

SYNTHÈSE

NORME DE QUALITÉ ET INDICATEURS DE QUALITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ARTHROSE DU GENOU



SYNTHÈSE

NORME DE QUALITÉ ET INDICATEURS DE QUALITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ARTHROSE DU GENOU

VICKY JESPERS, CÉCILE CAMBERLIN, ANS VAN GINCKEL, JUSTIEN CORNELIS, ROOS LEROY



■ PRÉFACE

L'arthrose est la plus fréquente des maladies articulaires et c'est le genou qui est l'articulation la plus souvent touchée. S'il n'existe malheureusement pas de traitement pour la guérir, la majorité des patients verront leurs symptômes et leur qualité de vie améliorés par une approche conservatrice reposant sur une thérapie par l'exercice, même si le placement d'une prothèse s'avère parfois nécessaire malgré tout.

Dans le but de pouvoir mesurer et améliorer la qualité de la prise en charge de l'arthrose du genou dans notre pays, le KCE a été invité à développer des indicateurs de qualité adaptés au contexte belge – une première, puisqu'aucun ensemble d'indicateurs national n'avait jamais été développé jusqu'ici dans le domaine de l'orthopédie.

Sur la base de la littérature et en collaboration avec un panel d'experts, que nous tenons à remercier chaleureusement pour leur collaboration, le KCE a élaboré une norme de qualité pour les soins de première et de deuxième ligne. Cette norme de qualité, qui regroupe les principales recommandations evidence-based pour la prise en charge de l'arthrose du genou, a ensuite été transposée dans une série d'indicateurs de qualité. Enfin, les chercheurs ont confirmé la mesurabilité de ces indicateurs sur la base de données nationales collectées en routine, de manière à limiter la charge de travail en termes d'enregistrement. Malheureusement, des données cliniques enregistrées en routine en provenance de la première ligne font souvent défaut en Belgique. C'est la raison pour laquelle la plupart des indicateurs de qualité repris dans ce rapport concernent principalement les patients qui sont amenés à subir une opération, alors qu'un traitement conservateur est suffisant chez la majorité des personnes atteintes d'arthrose.

En Belgique, la politique de soins et l'évaluation de la qualité relèvent de la compétence des entités fédérées. Ce rapport s'adresse donc en première instance aux instituts belges en charge de la qualité des soins : la « Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients » (PAQS) à Bruxelles et en Wallonie, et le Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) en Flandre. Ces acteurs pourront assurer la suite de l'opérationnalisation et l'implémentation des résultats. Notre rapport peut aussi être une source d'inspiration pour les cliniciens. Nous espérons qu'il pourra ainsi contribuer à stimuler des soins de qualité pour toutes les personnes atteintes d'arthrose du genou.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint

Marijke EYSEN
Directeur Général a.i.



LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATION	DÉFINITION
AOD	Anticoagulants oraux directs
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
HBPM	Héparines de bas poids moléculaire
ICD-10-BE	International Classification of Diseases-10th Revision-Belgium
ICD-10-CM	International Classification of Diseases-10th Revision-Clinical Modifications
ICD-10-PCS	International Classification of Diseases-10th Revision-Procedure Coding System
IMC	Indice de masse corporelle
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LIA	Anesthésie par infiltration locale
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NMES	Électrostimulation neuromusculaire
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PAQS	Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients
PREM	Patient-Reported Experience Measure / expériences rapportées par les patients / expériences des patients
PROM	Patient-Reported Outcome Measure / résultats rapportés par les patients / résultats pour les patients
RHM	Résumé Hospitalier Minimum
RX	Radiographie
SPF	Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
TCT	Cellule technique



TENS

Neurostimulation électrique transcutanée

TEV

Thromboembolie veineuse

TVP

Thrombose veineuse profonde

VIKZ

Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE	1
	LISTE DES ABRÉVIATIONS	2
1.	INTRODUCTION	6
1.1.	CONTEXTE	6
1.2.	DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE À UN SYSTÈME DE QUALITÉ À PART ENTIÈRE.....	6
1.3.	QUELLES SONT LES QUESTIONS AUXQUELLES NOUS AVONS CHERCHÉ À RÉPONDRE ? ...	8
1.4.	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?.....	8
1.5.	À QUI S'ADRESSE CE RAPPORT ?	8
2.	PRISE EN CHARGE DE L'ARTHROSE DU GENOU DANS NOTRE PAYS	9
2.1.	PRÉVALENCE DE L'ARTHROSE DU GENOU EN FLANDRE	10
2.2.	ENVIRON 26.000 HOSPITALISATIONS POUR CAUSE D'ARTHROSE DU GENOU CHAQUE ANNÉE	10
2.3.	QUATRIÈME DU CLASSEMENT EUROPÉEN POUR LE NOMBRE D'ARTHROPLASTIES DU GENOU	10
2.4.	VARIABILITÉ DE LA PRATIQUE CLINIQUE DANS NOTRE PAYS.....	13
3.	NORME DE QUALITÉ ET INDICATEURS DE QUALITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ARTHROSE DU GENOU	14
3.1.	INTRODUCTION	14
3.2.	UNE NORME DE QUALITÉ POUR L'ARTHROSE DU GENOU	14
3.3.	INDICATEURS DE QUALITÉ POUR L'ARTHROSE DU GENOU	20
3.4.	NÉCESSITÉ D'EXERCICES THÉRAPEUTIQUES MESURABLES	23
3.5.	NÉCESSITÉ DE DISPOSER DE DONNÉES DE QUALITÉ POUR MESURER LA QUALITÉ DES SOINS	24



