintenir un ou plusieurs aspects de la santé physique⁶¹ (voir Énoncé de qualité 5 : Exercice thérapeutique). L'activité physique régulière n'endommagera pas les articulations et elle peut réduire les symptômes de l'arthrose et améliorer l'état de santé global^{40,62,63}.

Un mode de vie sédentaire est un facteur de risque connu pour l'arthrose et l'aggravation des symptômes et peut être modifié en augmentant l'activité et l'exercice physique^{64,65}. Les personnes présentant de l'arthrose qui sont sédentaires sont également susceptibles de subir d'autres pertes de qualité de vie si elles deviennent de plus en plus sédentaires^{65,66}. Elles pourraient avoir besoin d'éducation de la part d'un clinicien qui comprend des renseignements et du soutien dans l'élaboration d'un plan pour commencer, y compris la manière d'intégrer l'activité physique dans leur vie quotidienne et des conseils sur la gestion des symptômes, par exemple, faire de l'activité physique à des niveaux acceptables de douleur plutôt que d'éviter la douleur⁶⁷⁻⁶⁹.

L'activité physique régulière est recommandée, autant que la personne est capable de faire et peut tolérer, dans l'objectif d'accumuler au moins 150 minutes d'activité aérobique modérée à intense par semaine, en période de 10 minutes ou plus⁶⁷⁻⁶⁹. L'activité modérée entraîne un peu de transpiration et d'essoufflement chez les adultes. La marche d'un bon pas, le vélo, les tâches ménagères, la danse et le jardinage sont des exemples d'activités modérées. L'activité intense entraîne de la transpiration et un essoufflement chez les adultes. La marche rapide, le vélo dans des montées et des longueurs de nage sont des exemples d'activités intenses.

Pour les personnes qui ne sont pas en mesure d'atteindre l'objectif recommandé, une petite quantité d'activité physique vaut mieux que rien. Des gains en qualité de vie peuvent être obtenus en remplaçant les activités sédentaires (assis, couché) par des intervalles quotidiens de 10 minutes d'activité physique modérée ou intense ou une heure de faible activité physique, telle que la marche lente, faire un lit et la préparation de repas⁶⁵. Si l'activité physique n'aggrave pas la douleur ou

n'entraîne pas une enflure de l'articulation, il est sécuritaire de faire de l'activité physique pendant plus de temps⁶⁷⁻⁶⁹.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes présentant d'arthrose

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour les cliniciens

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

favorisent la participation continue à de l'activité physique quotidienne pour les personnes présentant de l'arthrose.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

S'assurer que tous les milieux de soins de santé ont des systèmes, des processus et des ressources en place pour que les adultes présentant de l'arthrose reçoivent des renseignements et du soutien sur la façon d'optimiser leur activité physique et de réduire au minimum l'activité sédentaire. S'assurer que tous les milieux de soins de santé ont des systèmes et des processus en place pour que les personnes présentant de l'arthrose participent à l'élaboration d'un plan d'activité physique personnalisé.

S'assurer que des programmes locaux appropriés sont disponibles pour soutenir un mode de vie physiquement actif, y compris un aiguillage aux installations et aux programmes communautaires d'activité physique qui offrent des activités comme de la marche, des activités aquatiques, du yoga ou du Tai Chi.

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui reçoivent de l'information et du soutien pour participer à de l'activité physique quotidienne d'un clinicien
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui font chaque semaine au moins 150 minutes d'activité physique modérée à soutenue
- Disponibilité locale de programmes qui soutiennent un mode de vie physiquement actif, y compris des installations et des programmes communautaires d'activité physique

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 7 : Gestion du poids

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

Sources : American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2021³⁹ | American College of Rheumatology, 2019³⁴ | Department of Veterans, Affairs Department of Defense, 2020³⁰ | European League Against Rheumatism, 2023³⁵ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022²³ | Osteoarthritis Research Society International, 2019⁴¹

Définitions

Obèse ou en surpoids : L'accumulation de graisse abdominale et corporelle est mesurée par le tour de taille et l'indice de masse corporelle (IMC). Le tour de taille est mesuré à la partie du torse situé à mi-chemin entre la côte la plus basse et la crête iliaque (sommet de l'os pelvien)⁷⁰. Les catégories de tour de taille sont les suivantes : petit tour de taille (hommes : $\leq 93,9$ cm; femmes : $\leq 79,9$ cm), moyen tour de taille (hommes : ≥ 94 cm et $< 101,9$ cm; femmes : ≥ 80 cm et $< 87,9$ cm) et grand tour de taille (hommes : ≥ 102 cm; femmes : ≥ 88 cm)⁷¹.

L'indice de masse corporelle est calculé en divisant le poids en kilogrammes par la taille en mètres au carré. Bien que ce ne soit pas une mesure directe de la graisse corporelle, c'est l'indicateur le plus largement étudié et le plus utile des risques pour la santé liés au poids. Les valeurs de l'IMC internationalement acceptées pour les adultes en surpoids sont de 25,0 à 29,9 kg/m²; pour les adultes obèses, de 30,0 à 39,9 kg/m²; et pour les adultes gravement obèses, de 40,0 kg/m² ou plus⁷⁰. L'indice de masse corporelle ne devrait pas être le seul facteur pour déterminer le besoin de soins ou le niveau de soins fournis pour maintenir un poids corporel sain.

Poids normal : Les valeurs de tour de taille pour les hommes et les femmes de poids normal sont inférieures à 102 cm et < 88 cm, respectivement, et les valeurs de l'IMC pour les adultes de poids normal sont de 18,5 à 24,9 kg/m²⁷⁰.

Stratégies de gestion du poids : Les stratégies visant à aider les personnes présentant de l'arthrose devraient, notamment, être axées sur les interventions sur le mode de vie et le changement de comportement afin d'encourager une alimentation saine et une activité physique accrue. L'ampleur du soutien doit être déterminée par les besoins de la personne et être adaptée au fil du temps. Les programmes de gestion du poids devraient être offerts par des professionnels formés (p. ex., diététistes) et, idéalement, utiliser une démarche multidisciplinaire. Des stratégies de gestion du poids pratiques axées sur les patients peuvent comprendre les éléments suivants⁶² :

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

Justification

Être en surpoids ou obèse est un facteur de risque connu pour le développement et la progression de l'arthrose et une expérience de douleur plus élevée. Les contraintes contributives sur le corps sont complexes et comprennent à la fois des facteurs biomécaniques (par exemple, une charge articulaire accrue ou anormale dans les membres inférieurs, une perte de masse musculaire et de force au fil du temps, une contrainte mécanique entraînant la libération de médiateurs inflammatoires des tissus articulaires) et des facteurs non mécaniques (par exemple, des médiateurs inflammatoires produits dans les tissus adipeux)⁷².