3.5.1.	Points forts des bases de données administratives.....	24
3.5.2.	Limites des bases de données	25
3.6.	RÉSULTATS ET EXPÉRIENCES RAPPORTÉS PAR LES PATIENTS POUR DES SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE	25
3.7.	VERS UN TRAJET DE SOINS INTÉGRÉ POUR L'ARTHROSE DU GENOU ?.....	26
3.8.	CONCLUSION.....	27
■	RECOMMANDATIONS	28
■	RÉFÉRENCES	31



1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

L'arthrose et l'arthrite sont toutes deux des maladies articulaires, mais elles présentent un certain nombre de différences. Le patient atteint d'arthrose souffre principalement de douleurs lors des mouvements et de raideurs (courbatures matinales), et est confronté à un gonflement des articulations et à une perte de la fonction articulaire normale. L'arthrite, elle, est une inflammation de l'articulation ou de la capsule articulaire causée par des maladies rhumatoïdes ou des infections. L'inflammation, généralement très douloureuse, peut affecter le cartilage et donc mener à l'arthrose. L'arthrose est l'affection articulaire la plus fréquente.¹ Malgré de nombreuses recherches, sa cause reste inconnue.²

L'arthrose articulaire caractérise par une dégradation du cartilage, une inflammation synoviale^a et un remodelage osseux^b. L'arthrose est souvent chronique, avec des poussées régulières. Tous ces facteurs peuvent avoir un impact (sévère) sur les activités quotidiennes et la qualité de vie. Les patients âgés souffrant d'une forme chronique peuvent avoir des difficultés à vivre de manière autonome chez eux, en raison de la douleur ou des problèmes de mobilité.³

L'arthrose touche surtout les articulations les plus sollicitées, telles que les hanches, les genoux, la colonne vertébrale et les gros orteils.¹ L'atteinte du genou est la plus courante, mais l'arthrose touchera le plus souvent plusieurs articulations à la fois. Le risque de souffrir d'arthrose du genou tôt ou tard au cours de la vie est élevé (45%, IC 95% 42-49%) et augmente avec l'âge, les antécédents de blessures au genou et/ou la prise de poids.^{2, 4}

^a Dans une articulation synoviale, les pièces osseuses sont séparées par un espace rempli d'un liquide appelée synovie ou liquide synovial. Le genou et la hanche sont deux exemples d'articulations synoviales.

^b Le remodelage osseux est un mécanisme naturel par lequel l'os se renouvelle. En cas d'arthrose, il est pathologique et entraîne la dégradation

Il n'existe pas de traitement curatif de l'arthrose du genou. L'objectif de la prise en charge sera de ralentir la progression, d'atténuer les symptômes et d'améliorer la mobilité et la qualité de vie.^{2, 5} Le médecin généraliste est généralement le premier point de contact, mais même les patients qui le consultent régulièrement n'abordent pas toujours le sujet, car ils pensent à tort que les douleurs articulaires sont un aspect normal du vieillissement. Certains patients finiront par avoir besoin d'une intervention chirurgicale et d'une prothèse de genou.^{2, 3} Chez la majorité des patients, la thérapie par l'exercice sous la supervision du kinésithérapeute est toutefois efficace et une intervention chirurgicale n'est pas nécessaire.²

1.2. Des recommandations pour la pratique clinique à un système de qualité à part entière

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de l'arthrose du genou dans notre pays, il a été demandé au KCE de développer des indicateurs de qualité.

Les précédents projets de qualité du KCE portaient d'un guide de pratique clinique belge, qui était ensuite transposé dans une série d'indicateurs de qualité. En l'occurrence, il n'existe pas de guide de pratique clinique belge pour la prise en charge de l'arthrose ; les prestataires de soins de notre pays s'appuient sur plusieurs guides internationaux récents. C'est donc sur ceux-ci que nous avons choisi de nous baser, en procédant à une évaluation critique d'une sélection de guides internationaux.

Lors de la préparation du projet, nous nous sommes rendu compte que de nombreux indicateurs de qualité, en particulier ceux qui concernent les soins primaires ou ambulatoires, ne peuvent pas être mesurés à l'aide des données nationales collectées en routine dans notre pays. Cela pourrait fausser l'identification des domaines prioritaires de la qualité des soins pour

de l'os utile à l'articulation (destruction osseuse) et la formation d'os inutile (excroissance osseuse). Il en résulte un vieillissement prématuré des articulations.



l'arthrose symptomatique du genou, avec une sous-représentation des soins primaires. C'est pourquoi nous avons choisi de commencer par élaborer une norme de qualité, avant de définir des indicateurs de qualité (voir encadré 1).

Encadré 1 – Comment mesurer la qualité des soins ?

Les **guides de pratique clinique** sont le premier outil nécessaire à un système de qualité. Ils contiennent les données scientifiques éprouvées (basées sur des preuves ou evidence-based) les plus récentes sur la manière de prendre en charge une pathologie. Ils permettent aux prestataires de soins de proposer au patient le traitement le plus approprié en toute connaissance de cause, et au patient de prendre une décision informée.

La nouveauté de ce rapport est la **norme de qualité**^c (« quality standard »), qui est également utilisée par l'institut de qualité NICE en Angleterre.⁶ Une norme de qualité est un groupe de recommandations-clés fondées sur des données probantes et formulées sous la forme **d'énoncés de qualité** (« quality statements ») touchant à une thématique médicale – par exemple, dans le cas du présent rapport, celle de la prise en charge de l'arthrose du genou. Elles sont formulées pour promouvoir la qualité dans un domaine particulier de la santé, des soins de santé ou des services sociaux au niveau local (et éventuellement national). Elles s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles en provenance de guides de pratique clinique de bonne qualité.

Une norme de qualité peut être utilisée pour encourager les initiatives locales d'amélioration de la qualité. Elle peut alors tenir compte des besoins locaux.

Sur la base des guides de pratique clinique et d'une norme de qualité, des **indicateurs de qualité** accompagnés d'objectifs (p.ex. un pourcentage-cible de patients qui devraient bénéficier d'un examen ou d'un traitement recommandé) peuvent ensuite être élaborés.

Les indicateurs de qualité peuvent être utilisés pour contrôler si et comment un guide de pratique clinique est mis en application par les prestataires de soins. Cela permet de mesurer la qualité des soins en premier lieu au niveau national et au niveau des cabinets ou établissements individuels. Pour cela, il est important que les indicateurs soient robustes et puissent être mis en pratique de manière cohérente et fiable.

Il existe différents types d'indicateurs mais, en général, on parlera surtout **d'indicateurs de structure, d'indicateurs de processus et d'indicateurs de résultats**. Les indicateurs de structure concernent les ressources disponibles dans le secteur des soins de santé (p.ex. le nombre de médecins et d'infirmières, le nombre de scanners, le nombre d'interventions chirurgicales par hôpital). Les indicateurs de processus concernent la manière dont les soins sont organisés et dispensés (p.ex. le patient a-t-il encore été traité par le kinésithérapeute le jour même après son opération ?), tandis que les indicateurs de résultats se concentrent sur les conséquences (souhaitables ou non) et les résultats de ces soins (p.ex. la proportion de patients qui rechutent après traitement, la guérison, l'amélioration ou la survie après une intervention).

Idéalement, chaque hôpital, cabinet ou prestataire de soins de santé recevra **un rapport de feedback** sur ses résultats, qui lui permettra prendre des mesures pour améliorer la qualité des soins qu'il dispense.

^c La norme de qualité du NICE (National Institute for Health and Care Excellence) sur la prise en charge non chirurgicale de l'arthrose du genou peut être consultée [ici](#).



Nous avons choisi une approche large qui recouvre les différents aspects de la prise en charge des formes légères à sévères d'arthrose du genou : diagnostic, information et conseils au patient, évaluation du problème, suivi, orientation, interventions non chirurgicales et chirurgicales avec suivi et rééducation.

La prévention primaire de l'arthrose et la prévention de l'arthrose après une blessure du genou (p.ex. lésion méniscale ou fracture) sortent du cadre de la présente étude. Les lésions méniscales dégénératives simples ont également été exclues.

1.3. Quelles sont les questions auxquelles nous avons cherché à répondre ?

Nous avons cherché à répondre aux trois sous-questions suivantes :

1. Quels énoncés de qualité pour le traitement de l'arthrose symptomatique du genou peuvent être dérivés de guides de pratique clinique internationaux de haute qualité ?
2. Quels indicateurs de qualité concernant la prise en charge de l'arthrose symptomatique du genou peuvent être identifiés à partir de la littérature internationale ?
3. Quels sont les énoncés de qualité qui peuvent être transposés en indicateurs de qualité et mesurés à l'aide de données de routine en Belgique ?

1.4. Comment avons-nous procédé ?

Nous avons recherché dans la littérature nationale et internationale des guides de pratique clinique de qualité et des indicateurs de qualité pour la prise en charge de l'arthrose du genou.^{5, 7-15} Nous avons présenté l'ensemble des énoncés de qualité (basés sur des recommandations fortes) et des indicateurs de qualité à un panel multidisciplinaire d'experts, composé de professionnels de la santé et de représentants des patients (voir Colophon). Ils ont donné leur avis sur les énoncés de qualité et les indicateurs de qualité sélectionnés et leur ont attribué un score en fonction de leur pertinence clinique.

Les énoncés et/ou indicateurs jugés les plus pertinents pour le contexte belge ont été classés par ordre de priorité avant d'être examinés et discutés de manière plus approfondie. La mesurabilité des indicateurs a également été prise en compte lors de la discussion.