Une combinaison de perte de poids et d'exercice est l'approche la plus avantageuse pour gérer l'arthrose et peut aider à réduire la charge cumulative aux articulations des extrémités inférieures^{30,72,73}. On devrait offrir des stratégies de gestion du poids ou des programmes communautaires pour les aider à perdre au moins 5 % du poids corporel pour soulager certains symptômes^{30,41} et idéalement 10 % ou plus pour améliorer sensiblement les symptômes, la fonction physique, la mobilité et la qualité de vie liée à la santé^{30,72}. Les médicaments et la chirurgie peuvent également être des options pour les personnes souffrant d'obésité grave³¹.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes présentant d'arthrose

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

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

Pour les cliniciens

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

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes atteintes d'arthrose dont la circonférence de la taille ou l'indice de masse corporelle est consigné dans leur dossier médical.
- Pourcentage de personnes atteintes d'arthrose qui sont en surpoids ou obèses et qui reçoivent une stratégie de gestion du poids documentée.
- Disponibilité locale des ressources communautaires (p. ex., aiguillage avec un diététiste ou du programme de gestion du poids offert par un clinicien formé)

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 8 : Gestion pharmacologique des symptômes

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

Sources : American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2020⁴⁵ | American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2021³⁹ | American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2023⁴⁶ | American College of Rheumatology, 2019³⁴ | Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2020³⁰ | European League Against Rheumatism, 2018³⁶ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022²³ | Osteoarthritis Research Society International, 2019⁴¹

Définitions

Arthrose symptomatique : Les symptômes varient selon le stade de l'arthrose (précoce, modéré et avancé) et comprennent³³ la douleur, l'enflure enflée, la raideur, les limites fonctionnelles, l'anxiété et les troubles de l'humeur, la fatigue et (ou) le sommeil perturbé^{74,14,75}. Ces symptômes sont tous interreliés, et la douleur en est la source.

Traitements non pharmacologiques : Les traitements non pharmacologiques comprennent²³:

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

Médicaments pour réduire la douleur : Les options de médicaments analgésiques comprennent :

- Approche graduelle :
 - 1) Thérapie topique pour le genou, la main ou l'épaule; *et/ou* analgésiques à faible dose *et/ou* anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour la hanche, le genou, la main ou l'épaule, utilisés au besoin pour soulager les symptômes.

- 2) Thérapie systémique en tant que traitement régulier, avec des analgésiques *et/ou* des AINS pour la régulation des symptômes de la hanche, du genou, de la main ou de l'épaule.
- 3) Pour ceux qui ont eu une réponse insuffisante aux étapes 1 et 2, des AINS sélectifs ou à dose plus élevée non sélectifs en combinaison avec un inhibiteur de la pompe à protons *et/ou* un médicament hétérocyclique avec une activité antidépressive (ISRS).
- 4) Les injections intra-articulaires de corticostéroïdes pour la hanche, le genou, la main ou l'épaule peuvent être considérées judicieusement pour contrôler la douleur aiguë et réduire les médiateurs inflammatoires épisodiques lorsque des soins à court terme sont nécessaires pour faciliter un plan de rétablissement complet. Les avantages doivent être évalués par rapport au risque connu de dégénérescence du cartilage associée à l'exposition aux corticostéroïdes⁷⁶.

- Les opioïdes ne devraient pas être utilisés systématiquement pour traiter la douleur de l'arthrose, car les effets néfastes des opioïdes l'emportent souvent sur les avantages. Pour des directives détaillées, consultez la norme de qualité sur la [Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur chronique](#).
- Les effets indésirables potentiels des AINS peuvent également l'emporter sur les bienfaits chez certains patients, en particulier chez les personnes âgées qui utilisent les AINS de façon continue. Les prescripteurs doivent évaluer attentivement les patients avant de recommander des AINS et les surveiller de manière appropriée lorsque les patients présentent des facteurs de risque qui les exposent à un risque plus élevé d'effets secondaires⁷⁷.
- Les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique ne doivent pas être utilisées chez les personnes atteintes d'arthrose symptomatique du genou, de la hanche ou de l'épaule, car elles n'améliorent pas la fonction ni ne réduisent la douleur^{23,30,39,45,46}.
- Les preuves sont insuffisantes quant à l'utilisation de ces médicaments : le plasma riche en plaquettes et la thérapie cellulaire pour la hanche ou le genou, la glucosamine (pour le soulagement des symptômes), les remèdes à base de plantes et les suppléments³³.
- Les produits suivants ne sont pas recommandés : la chondroïtine et la glucosamine (pour la modification de la maladie), en raison de preuves limitées et incertaines^{23,33,34,41}; les cannabinoïdes médicaux pour la douleur, en raison du manque de preuves et des dommages connus^{30,45,78}.

Justification

Dans l'ensemble, le traitement de l'arthrose devrait avoir comme objectif d'améliorer la qualité de vie. Toutes les personnes présentant de l'arthrose nécessitent des traitements non pharmacologiques⁴⁰. Malgré ces traitements, cependant, certaines personnes éprouvent des symptômes importants et persistants qui limitent leurs activités et peuvent devoir utiliser concurremment un médicament contre la douleur. Il est important d'évaluer les symptômes liés à l'arthrose au moyen des mesures valides et fiables³³ afin de comprendre la douleur qu'éprouve un

patient. Les médicaments peuvent cibler différents aspects d'une douleur d'une personne, notamment la douleur causée par l'utilisation de l'articulation. En outre, les problèmes de sommeil et des facteurs psychologiques comme la dépression et de l'anxiété contribuent également au cycle de la douleur¹³, et traiter ces effets découlant de la douleur de l'arthrose avec des médicaments à action centralisée (p. ex., des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine [IRSN]), peut être bénéfique³³.

De nombreux essais cliniques ont conclu que les médicaments (c.-à-d., l'acide hyaluronique, l'acétaminophène, la glucosamine, la chondroïtine) n'ont pas de meilleurs résultats que les placebos (réponse au placebo de 30 % à 40 %). Certains patients ont toutefois eu des effets⁷⁹⁻⁸². Peu d'essais cliniques ont été menés chez les personnes présentant de l'arthrose qui ont également d'autres affections, comme du diabète et une maladie cardiaque, et ce, malgré le fait que la plupart des personnes présentant une arthrose de la hanche, du genou, de la main ou de l'épaule ont au moins une autre affection chronique⁸³. Par conséquent, les comorbidités devraient être prises en compte dans les plans de gestion prescrits.

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

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes présentant d'arthrose

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

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

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

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

Pour les cliniciens

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

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

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose auxquelles sont prescrits des médicaments contre la douleur qui reçoivent également des traitements non pharmacologiques
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose auxquelles sont prescrits des médicaments contre la douleur qui ont une discussion documentée sur les risques et les avantages de leurs médicaments avec leur clinicien de soins primaires

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 9 : Aiguillage vers un clinicien qui a des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose

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

Source : Consensus du comité consultatif

Définitions

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

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

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

- Un diagnostic incertain, une confirmation de diagnostic, des caractéristiques atypiques de l'arthrose ou la considération d'un diagnostic différent (voir Énoncé de qualité 1 : Évaluation clinique à des fins de diagnostic).
- Une évolution imprévue ou inhabituelle de la maladie ou des complications

- Soins chirurgicaux ou complexe gestion du poids (voir Énoncé de qualité 7 : Gestion du poids)
- Personnes présentant de l'arthrose qui envisagent une chirurgie des articulations, dont les symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés par une gestion non pharmacologique et pharmacologique et dont la qualité de vie est amoindrie

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

- Un contrôle sous-optimal des symptômes (y compris l'incapacité d'obtenir le meilleur potentiel, des niveaux de la douleur instables qui nuisent aux activités quotidiennes, au sommeil, et (ou) à la capacité fonctionnelle)
- Les symptômes psychologiques qui affectent la capacité de la personne à participer à l'autogestion de leur l'arthrose
- Des doses élevées ou de plus en plus élevées de médicaments contre la douleur (p. ex., opioïdes) ou incapacité à prendre des analgésiques et anti-inflammatoires traditionnels en raison d'allergies ou d'intolérances
- La gravité ou la complexité de l'affection, des comorbidités multiples (p. ex., des craintes à propos d'utilisation de médicaments, des interactions médicamenteuses et de la sécurité) (voir Énoncé de qualité 2 : Évaluation complète pour renseigner le plan de soins)
- L'arthrose complexe qui nécessite des procédures telles que l'arthrocentèse (aspiration articulaire) ou des injections articulaires difficiles et où des compétences supplémentaires sont nécessaires pour obtenir les meilleurs résultats.