Nous sommes ainsi parvenus aux énoncés de qualité qui, ensemble, forment la norme de qualité (Tableau 1). Pour les énoncés de qualité mesurables de la norme de qualité, nous avons proposé des indicateurs de qualité (Tableau 2).

De plus amples informations sur la méthodologie suivie sont disponibles au chapitre 3 du rapport scientifique.

1.5. À qui s'adresse ce rapport ?

Ce rapport est principalement destiné aux instituts de qualité des soins belges : le [Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg \(VIKZ\)](#) et la [Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients \(PAQS\)](#) à Bruxelles et en Wallonie, qui pourront utiliser et développer davantage la norme et les indicateurs de qualité. Suite à la sixième réforme de l'État, les entités fédérées belges sont en principe compétentes pour la politique des soins de santé, l'évaluation et l'assurance de la qualité au niveau des établissements de soins, les soins préventifs et la reconnaissance des professions de santé.¹⁶ Par ailleurs, le volet non chirurgical de la prise en charge de l'arthrose du genou est vraisemblablement assuré surtout par les acteurs de la première ligne, tout comme la rééducation après l'intervention chirurgicale. Les entités fédérées possèdent également certaines compétences en matière de soins primaires et de soins à domicile, de soins aux personnes âgées, de rééducation et de promotion de la santé, et ce rapport peut également y contribuer.

Deuxièmement, les résultats intéresseront les prestataires de soins primaires et secondaires, ainsi que les associations scientifiques de prestataires de soins impliqués dans le traitement des patients souffrant d'arthrose du genou. Un [projet de mise en œuvre](#) du guide de pratique clinique de la *Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie* (société royale néerlandaise de kinésithérapie) est également en cours au niveau du [réseau Evikey](#).¹⁴



Il se peut que le présent rapport n'aborde pas l'ensemble des besoins d'autres parties prenantes comme les associations de patients et les patients individuels. À l'avenir, il serait donc souhaitable de s'arrêter également sur les résultats et expériences rapportés par les patients (PROMs et PREMs, voir section 3.6) dans la prise en charge de l'arthrose du genou.

Le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement fait également partie du public-cible potentiel dans le cadre la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé (dite « [Loi Qualité](#) »). En outre, l'assurance maladie obligatoire (INAMI) pourrait également se servir de ce rapport dans le cadre du remboursement des interventions liées à l'arthrose du genou, telles que la chirurgie du genou et la kinésithérapie.

2. PRISE EN CHARGE DE L'ARTHROSE DU GENOU DANS NOTRE PAYS

La prévalence de l'arthrose du genou est basée sur les données d'[Intego](#), un réseau flamand de cabinets de médecins généralistes (voir Section 2.1), pour la période 1996-2015.

Pour les soins dispensés dans les hôpitaux belges, les données se limitent aux patients qui ont été hospitalisés. Nous avons consulté pour cela les données de la Cellule technique (TCT, voir aussi Section 3.5) pour la période 2016-2020, ainsi que les rapports de l'INAMI et d'ORTHOpride (voir Encadré 2).^{17, 18}

Encadré 2 – Le registre ORTHOpride/Qermid

ORTHOpride, le registre belge des interventions sur la hanche et le genou, a été développé par le secteur orthopédique en 2009. L'enregistrement (volontaire) visait à collecter davantage d'informations pour étudier la qualité des soins et à recueillir des informations sur le type d'implants et leur longévité. Depuis le 1^{er} juillet 2014, l'enregistrement dans le **registre Qermid** (*Quality Electronic Registration of Medical acts, Implants and Devices*) est devenu obligatoire pour le remboursement des prothèses par l'INAMI. Les chirurgiens orthopédistes y enregistrent chaque pose de prothèse de genou, ainsi que les données démographiques du patient et les caractéristiques de l'implant. En 2020, 21 917 interventions sur le genou ont été enregistrées.



2.1. Prévalence de l'arthrose du genou en Flandre

Le registre Intego (créé en 1996) est une base de données sur les pathologies, basée sur les dossiers-patients électroniques d'un échantillon de médecins généralistes en Flandre. Il recouvre une population de patients représentative de la population flamande en termes d'âge et de sexe. En 2015, 3,6% des patients concernés – 2,6% des hommes et 4,6% des femmes – souffraient d'arthrose du genou. Ce nombre augmentait avec l'âge, de 1,8% parmi les 25-34 ans à 15% parmi les 85 ans et plus.

2.2. Environ 26.000 hospitalisations pour cause d'arthrose du genou chaque année

Ces dernières années, l'arthrose du genou a été à l'origine d'environ 26.000 hospitalisations par an en Belgique, dont 2% seulement en hospitalisation de jour. Les femmes représentaient 61% des admissions, et la moyenne d'âge était de 68 ans. Par ailleurs, l'arthrose du genou était mentionnée comme diagnostic secondaire^d (comorbidité) chez environ 13 000 personnes, dont 64% de femmes. La moyenne d'âge était plus élevée dans ce groupe, de l'ordre de 75 ans.

Lorsque l'arthrose du genou était le motif d'admission principal, le diagnostic principal le plus fréquent en 2020 était l'arthrose primaire du genou droit (47,5%) ou du genou gauche (près de 43%). Entre 2016 et 2020, la durée du séjour était en moyenne de 7,7 jours, avec une tendance à la baisse (8,4 jours en 2016 à 6,7 jours en 2020). Dans 85 cas (0,07%), le patient était décédé à l'hôpital.

^d Les diagnostics secondaires sont des affections qui sont présentes au moment de l'admission à l'hôpital en plus du diagnostic principal (motif d'admission), ou qui se développent en cours d'hospitalisation. Ils ont un impact sur les soins prodigués au patient pendant l'hospitalisation.

La grande majorité des patients hospitalisés pour une arthrose du genou en 2020 ont bénéficié d'une arthroplastie primaire du genou (près de 94%) (contre 4,6% lorsque l'arthrose du genou était un diagnostic secondaire). Les arthroscopies sont de moins en moins attestées, passant de 0,2% (2016) à moins de 0,1% (2020) des patients hospitalisés avec un diagnostic principal d'arthrose du genou.

Les patients admis avec une arthrose du genou comme diagnostic principal ont bénéficié de l'intervention d'un kinésithérapeute^e dans 69% des cas, contre 47% lorsque l'arthrose du genou était un diagnostic secondaire. Les séances de kinésithérapie individuelles de 30 minutes étaient de loin la prestation la plus fréquente dans ce contexte (67% et 43% respectivement pour les admissions avec l'arthrose du genou comme diagnostic principal et secondaire). Une rééducation kinésithérapeutique au sens de l'article 22 de la nomenclature a été initiée chez environ 75% des patients dont l'arthrose du genou était le diagnostic principal à l'admission (voir également l'Encadré 3) ; un examen d'admission (*intake*) n'a été réalisé que chez 54% de ces patients (10% chez les patients chez qui l'arthrose du genou était le diagnostic secondaire).

2.3. Quatrième du classement européen pour le nombre d'arthroplasties du genou

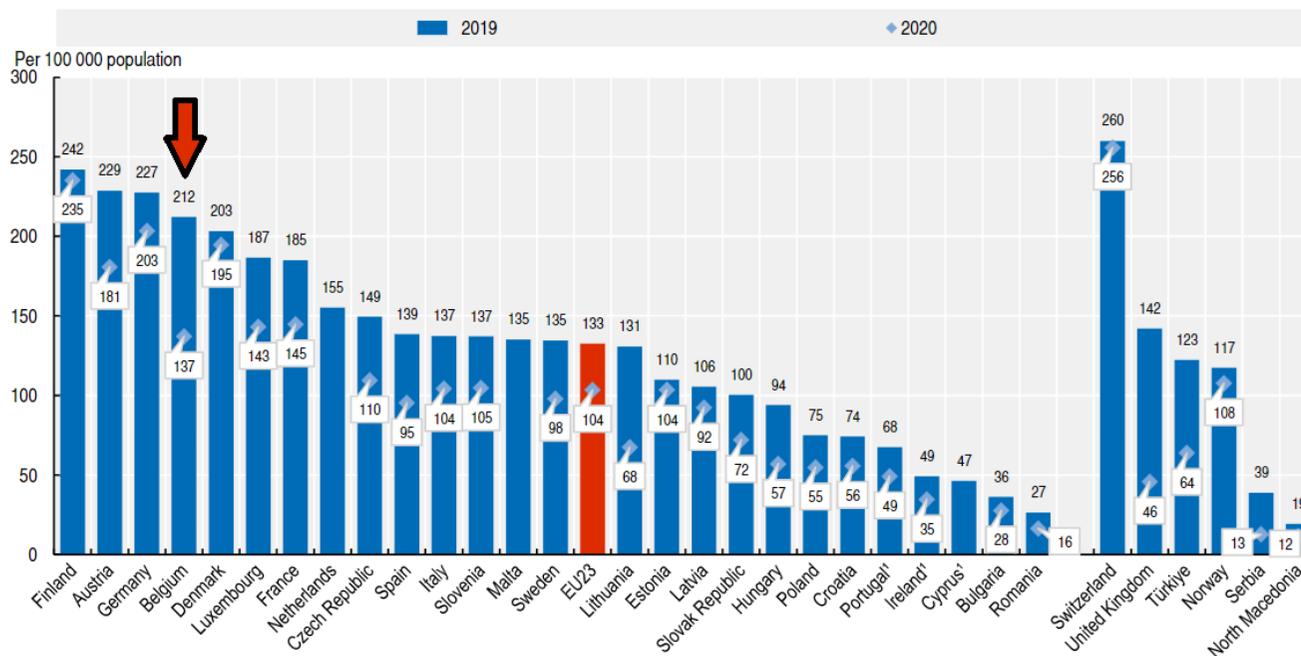
Selon l'OCDE^f, la Belgique fait partie des pays européens où le taux d'arthroplastie du genou par habitant est le plus élevé (voir Figure 1).¹⁹

^e Monodisciplinaire ; article 7 de la nomenclature

^f Organisation de Coopération et de Développement Économiques



Figure 1 – Nombre d'arthroplasties du genou pour 100.000 habitants en Europe, 2019-2020



Source : [OECD, Health at a Glance 2022 \(OECD Health Statistics 2022; Eurostat Database\)](#). La moyenne de l'UE n'est pas pondérée. Au Portugal (continental), en Irlande, au Royaume-Uni et à Chypre, les données ne couvrent que les interventions chirurgicales réalisées dans les hôpitaux publics (en Irlande, la prise en compte des hôpitaux privés ferait plus que tripler le nombre d'opérations en 2020 (110 pour 100.000 habitants)).