Justification

Les cliniciens de soins primaires ont les compétences nécessaires pour gérer les soins de l'arthrose pour la plupart des personnes. Cependant, certaines personnes atteintes d'arthrose pourraient bénéficier d'une référence à un clinicien possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose pour une évaluation et/ou un traitement approfondis; cette personne peut aider le clinicien de soins primaires à mettre en œuvre les plans de gestion du patient. Avant une telle référence, les cliniciens de soins primaires devraient soutenir les patients avec des interventions non pharmacologiques (voir les énoncés de qualité 3 à 7) et pharmacologiques (voir l'énoncé de qualité 8 : Gestion des symptômes pharmacologiques).

La référence devrait inclure les résultats de l'évaluation clinique (voir énoncé de qualité 1 : Évaluation clinique pour le diagnostic) et l'évaluation globale (voir énoncé de qualité 2 : Évaluation globale pour informer le plan de soins), l'indication clinique pour la référence, et des informations sur le plan de soins de la personne, y compris une copie de son plan d'autogestion écrit (voir énoncé de qualité 4 : Plan d'autogestion du patient). Ces informations aideront à s'assurer que les personnes atteintes

d'arthrose sont vues en fonction de l'urgence de leur référence, ne subissent que les investigations qui n'ont pas déjà été réalisées et se voient offrir des options de traitement complètes fondées sur des preuves.

Le processus de référence devrait impliquer une approche intégrée où il y a collaboration, communication et prise de décision partagée pour promouvoir les soins centrés sur le patient (voir Annexe 3, principes directeurs, soins intégrés). Dans certains cas, une consultation entre les 2 cliniciens peut être nécessaire. Après avoir vu le patient, le clinicien agissant en tant que consultant doit communiquer le plan de traitement recommandé et le suivi (si nécessaire) au clinicien de soins primaires. Le clinicien de soins primaires devrait continuer à gérer les soins de la personne, y compris la coordination des soins avec d'autres cliniciens et l'intégration des plans de traitement provenant de toute référence ultérieure. Une fois que leurs symptômes et leurs capacités fonctionnelles sont stables, le patient n'aura généralement plus besoin de consulter le clinicien possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes présentant d'arthrose

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

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

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

Pour les cliniciens

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

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

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

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes présentant d'arthrose qui sont aiguillées vers un clinicien possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose lorsque cliniquement indiqué
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose dont le clinicien de soins primaires a reçu et leur a partagé un plan de traitement recommandé d'un clinicien possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose après leur consultation
- Temps d'attente médian pour un premier rendez-vous avec un clinicien possédant des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose (c.-à-d. des compétences supplémentaires en rhumatologie, en chirurgie orthopédique, en médecine du sport et de l'exercice ou en gestion de la douleur)
- Disponibilité locale d'aiguillage vers les cliniciens qui ont des compétences supplémentaires en gestion de l'arthrose

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Énoncé de qualité 10 : Aiguillage pour une évaluation de chirurgie des articulations

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

Sources : American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2020⁴⁵ | Department of Veterans Affairs, Department of Defense, 2020³⁰ | European League Against Rheumatism, 2018³⁶ | National Institute for Health and Care Excellence, 2022²³

Définitions

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

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

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

Justification

Les personnes atteintes d'arthrose devraient bénéficier d'un soutien en matière de gestion non chirurgicale avant toute référence pour envisager une chirurgie de remplacement articulaire, une chirurgie de préservation articulaire (comme l'ostéotomie) ou une fusion ou une excision articulaire à la main^{23,30,36}. Un essai adéquat de gestion non chirurgicale avant d'envisager une solution chirurgicale donnera aux personnes atteintes d'arthrose la meilleure chance d'optimiser leur qualité de vie. Les personnes qui subissent une arthroplastie de la hanche ou du genou ont tendance à avoir

une meilleure récupération fonctionnelle après la chirurgie si elles ont une meilleure fonction physique préopératoire⁸⁴.

Les personnes atteintes d'arthrose dont les symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés après une période d'essai adéquate de prise en charge non chirurgicale – et dont la qualité de vie est négativement influencée au point qu'elles ont des difficultés à gérer leur quotidien – devraient être orientées vers une évaluation en vue d'une chirurgie articulaire. La décision de référer devrait être basée sur les besoins et l'aptitude de la personne à subir une intervention chirurgicale, les avantages potentiels l'emportant sur les risques^{23,30,85,86,87}. Les considérations comprennent :

- Gravité de la douleur, limitations fonctionnelles ou autres résultats de l'arthrose rapportés par le patient ayant une incidence négative sur la qualité de vie malgré un essai adéquat de prise en charge non chirurgicale.
- Général santé indiquant qu'ils sont aptes à subir une intervention chirurgicale.
- Indication de disponibilité et de volonté de subir une intervention chirurgicale si elle est proposée.
- Les attentes du patient quant au résultat de la chirurgie sont réalistes et réalisables.

Des facteurs propres au patient tels que l'âge, le sexe, le tabagisme, l'obésité et les comorbidités ne devraient pas constituer des obstacles à la recommandation d'une chirurgie articulaire. Lorsque le clinicien référent discute des critères appropriés avec le patient avant de faire une référence, le processus de prise de décision chirurgien-patient peut être mieux informé, ce qui augmente la probabilité de bons résultats chirurgicaux (par exemple, une amélioration significative des symptômes liés à l'arthrose ou au processus chirurgical et une satisfaction rapportée par le patient)⁸⁶⁻⁸⁸.

Il n'y a aucun rôle pour la chirurgie arthroscopique dans la prise en charge de l'arthrose du genou⁸⁹ ou pour l'ostéotomie dans la prise en charge de l'arthrose de la main³⁶.

Lors de la prise en compte d'une consultation chirurgicale pour les personnes atteintes d'arthrose de la hanche, du genou ou de l'épaule, le clinicien référent doit obtenir des radiographies simples (c'est-à-dire en charge pour le genou, hors charge pour la hanche et de face à postérieur [vue de Grashey] pour l'épaule) dans les 6 mois précédant le premier rendez-vous du patient avec un chirurgien^{30,45}. Une imagerie avancée, telle qu'une imagerie par résonance magnétique ou une tomodensitométrie, n'est pas nécessaire. Les personnes envisagées pour une chirurgie de remplacement articulaire ne devraient pas recevoir d'injections articulaires dans l'articulation concernée si une chirurgie est prévue dans les 3 à 6 prochains mois³⁰.

La signification de cet énoncé de qualité

Pour les personnes présentant d'arthrose

Si vous avez essayé de gérer vos symptômes avec les traitements décrits dans ce guide et que vos symptômes ne vous permettent pas d'accomplir vos activités de tous les jours, vos cliniciens pourraient vous orienter vers une évaluation pour voir si vous pourriez bénéficier d'une intervention chirurgicale pour réaligner ou replacer l'articulation douloureuse. Le remplacement articulaire peut

grandement réduire la douleur et améliorer la fonction chez les personnes gravement atteintes d'arthrose.

Si vous souffrez d'arthrose du genou, votre chirurgien ne devrait pas vous proposer un traitement appelé arthroscopie. (Dans cette procédure, un dispositif en forme de tube est inséré dans une articulation pour l'examiner et la traiter.) L'arthroscopie ne réduit pas la douleur ni n'améliore la fonction chez les personnes atteintes d'arthrose du genou, elle ne devrait donc pas être utilisée. Les avantages ne l'emportent pas sur les risques.