La Figure 2 montre le nombre total d'interventions sur le genou remboursées en Belgique. Elle distingue les prothèses initiales (primaires) et les révisions (remplacement de la prothèse). Comme on pouvait s'y attendre, le nombre d'interventions chirurgicales a diminué pendant la crise COVID-19. En 2021, le nombre d'interventions est reparti à la hausse, mais sans atteindre le niveau pré-pandémique.

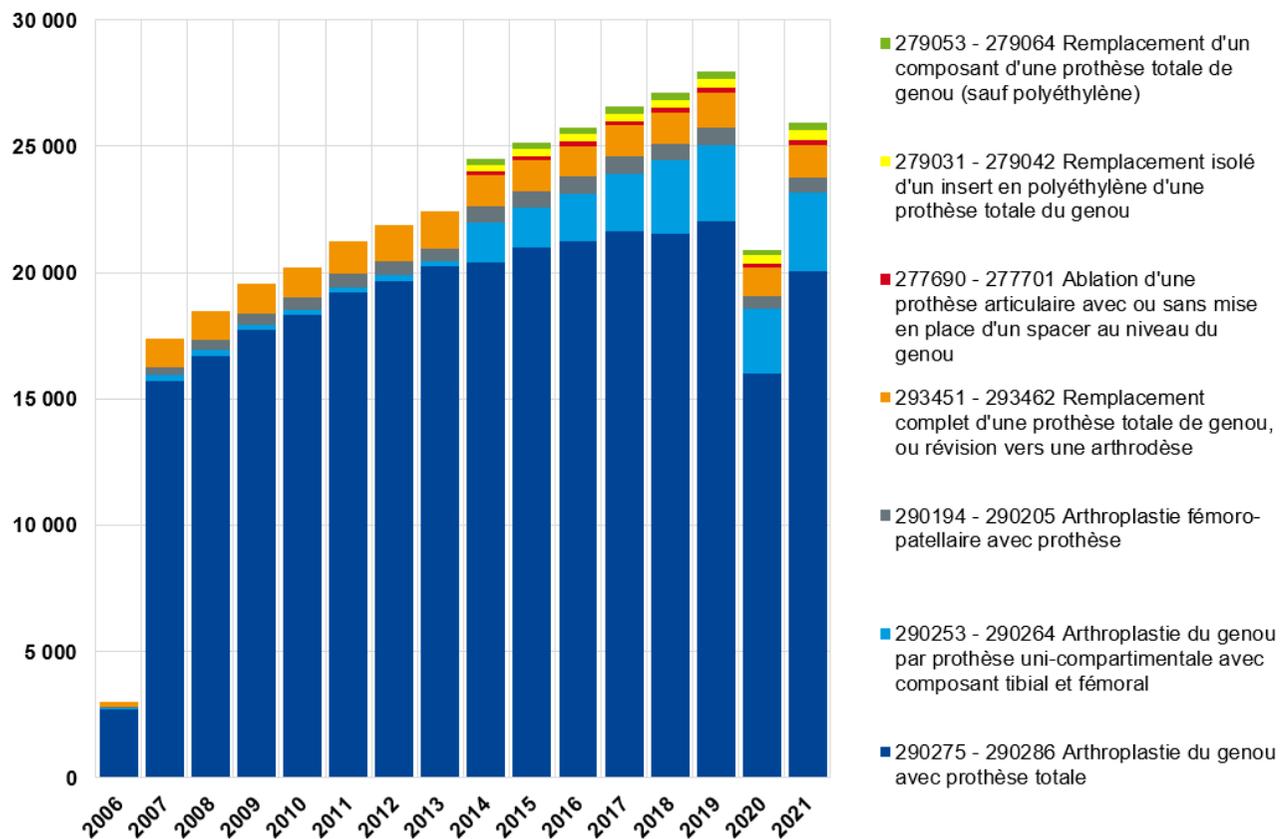
En 2021, il y a eu **23 743 interventions primaires** (placement d'une prothèse totale de genou (en bleu foncé), d'une prothèse partielle sur la face interne ou externe du genou (en bleu clair) ou d'une prothèse de

rotule (en gris)), alors que ce nombre était de 25 732 en 2019. En 2021, on dénombrait par ailleurs **2169 révisions** (remplacement total d'une prothèse (en orange), retrait d'une prothèse (en rouge) ou retrait isolé d'une partie de la prothèse (en jaune ou en vert)), contre 2208 en 2019.

L'arthroplastie primaire du genou est une opération planifiée à l'avance, ce qui explique pourquoi le nombre de chirurgies primaires a connu une plus forte baisse au cours de la première année de la pandémie que le nombre de révisions (-25,9% vs -17,3% en 2020, respectivement).