Pour les cliniciens

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

Pour les personnes présentant une arthrose du genou, il ne faut pas les aiguiller à une consultation en vue d'une intervention arthroscopique⁸⁹.

Si vous commandez une radiographie pour l'arthrose du genou, veuillez préciser des images en charge.

Pour les organisations et les planificateurs des services de santé

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

Indicateurs de qualité : Manière de mesurer l'amélioration par rapport à cet énoncé

- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui ont signalé que leurs symptômes ne sont pas suffisamment contrôlés et amoindrissent leur qualité de vie et qui sont aiguillées vers un chirurgien orthopédique pour une évaluation de chirurgie des articulations
- Pourcentage de personnes présentant de l'arthrose qui sont aiguillées à une évaluation pour une chirurgie des articulations qui ont une documentation démontrant que leur affection a fait l'objet d'une gestion non chirurgicale avant leur aiguillage

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

Les détails de mesure de ces indicateurs, ainsi que des indicateurs généraux, qui permettent de mesurer l'amélioration par rapport aux objectifs de l'ensemble de la norme de qualité, sont disponibles dans les [spécifications techniques](#).

Appendice 1 : À propos de cette norme de qualité

Comment utiliser cette norme de qualité

Les normes de qualité informent les patients, les cliniciens et les organismes sur ce à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les problèmes de santé ou les processus jugés prioritaires pour l'amélioration de la qualité en Ontario. Elles sont fondées sur les meilleures données probantes.

Vous trouverez ci-dessous des conseils sur la façon d'utiliser les normes de qualité et les ressources qui y sont associées.

Pour les personnes présentant d'arthrose

Cette norme de qualité consiste en des énoncés de qualité. Ces derniers décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les ostеоarthritides.

Dans chaque énoncé de qualité, nous avons inclus de l'information sur ce que ces énoncés signifient pour vous, en tant que patient.

De plus, vous voudrez peut-être télécharger le [guide du patient](#) sur l'arthrose pour vous aider, vous et votre famille, à avoir des conversations éclairées avec vos cliniciens. À l'intérieur, vous y trouverez des informations et des questions que vous voudrez peut-être poser lorsque vous travaillerez ensemble à la préparation du plan de vos soins.

Pour les cliniciens et les organismes

Ces énoncés de qualité à l'intérieur de cette norme de qualité décrivent à quoi ressemblent des soins de grande qualité pour les personnes présentant d'arthrose. Ils sont fondés sur les meilleures données probantes et conçus pour vous aider à savoir quoi faire pour réduire les écarts et les variations dans les soins.

De nombreux cliniciens et organismes offrent déjà des soins de grande qualité fondés sur des données probantes. Cependant, certains éléments de vos soins peuvent être améliorés. Cette norme de qualité peut servir de ressource pour vous aider à prioriser et à mesurer les efforts d'amélioration.

Des outils et des ressources pour vous soutenir dans vos efforts d'amélioration de la qualité accompagnent chaque norme de qualité. Ces ressources comprennent des indicateurs et leur définitions, disponibles dans les spécifications techniques. La mesure est la clé de l'amélioration de la qualité. La collecte et l'utilisation de données lors de la mise en œuvre d'une norme de qualité peuvent vous aider à évaluer la qualité des soins que vous dispensez et à cerner les lacunes dans les soins et les domaines à améliorer.

Il existe également un certain nombre de ressources en ligne pour vous aider, notamment :

- Notre [guide du patient](#) sur l'arthrose, que vous pouvez partager avec les patients et les familles pour les aider à avoir des conversations avec vous et leurs autres cliniciens. Veuillez mettre à la disposition des gens le guide du patient où vous prodiguez les soins;
- Nos [ressources de mesure](#), y compris les spécifications techniques des indicateurs de cette norme de qualité, le jeu de diapositives « cas d'amélioration » pour vous aider à expliquer pourquoi cette norme a été créée et les données qui la sous-tendent, et notre guide de mesure contenant des renseignements supplémentaires pour soutenir le processus de collecte et de mesure des données;
- Notre [sommaire](#), qui résume la norme de qualité et comprend des liens vers des ressources et des outils utiles;
- Notre [Guide de démarrage](#), qui comprend des liens vers des modèles et des outils pour vous aider à mettre en pratique les normes de qualité. Ce guide vous montre comment planifier, mettre en œuvre et soutenir les changements dans votre pratique;
- [Quorum](#), qui est une communauté en ligne vouée à l'amélioration de la qualité des soins en Ontario. C'est un endroit où les cliniciens peuvent échanger de l'information et se soutenir mutuellement. Le site comprend des outils et des ressources pour vous aider à mettre en œuvre les énoncés de qualité dans chaque norme.

Comment le système de santé peut appuyer la mise en œuvre

Pendant que vous travaillez à la mise en œuvre de cette norme de qualité, il peut y avoir des moments où vous trouvez difficile de fournir les soins décrits en raison d'obstacles ou de lacunes au niveau du système. Ces difficultés ont été cernées et documentées dans le cadre de l'élaboration de la norme de qualité, qui comprenait une vaste consultation auprès de cliniciens et de conseillers chevronnés et un examen minutieux des données probantes disponibles et des programmes existants. Bon nombre des leviers du changement du système relèvent de Santé Ontario, et c'est pourquoi nous continuerons de travailler pour éliminer ces obstacles afin d'appuyer la mise en œuvre de normes de qualité. Nous mobiliserons et soutiendrons également d'autres partenaires provinciaux, y compris le ministère de la Santé ou d'autres ministères concernés, dans le cadre d'initiatives stratégiques visant à combler les lacunes au niveau du système.

Entre-temps, il y a de nombreuses mesures que vous pouvez prendre de votre propre chef. Prenez connaissance de la norme et agissez là où vous le pouvez.

Appendice 2 : Glossaire

Terme	Définition
Adultes	Personnes de 18 ans et plus.
Clinicien de soins primaires	Un médecin de famille (aussi appelé un médecin de soins primaires) ou un infirmier praticien.
Cliniciens	Les professionnels réglementés qui prodiguent des soins à des patients ou à des clients. Par exemple, le personnel infirmier, les infirmiers praticiens, les ergothérapeutes, les pharmaciens, les médecins, les physiothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux, les diététistes professionnels et les orthophonistes.
Équipe de soins	Les cliniciens ainsi que les personnes occupant des métiers non réglementés, comme le personnel administratif, les préposés au soutien comportemental, le personnel chargé du transport des patients, les préposés aux services de soutien à la personne, le personnel chargé des loisirs et le personnel chargé des soins spirituels, et les bénévoles.
Famille	Les personnes les plus proches d'une personne en matière de connaissance, de soins et d'affection. Cela peut comprendre la famille biologique ou d'origine, la famille par alliance ou la famille de choix et les amis. La personne définit les membres de sa famille et les personnes qui participeront à ses soins.
Partenaire de soins	Une personne non rémunérée qui offre des soins et un soutien à titre non professionnel, comme un parent, un autre membre de la famille, un ami ou toute autre personne désignée par la personne atteinte d'hypertension. Les autres termes couramment utilisés pour décrire ce rôle sont notamment « aidant », « aidant naturel », « aidant familial », « aidant principal ».
Soins adaptés à la culture	Soins qui intègrent les traditions, les valeurs et les croyances culturelles ou confessionnelles; soins qui sont dispensés dans la langue de préférence de la personne; soins qui adaptent les conseils propres à la culture et qui tiennent compte du désir de la personne de faire participer des membres de sa famille ou de sa collectivité.
Soins primaires	Un milieu où les gens reçoivent des soins de santé généraux (p. ex., dépistage, diagnostic et gestion) d'un clinicien auquel la personne peut accéder directement sans renvoi. Il s'agit habituellement du clinicien de soins primaires, du médecin de famille, de l'infirmière ou infirmier praticien ou d'un autre clinicien qui a la capacité de faire des renvois, de demander des tests de laboratoire et de prescrire des médicaments.

Appendice 3 : Valeurs et principes directeurs

Valeurs à la base de cette norme de qualité

Cette norme de qualité a été créée et devrait être mise en œuvre conformément à la [Déclaration de valeurs des patients, des familles et des personnes soignantes pour l'Ontario](#). Cette déclaration « est une vision qui trace la voie vers un partenariat avec les patients dans l'ensemble du système de soins de santé de l'Ontario. Elle décrit un ensemble de principes fondamentaux considérés du point de vue des patients ontariens; elle sert de document d'orientation pour tous ceux qui ont affaire à notre système de soins de santé. »

Ces valeurs sont :

- Respect et dignité
- Empathie et compassion
- Responsabilité
- Transparence
- Équité et participation

Un système de santé de qualité est un système qui offre un bon accès, une bonne expérience et de bons résultats à toutes les personnes en Ontario, peu importe où elles vivent, ce qu'elles ont ou qui elles sont.

Principes directeurs

Outre les valeurs susmentionnées, cette norme de qualité est guidée par les principes énoncés ci-dessous.

Reconnaître l'impact de la colonisation

Les cliniciens devraient reconnaître les répercussions historiques et actuelles de la colonisation dans le contexte de la vie des peuples autochtones partout au Canada et s'efforcer d'y remédier. Ce travail consiste à être sensible aux impacts des traumatismes intergénérationnels et actuels et aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et sociaux subis par les peuples, les familles et les communautés autochtones, ainsi qu'à reconnaître leur force et leur résilience. Cette norme de qualité s'appuie sur des lignes directrices de pratique clinique existantes qui n'incluent pas nécessairement de soins culturellement pertinents ou qui ne reconnaissent pas les croyances, les pratiques et les modèles de soins traditionnels autochtones.

Services en français

En Ontario, la Loi sur les services en français garantit le droit d'une personne de recevoir des services en français de la part des ministères et organismes du gouvernement de l'Ontario dans [26 régions désignées](#) et dans les bureaux du gouvernement⁹⁰.

Déterminants sociaux de la santé

L'itinérance et la pauvreté sont deux exemples de conditions économiques et sociales qui influencent la santé des personnes, connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. Parmi les autres déterminants sociaux de la santé figurent le statut professionnel et les conditions de travail, la race et l'origine ethnique, la sécurité alimentaire et la nutrition, le sexe, le logement, le statut d'immigré, l'exclusion sociale et le fait de résider dans une zone rurale ou urbaine. Les déterminants sociaux de la santé peuvent avoir de fortes répercussions sur la santé des individus et des populations; ils jouent un rôle important dans la compréhension des causes profondes de la dégradation de la santé. Les personnes atteintes d'un trouble de la santé mentale ou de dépendance vivent souvent dans des conditions sociales et économiques très stressantes qui aggravent leur santé mentale,⁹¹ notamment la stigmatisation sociale, la discrimination et le manque d'accès à l'éducation, à un emploi, aux revenus et à un logement⁹².

Autogestion des maladies chroniques

Les personnes atteintes de schizophrénie et leurs familles, soignants et soutiens personnels devraient également recevoir des services qui respectent leurs droits et leur dignité et qui favorisent la prise de décision partagée et l'autogestion⁹³. De plus, les personnes devraient être habilitées à faire des choix éclairés sur les services qui répondent le mieux à leurs besoins⁹⁴. Les personnes atteintes de schizophrénie devraient s'engager avec leurs cliniciens dans une prise de décision éclairée et partagée concernant leurs options de traitement. Chaque personne est unique et a le droit de définir son propre cheminement vers une santé mentale harmonieuse et le bien-être⁹³.

Réduction des méfaits

La réduction des méfaits est une approche des soins axée sur le changement positif. Les personnes qui consomment de l'alcool devraient se voir proposer des soins pour leur consommation d'alcool sans subir de jugement, de coercition ou de discrimination, et l'arrêt de la consommation d'alcool ne devrait pas être une condition préalable à la prestation de soins. Une approche axée sur la réduction des méfaits soutient la personne là où elle se trouve dans son cheminement en vue de changer sa relation avec l'alcool, reconnaissant que tous les patients ne sont pas disposés ou capables de réduire ou d'arrêter leur consommation d'alcool, même si cela est recommandé par leur professionnel de la santé. Les stratégies de réduction des méfaits comprennent le travail avec la personne pour réduire sa consommation d'alcool (p. ex., la consommation globale ou le nombre de jours de consommation par semaine), éviter de conduire en état d'ébriété et optimiser sa participation à ses soins; offrir des ressources et des soins pour les effets de la consommation d'alcool sur la santé physique et mentale, quelle que soit la capacité ou la volonté de la personne de réduire sa consommation d'alcool; et connecter les patients avec des ressources pour remédier aux inégalités dans les déterminants sociaux de la santé (p. ex., le logement, les services juridiques, les soutiens sociaux, les services d'emploi)⁹⁵.

Rétablissement

Cette norme de qualité s'appuie sur le principe du rétablissement, tel que décrit dans la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Les personnes atteintes d'un trouble anxieux peuvent mener une vie enrichissante. Les personnes atteintes d'un trouble anxieux ont droit à des services fournis dans un environnement qui favorise l'espoir, l'autonomisation, l'autodétermination et l'optimisme, et qui sont ancrés dans les valeurs et les pratiques associées aux soins axés sur le rétablissement. Le concept de rétablissement fait référence à « vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et contributive, même lorsqu'il existe des limitations continues causées par des problèmes et de santé mentale et des maladies »⁹⁴. Comme le décrit la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, « le rétablissement – un processus dans lequel les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et des maladies mentales participent activement à leur propre cheminement vers le bien-être – est possible pour tout le monde. Les parcours de rétablissement s'appuient sur les forces individuelles, familiales, culturelles et communautaires et peuvent être soutenus par de nombreux types de services, de soutien et de traitements »⁹³.

Le mieux-être mental se définit comme un équilibre entre le mental, le physique, le spirituel et l'émotionnel, qui s'enrichit à mesure que les individus ont un but dans leur vie quotidienne, de l'espoir pour leur avenir, un sentiment d'appartenance et un sens à leur vie⁹⁶. Ces éléments du mieux-être mental sont soutenus par des facteurs tels que la culture, la langue, les Aînés, les familles et la création. Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations propose une approche qui « respecte, valorise et utilise les connaissances, les approches, les langues et les modes de connaissance culturels des Premières Nations »⁹⁶.

Soins axés sur les forces

Une pratique axée sur les forces implique activement la personne et le clinicien qui l'aide à travailler ensemble pour atteindre les résultats escomptés d'une manière qui s'appuie sur les forces de la personne^{97,98}. La personne est reconnue comme l'expert de sa propre expérience vécue et le clinicien est reconnu comme un expert dans sa discipline et pour faciliter une conversation qui renforce ses forces et ses ressources.