Figure 2 – Nombre d'interventions sur le genou remboursées en Belgique, 2007 - 2021

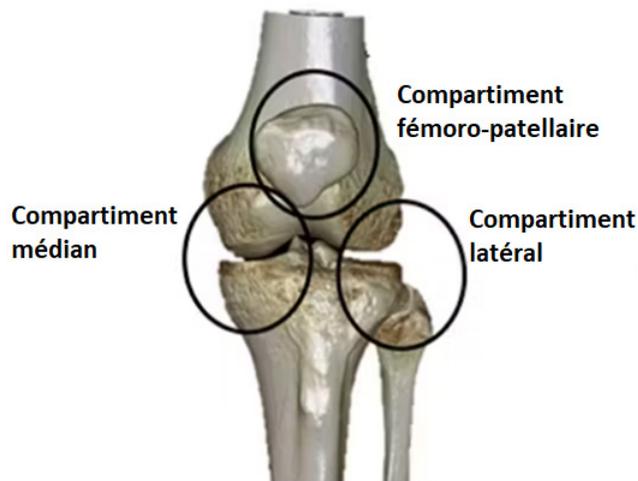


Référence : INAMI Doc.N.



Il y a dix ans, la quasi-totalité des arthroplasties primaires du genou étaient réalisées avec des prothèses totales⁹, qui représentent encore 84,5% des interventions primaires à l'heure actuelle.¹⁸ La proportion de prothèses partielles du genou (généralement la partie interne ou médiale du genou) a augmenté pour atteindre 13%.

Figure 3 – Les trois compartiments du genou



Source : adapté à partir du [site web](#) de l'AZ Sint Lucas, Gand

D'après ORTHOpride, l'arthrose (95%) était de loin l'indication la plus fréquente pour l'**arthroplastie primaire du genou**, suivie par les traumatismes (1,6%), la nécrose vasculaire (1,5%), l'arthropathie inflammatoire (0,6%), les fractures (0,5%), les infections antérieures (0,1%) et les autres indications (1,0%).

D'après ORTHOpride, en 2020, les principaux motifs de **révision** étaient le descellement aseptique (25%), les infections (23%), l'instabilité (20%), la

douleur (près de 19%) et l'arthrose progressive dans les parties non remplacées (près de 12%). L'usure du composant en polyéthylène et la fracture de l'implant représentaient respectivement 4,2% et 2,1% des révisions. La mortalité à 90 jours après une arthroplastie primaire du genou ou une révision était d'environ 0,2%.²⁰

2.4. Variabilité de la pratique clinique dans notre pays

S'il existe bien des guides de pratique clinique internationaux pour la prise en charge de l'arthrose du genou, leur application ne semble pas optimale.²¹ Dans les soins primaires, on a pu observer un faible taux d'orientation vers la kinésithérapie (41%).²² D'après la littérature, l'application des guides de pratique clinique semble également compliquée par le fait que les patients rejettent un diagnostic purement clinique et insistent pour bénéficier d'un examen d'imagerie. Certains craignent également que la kinésithérapie n'exacerbe la douleur ou pensent que l'arthrose du genou n'est pas un problème de santé prioritaire.²¹ Une étude auprès de kinésithérapeutes a également mis au jour d'importantes différences dans l'application des guides de pratique clinique.²³ La recommandation de traiter le problème par l'exercice physique était bien suivie, mais des approches qui ne contribuent pas à la bonne qualité des soins, comme les massages (dans 49% des cas) ou la thérapie par le froid (dans 24% des cas), étaient fréquemment utilisées également.

En ce qui concerne la prise en charge chirurgicale de l'arthrose du genou, un rapport de l'INAMI datant de 2023 montre qu'il existe des variations géographiques dans notre pays¹⁸ 'Le nombre d'opérations de remplacement du genou variait de 153 procédures pour 100.000 habitants à Bruxelles à 260 en Flandre orientale.¹⁸

⁹ Source : INAMI Doc. N.



3. NORME DE QUALITÉ ET INDICATEURS DE QUALITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ARTHROSE DU GENOU

3.1. Introduction

Nous avons basé notre approche sur la [norme de qualité du NICE](#) en Angleterre et sur la [norme de soins australienne](#).

Les 90 énoncés et/ou indicateurs de qualité que nous avons sélectionnés dans la littérature scientifique ont été classés par les experts externes en Tableau 2).

De plus amples informations sur la méthodologie sont disponibles au chapitre 3 du rapport scientifique.

3.2. Une norme de qualité pour l'arthrose du genou

Le Tableau 1 présente (par thème) les énoncés de qualité qui composent la norme de qualité. Le tableau commence par la prise en charge quotidienne de l'arthrose du genou en première ligne, suivie par la chirurgie, avec ses aspects préopératoires, périopératoires et postopératoires, et par plusieurs énoncés de qualité sur la rééducation. Enfin, les complications postopératoires doivent faire l'objet d'un suivi attentif. La norme de qualité comprend également un énoncé relatif à la collecte des résultats pré- et postopératoires rapportés par les patients (PROMs), à l'aide de questionnaires validés.²⁴

Pour ce rapport, nous avons élaboré une norme de qualité unique intégrant les soins primaires et secondaires, ce qui diffère par exemple de l'approche utilisée dans les normes de qualité du NICE.^{25, 26} En Angleterre, ces normes sont utilisées à l'échelon local pour l'amélioration de la qualité. Ainsi, en ce

fonction de leur pertinence clinique. Les experts du KCE ont ensuite rassemblé les énoncés et/ou indicateurs apparentés en un énoncé de qualité unique.