Soins tenant compte des traumatismes

Les soins tenant compte des traumatismes sont des soins de santé qui reflètent une compréhension des traumatismes et des répercussions d'expériences traumatiques sur les gens, et le risque de traumatiser ou de retraumatiser les patients lorsqu'ils reçoivent des soins^{99,100}. Cette approche ne traite pas nécessairement le traumatisme directement. Elle reconnaît plutôt qu'une personne peut avoir vécu un événement traumatique qui pourrait contribuer à ses problèmes de santé actuels, et prend des mesures pour réduire les possibilités de traumatismes (par exemple, en utilisant des stratégies actives concernant le consentement, en répondant aux besoins individuels des patients, en reconnaissant le déséquilibre de pouvoir inhérent aux relations entre le clinicien et le patient, et en facilitant l'action et le choix du patient dans toutes les interactions)^{101,102,J,K}. Cette approche insiste sur la création d'un environnement dans lequel la personne se sentira à l'aise de parler de son traumatisme, et sur le fait de comprendre, de respecter et de prendre en compte les effets du traumatisme¹⁰⁰⁻¹⁰².

Remerciements

Comité consultatif

Santé Ontario remercie les personnes suivantes pour leurs généreuses contributions volontaires en temps et en expertise afin d'aider à créer cette norme de qualité (lieu de travail lors de l'élaboration de la norme initiale en 2018) :

Julia Alleyne (coprésidente)

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

Rhona McGlasson (coprésidente)

Physiothérapeute, directrice générale, Bone and Joint Canada

Vandan Ahluwalia

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

Lorna Bain

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

Zahra Bardai

Médecin de famille

Joan Conrad

Consultante en situation de vécu

Aileen M. Davis

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

Suzanne Denis

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

Chandra Farrer

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

Jennifer Harris

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

Gillian A. Hawker

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

Tatiana Jevremovic

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

Peter Juni

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

Anna Larson

Consultante en situation de vécu

Jocelyne Murdoch

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

Jennifer Nash

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

Shirlee Anne O'Connor

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

Ken Sabourin

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

Tiziana Silveri

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

Edward Moore Vasarhelyi

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

Janet Wells

Consultante en situation de vécu

Renée-Ann Wilson

Physiothérapeute en pratique avancée, orthopédie, musculosquelettique, arthrose

Références

- (1) Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2013;39(1):1-19.
- (2) Allen KD, Thoma LM, Golightly YM. Epidemiology of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2022;30(2):184-95.
- (3) Osteoarthritis Research Society International. What is osteoarthritis? [Internet]. Mount Laurel (NJ): The Society; 2013 [cited 2016 Dec 28]. Available from: <https://www.oarsi.org/what-osteoarthritis>
- (4) Arthritis Community Research and Evaluation Unit (ACREU). Special report: the burden of Osteoarthritis in Canada [Internet]. Toronto, ON: Arthritis Society; 2021.
- (5) Hawker GA, King LK. The burden of osteoarthritis in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2022;38(2):181-92.
- (6) Swain S, Sarmanova A, Coupland C, Doherty M, Zhang W. Comorbidities in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(7):991-1000.
- (7) GBD 2021 Osteoarthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990-2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(9):e508-e22.
- (8) Arthritis Alliance of Canada. The impact of arthritis in Canada: today and over the next 30 years [Internet]. Toronto: The Alliance; 2011 [cited 2016 Dec 29]. Available from: http://www.arthritisalliance.ca/images/PDF/eng/Initiatives/20111022_2200_impact_of_arthritis.pdf
- (9) Public Health Agency of Canada, Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Chronic Disease Surveillance Division resource team. Life with arthritis in Canada: a personal and public health challenge [Internet]. Ottawa: The Agency; 2010 [cited 2016 Dec 28]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthritis-arthritis/lwaic-vaaac-10/pdf/arthritis-2010-eng.pdf>
- (10) Ganz DA, Chang JT, Roth CP, Guan M, Kamberg CJ, Niu F, et al. Quality of osteoarthritis care for community-dwelling older adults. *Arthritis Rheum*. 2006;55(2):241-7.
- (11) Grindrod KA, Marra CA, Colley L, Cibere J, Tsuyuki RT, Esdaile JM, et al. After patients are diagnosed with knee osteoarthritis, what do they do? *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(4):510-5.
- (12) Li LC, Sayre EC, Kopec JA, Esdaile JM, Bar S, Cibere J. Quality of nonpharmacological care in the community for people with knee and hip osteoarthritis. *J Rheumatol*. 2011;38(10):2230-7.
- (13) Allen KD, Choong PF, Davis AM, Dowsey MM, Dziedzic KS, Emery C, et al. Osteoarthritis: Models for appropriate care across the disease continuum. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016;30(3):503-35.
- (14) Hawker GA, Gignac MA, Badley E, Davis AM, French MR, Li Y, et al. A longitudinal study to explain the pain-depression link in older adults with osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(10):1382-90.
- (15) Fairley JL, Seneviwickrama M, Yeh S, Anthony S, Chou L, Cicuttini FM, et al. Person-centred care in osteoarthritis and inflammatory arthritis: a scoping review of people's needs outside of healthcare. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22(1):341.

- (16) Jackson J, Iyer R, Mellor J, Wei W. The burden of pain associated with osteoarthritis in the hip or knee from the patient's perspective: a multinational cross-sectional study. *Adv Ther.* 2020;37(9):3985-99.
- (17) Marshall DA, Liu X, Barnabe C, Yee K, Faris PD, Barber C, et al. Existing comorbidities in people with osteoarthritis: a retrospective analysis of a population-based cohort in Alberta, Canada. *BMJ open.* 2019;9(11):e033334.
- (18) Whittington C, Campos G, Mundi R, Sheehan B, Toutounji MJ, Xu Y, et al. Osteoarthritis, mobility-related comorbidities and mortality: an overview of systematic reviews. *Osteoarthritis Cartilage.* 2019;27:S269.
- (19) Alhassan E, Siaton BC, Hochberg MC. Did COVID-19 impact osteoarthritis - clinical perspective? *Curr Opin Rheumatol.* 2022;34(1):68-72.
- (20) Shan HD, Gelfand BW, Kalam KA, Mitchell SR, Benedict CD, Kessler MW. Impacts of COVID-19 health outcomes on patients with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: a population-based study. *Osteoarthritis Cartilage.* 2023;31:S213.
- (21) MacDonald KV, Sanmartin C, Langlois K, Marshall DA. Symptom onset, diagnosis and management of osteoarthritis. *Health Rep.* 2014;25(9):10-7.
- (22) Briggs AM, Houlding E, Hinman RS, Desmond LA, Bennell KL, Darlow B, et al. Health professionals and students encounter multi-level barriers to implementing high-value osteoarthritis care: a multi-national study. *Osteoarthritis Cartilage.* 2019;27(5):788-804.
- (23) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management [Internet]2022 [cited 2024 28 May]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng226>
- (24) King LK, Marshall DA, Faris P, Woodhouse LJ, Jones CA, Noseworthy T, et al. Use of recommended non-surgical knee osteoarthritis management in patients prior to total knee arthroplasty: a cross-sectional study. *J Rheumatol.* 2020;47(8):1253-60.
- (25) Cott CA, Davis AM, Badley EM, Wong R, Canizares M, Li LC, et al. Commonalities and differences in the implementation of models of care for arthritis: key informant interviews from Canada. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):415.
- (26) Davis AM, Palaganas M, Li LC. Public opinion on community-based education and exercise programs for managing hip and knee osteoarthritis-like symptoms: results of a survey. *Patient preference and adherence.* 2016;10:283-90.
- (27) Birtwhistle R, Morkem R, Peat G, Williamson T, Green ME, Khan S, et al. Prevalence and management of osteoarthritis in primary care: an epidemiologic cohort study from the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network. *CMAJ Open.* 2015;3(3):E270-5.
- (28) Canadian Institute for Health Information. Your health system: joint replacement wait times [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 08]. Available from: [https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief#!/indicators/004/joint-replacement-wait-times;/mapC1;mapLevel2;trend\(C1,C5001\);/](https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief#!/indicators/004/joint-replacement-wait-times;/mapC1;mapLevel2;trend(C1,C5001);/)
- (29) Sakellariou G, Conaghan PG, Zhang W, Bijlsma JW, Boyesen P, D'Agostino MA, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of peripheral joint osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017.
- (30) Department of Veterans Affairs & Department of Defense (VA/DoD). VA/DoD clinical practice guideline for the non-surgical management of hip & knee osteoarthritis [Internet]2020 [cited 2024 28 May]. Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/OA/VADoDOACPG.pdf>

- (31) National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis: quality standard [Internet]. London, UK: The Institute; 2022 [cited 2024 Jul 16]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs87>
- (32) Badley EM, Wilfong JM, Chan CH, Canizares M, Perruccio AV. I don't know what type of arthritis I have: a population-based comparison of people with arthritis who knew their specific type and those who didn't. PLoS One. 2022;17(6):e0270029.
- (33) Arthritis Alliance of Canada, Centre for Effective Practice, College of Family Physicians of Canada. Osteoarthritis tool [Internet]. Toronto: The Alliance; 2017 [cited 2017 Jul 6]. Available from: <http://arthritisalliance.ca/en/osteoarthritis-toolbox>
- (34) Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. Arthritis Care Res (Hoboken). 2020;72(2):149-62.
- (35) Moseng T, Vliet Vlieland TPM, Battista S, Beckwée D, Boyadzhieva V, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis: 2023 update. Ann Rheum Dis. 2024;83(6):730.
- (36) Kloppenburg M, Kroon FPB, Blanco FJ, Doherty M, Dziedzic KS, Greibrokk E, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2019;78(1):16.
- (37) World Health Organization. International classification of functioning, disability and health [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 25]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- (38) Arthritis Community Research & Evaluation Unit. Arthritis in Ontario. Toronto: The Arthritis Society; 2013.
- (39) Brophy RH, Fillingham YA. AAOS clinical practice guideline summary: management of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty), third ed. J Am Acad Orthop Surg. 2022;30(9):e721-e9.
- (40) National Institute for Health Care Excellence. Osteoarthritis: care and management [Internet]. London, UK: The Institute; 2014 [cited 2016 Dec 28]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg177/resources/osteoarthritis-care-and-management-35109757272517>
- (41) Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2019;27(11):1578-89.
- (42) Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. Arthritis Rheum. 1993;36(4):439-46.
- (43) Lorig K, Lubeck D, Kraines RG, Seleznick M, Holman HR. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. Arthritis Rheum. 1985;28(6):680-5.
- (44) Health Council of Canada. Self-management support for Canadians with chronic health conditions: a focus for primary health care [Internet]. Toronto: The Council; 2012 [cited 2016 Dec 28]. Available from: http://www.selfmanagementbc.ca/uploads/HCC_SelfManagementReport_FA.pdf
- (45) American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Management of Glenohumeral Joint Osteoarthritis [Internet]2020. Available from: <https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/glenohumeral/GJO-CPG.pdf>

- (46) American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Management of osteoarthritis of the hip evidence-based clinical practice guideline [Internet]2023. Available from: <https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/osteoarthritis-of-the-hip/oah-cpg.pdf>
- (47) Health Quality Ontario. Structured education and neuromuscular exercise program for hip and/or knee osteoarthritis: a health technology assessment. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2018;18(8):1-110.
- (48) Brosseau L, Thevenot O, MacKiddie O, Taki J, Wells GA, Guitard P, et al. The Ottawa Panel guidelines on programmes involving therapeutic exercise for the management of hand osteoarthritis. *Clin Rehabil.* 2018;32(11):1449-71.
- (49) Ageberg E, Link A, Roos EM. Feasibility of neuromuscular training in patients with severe hip or knee OA: the individualized goal-based NEMEX-TJR training program. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2010;11:126.
- (50) Roos EM, Arden NK. Strategies for the prevention of knee osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2016;12(2):92-101.
- (51) Emery CA, Roy TO, Whittaker JL, Nettel-Aguirre A, van Mechelen W. Neuromuscular training injury prevention strategies in youth sport: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2015;49(13):865-70.
- (52) Lauersen JB, Bertelsen DM, Andersen LB. The effectiveness of exercise interventions to prevent sports injuries: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Sports Med.* 2014;48(11):871-7.
- (53) Plowman SA, Smith DL. Exercise physiology for health, fitness, and performance. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- (54) Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985;100(2):126-31.
- (55) Bennell KL, Hunt MA, Wrigley TV, Lim BW, Hinman RS. Role of muscle in the genesis and management of knee osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2008;34(3):731-54.
- (56) Fitzgerald GK, Piva SR, Irrgang JJ. Reports of joint instability in knee osteoarthritis: its prevalence and relationship to physical function. *Arthritis Rheum.* 2004;51(6):941-6.
- (57) Shih M, Hootman JM, Kruger J, Helmick CG. Physical activity in men and women with arthritis, National Health Interview Survey, 2002. *Am J Prev Med.* 2006;30(5):385-93.
- (58) Fontaine KR, Heo M, Bathon J. Are US adults with arthritis meeting public health recommendations for physical activity? *Arthritis Rheum.* 2004;50(2):624-8.
- (59) McArdle WD, Katch FI, Katch VL. Exercise physiology: nutrition energy and and human performance. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2014.
- (60) World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health [Internet]. Geneva: The Organization; 2017 [cited 2017 Jul 6]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>
- (61) World Health Organization. Physical activity fact sheet [Internet]. Geneva: The Organization; 2018 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
- (62) Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(7):1125-35.

- (63) McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014;22(3):363-88.
- (64) Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*. 2012;2(2):1143-211.
- (65) Pinto D, Song J, Lee J, Chang RW, Semanik PA, Ehrlich-Jones LS, et al. The association between sedentary time and quality of life from the Osteoarthritis Initiative: who might benefit most from treatment? *Arch Phys Med Rehabil*. 2017.
- (66) White D. Protective effects of replacing sedentary time with light and moderate to vigorous physical activity on functional limitation in knee OA [abstract]. *Arthritis Rheumatol* [Internet]. 2016; 68 (Suppl 10). Available from: <http://acrabstracts.org/abstract/protective-effects-of-replacing-sedentary-time-with-light-and-moderate-to-vigorous-physical-activity-on-functional-limitation-in-knee-oa/>
- (67) Canadian Society for Exercise Physiology. Canadian physical activity guidelines for older adults 65 years and older [Internet]. Ottawa: The Society; 2011 [cited 2017 Jan 6]. Available from: http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_older-adults_en.pdf
- (68) Canadian Society for Exercise Physiology. Canadian physical activity guidelines for adults 18 to 64 years [Internet]. Ottawa: The Society; 2011 [cited 2017 Jan 6]. Available from: http://www.csep.ca/CMFiles/Guidelines/CSEP_PAGuidelines_adults_en.pdf
- (69) Dunlop DD, Song J, Lee J, Gilbert AL, Semanik PA, Ehrlich-Jones L, et al. Physical activity minimum threshold predicting improved function in adults with lower-extremity symptoms. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;69(4):475-83.
- (70) Health Canada. Canadian guidelines for body weight classification in adults [Internet]. Ottawa: Health Canada; 2003 [cited 2017 Mar 15]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/healthy-weights/canadian-guidelines-body-weight-classification-adults/quick-reference-tool-professionals.html>
- (71) Gill SV, Hicks GE, Zhang Y, Niu J, Apovian CM, White DK. The association of waist circumference with walking difficulty among adults with or at risk of knee osteoarthritis: the Osteoarthritis Initiative. *Osteoarthritis Cartilage*. 2017;25(1):60-6.
- (72) Bliddal H, Leeds AR, Christensen R. Osteoarthritis, obesity and weight loss: evidence, hypotheses and horizons - a scoping review. *Obes Rev*. 2014;15(7):578-86.
- (73) Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Dubouloz CJ, Casimiro L, et al. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for the management of osteoarthritis in adults who are obese or overweight. *Phys Ther*. 2011;91(6):843-61.
- (74) Hawker GA. The challenge of pain for patients with OA. *HSS J*. 2012;8(1):42-4.
- (75) Sadosky AB, Bushmakin AG, Cappelleri JC, Lionberger DR. Relationship between patient-reported disease severity in osteoarthritis and self-reported pain, function and work productivity. *Arthritis Res Ther*. 2010;12(4):R162.
- (76) Stone S, Malanga GA, Capella T. Corticosteroids: review of the history, the effectiveness, and adverse effects in the treatment of joint pain. *Pain Physician*. 2021;24(S1):S233-s46.
- (77) American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):616-31.
- (78) Allan GM, Ramji J, Perry D, Ton J, Beahm NP, Crisp N, et al. Simplified guideline for prescribing medical cannabinoids in primary care. *Can Fam Physician*. 2018;64(2):111-20.

- (79) Zhang W, Robertson J, Jones AC, Dieppe PA, Doherty M. The placebo effect and its determinants in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis*. 2008;67(12):1716-23.
- (80) da Costa BR, Reichenbach S, Keller N, Nartey L, Wandel S, Juni P, et al. Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain in knee and hip osteoarthritis: a network meta-analysis. *Lancet*. 2017;390(10090):e21-e33.
- (81) Wandel S, Juni P, Tendal B, Nuesch E, Villiger PM, Welton NJ, et al. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. *BMJ*. 2010;341:c4675.
- (82) Rutjes AW, Juni P, da Costa BR, Trelle S, Nuesch E, Reichenbach S. Viscosupplementation for osteoarthritis of the knee: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2012;157(3):180-91.
- (83) Centers for Medicare and Medicaid Services. Chronic conditions among Medicare beneficiaries chartbook 2012 edition. Baltimore (MD): U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
- (84) Kennedy DM, Hanna SE, Stratford PW, Wessel J, Gollish JD. Preoperative function and gender predict pattern of functional recovery after hip and knee arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2006;21(4):559-66.
- (85) Hawker G, Bohm ER, Conner-Spady B, De Coster C, Dunbar M, Hennigar A, et al. Perspectives of Canadian stakeholders on criteria for appropriateness for total joint arthroplasty in patients with hip and knee osteoarthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2015;67(7):1806-15.
- (86) Hawker GA, Conner-Spady BL, Bohm E, Dunbar MJ, Jones CA, Ravi B, et al. Relationship between patient-reported readiness for total knee arthroplasty and likelihood of a good outcome at one-year follow-up. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022;74(8):1374-83.
- (87) Hawker GA, Bohm E, Dunbar MJ, Faris P, Jones CA, Noseworthy T, et al. Patient appropriateness for total knee arthroplasty and predicted probability of a good outcome. *RMD Open*. 2023;9(2).
- (88) Hawker GA. The crux of the issue: assessment of patient appropriateness for joint replacement requires a conversation with the patient. *Osteoarthritis Cartilage*. 2023;31(7):841-3.
- (89) Siemieniuk RAC, Harris IA, Agoritsas T, Poolman RW, Brignardello-Petersen R, Van de Velde S, et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: a clinical practice guideline. *BMJ*. 2017;357:j1982.
- (90) Ministry of Health. French language health services: the French Language Services Act, 1986 (FLSA) [Internet]. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2021 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/flhs/flsa.aspx>
- (91) Keleher H, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. Report for the Department of Human Services and VicHealth, Melbourne [Internet]. Melbourne (Australia): State of Victoria, Department of Human Services; 2006 [cited 2017 Dec]. Available from: <https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7BC4796515-E014-4FA0-92F6-853FC06382F7%7D>.
- (92) Health Quality Ontario. Taking stock: a report on the quality of mental health and addictions services in Ontario. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 2024 Oct 29]. Available from: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-en.pdf>.

- (93) Mental Health Commission of Canada. Recovery [Internet]. Ottawa (ON): The Commission; 2017 [updated 2017; cited 2024 Oct 29]. Available from: <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/focus-areas/recovery>.
- (94) Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary (AB): The Commission; 2012.
- (95) British Columbia Centre on Substance Use. Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder [Internet]. Victoria (BC): BC Ministry of Health; 2020 [cited 2024 Oct 29]. Available from: <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2020/03/AUDGuideline.pdf>.
- (96) Health Canada. First Nations mental wellness continuum framework: summary report [Internet]. Ottawa (ON): Queen's Printer for Ontario; 2015 [cited 20XX Mon XX]. Available from: https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2015/01/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Summary-EN03_low.pdf.
- (97) National Institute for Health and Care Excellence. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services [Internet]. London (UK): The Institute; 2016 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
- (98) Social Care Institute for Excellence. Strengths-based approaches: Care Act guidance on strengths-based approaches [Internet]. Egham (UK): The Institute; 2015 [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://www.scie.org.uk/strengths-based-approaches/guidance>
- (99) Kuehn BM. Trauma-informed care may ease patient fear, clinician burnout. JAMA. 2020;323(7):595-7.
- (100) Ravi A, Little V. Providing trauma-informed care. Am Fam Physician. 2017;95(10):655-7.
- (101) Dowdell EB, Speck PM. Trauma-informed care in nursing practice. Am J Nurs. 2022;122(4):30-8.
- (102) Fleishman J, Kamsky H, Sundborg S. Trauma-informed nursing practice. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2019;24(2).

À propos de nous

Nous sommes un organisme créé par le gouvernement de l'Ontario dans le but d'interconnecter, de coordonner et de moderniser le système de soins de santé de la province. Avec des partenaires, des fournisseurs et des patients, nous œuvrons à rendre le système de santé plus efficace afin que tous les Ontariens aient la possibilité d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Équité, inclusion, diversité et antiracisme

Santé Ontario s'engage à promouvoir l'équité, l'inclusion et la diversité et à lutter contre le racisme au sein du système de santé. Pour ce faire, Santé Ontario a élaboré un [Cadre d'équité, d'inclusion, de diversité et d'antiracisme](#), lequel s'appuie sur les engagements et les relations déjà prévus par la loi et reconnaît la nécessité d'une approche intersectionnelle.

Le cadre de Santé Ontario définit l'équité comme suit : « Contrairement à la notion d'égalité, l'équité n'est pas une question traitant la similitude de traitement. En fait, elle porte plutôt sur l'équité et la justice dans le processus et dans les résultats. Des résultats équitables exigent souvent un traitement différencié et une redistribution des ressources pour que tous les individus et toutes les collectivités soient sur un pied d'égalité. Il faut, pour ce faire, reconnaître et éliminer les obstacles à la prospérité de tous dans notre société. »

Pour plus d'informations sur Santé Ontario, visitez OntarioHealth.ca/fr.

Besoins de renseignements supplémentaires

Visiter hgontario.ca ou communiquer avec nous à l'adresse QualityStandards@OntarioHealth.ca pour toute question ou rétroaction sur cette norme de qualité.

Santé Ontario
500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3

Tél. sans frais : 1-877-280-8538
Télétype : 1-800-855-0511
Courriel : QualityStandards@OntarioHealth.ca
Site web : hgontario.ca

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@OntarioHealth.ca

ISBN 978-1-4868-8662-3 (PDF)
© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024