Les énoncés de qualité (Tableau 1) finalement retenus sont ceux ayant obtenu le score le plus élevé en termes de pertinence clinique pour le contexte belge (après obtention d'un consensus avec les experts externes). Les experts externes ont ajouté deux énoncés à la liste : la documentation du nombre de révisions dans l'année suivant l'opération et la possibilité de désigner un gestionnaire de dossier pour les patients souffrant d'arthrose chronique du genou, afin d'améliorer la continuité des soins. Nous avons ensuite défini des indicateurs de qualité pour les énoncés mesurables (voir

qui concerne l'aspect « information et conseil », il est possible de recueillir des données sur les accords locaux, qui stipulent que les patients doivent recevoir régulièrement des informations et des conseils sur leur problème d'arthrose du genou. Les données pour le suivi de cet aspect peuvent être recueillies auprès du prestataire de soins, du cabinet ou de l'hôpital.^h Le NICE a développé cet aspect « information et conseil » dans plusieurs thèmes. Dans notre pays, le Tableau 1i peut également être utilisé à cette fin.

Pour maximiser les chances de mise en œuvre de la norme de qualité dans notre pays, il serait préférable que son développement soit poursuivi par les instituts régionaux pour la qualité que sont le [VIKZ](#) et la [PAQS](#). Des normes distinctes pourraient par exemple être élaborées pour la première et la deuxième ligne. Afin d'assurer une bonne continuité des soins, il est préférable de consulter pour ce faire des experts de première et de deuxième ligne, de manière à ce que l'orientation des patients soit explicitée de façon suffisamment claire.

Il serait également souhaitable d'élaborer pour chaque énoncé de qualité des mesures afin de les mettre en œuvre. Les mesures seraient ensuite contrôlées afin de démontrer que l'énoncé de qualité a été atteint.

^h Quality statement 3: Information and support | Osteoarthritis in over 16s | Quality standards | NICE

ⁱ Overview | Osteoarthritis in over 16s | Quality standards | NICE



L'évaluation de ces mesures se ferait au moyen d'indicateurs de qualité (encore à développer), qui pourraient être ajoutés à la liste du Tableau 2.

Il convient de préciser ici que le Tableau 2 a été élaboré en tenant compte de la mesurabilité actuelle en fonction des bases de données nationales. C'est la raison pour laquelle il contient principalement des indicateurs concernant les patients subissant une intervention chirurgicale, alors que la plupart des patients souffrant d'arthrose du genou font l'objet d'un traitement conservateur.

Une collecte de données plus complète dans le secteur des soins primaires est actuellement en train de se mettre en place, notamment dans le cadre des nouveaux projets de baromètres développés par le réseau Intego (voir Section 2.1). Une première collecte de données^j sur l'utilisation des antibiotiques^k a ainsi eu lieu en octobre 2023. Ces projets pourraient servir de source d'inspiration à la collecte de données dans d'autres domaines cliniques, dont notamment la prise en charge de l'arthrose du genou.

Tableau 1 – Norme de qualité pour la prise en charge de l'arthrose du genou

Thème	Énoncés de qualité	Surtout adressé à quelle ligne ?
Diagnostic	Poser un diagnostic clinique de l'arthrose, sans imagerie, chez les personnes âgées de 45 ans ou plus qui présentent des douleurs articulaires liées à l'activité et chez qui les raideurs articulaires matinales sont absentes ou ne dépassent pas 30 minutes.	1
	Désigner un gestionnaire de dossier pour le trajet de soins dès le diagnostic, mais surtout lorsque le patient présente des symptômes chroniques, afin de l'aider à assurer la continuité des soins.	1 et 2
Évaluation	Évaluer et documenter , lors des consultations initiales et de suivi, l'impact de l'arthrose sur le fonctionnement du patient, sa qualité de vie, son activité professionnelle, son humeur, ses relations et ses loisirs. Évaluer ses besoins en matière d'information sur la santé, ses convictions en matière de santé et sa motivation à l'égard de l'autogestion.	1 et 2
Informations et conseils	Donner des informations sur l'arthrose et sa prise en charge au moment du diagnostic et lors des consultations de suivi. Les informations seront adaptées aux besoins individuels du patient (langue et culture, par exemple) et proposées sous un format accessible (oral, écrit, en ligne, etc.). Le patient doit pouvoir participer activement à la conversation, ce qui permet une prise de décision partagée et la prise en compte de la multimorbidité dans les soins proposés. Des informations peuvent notamment être données sur la pathologie de l'arthrose, la protection des articulations et l'utilisation 'de dispositifs, l'adaptation du mode de vie et l'exercice physique, les stratégies d'autogestion, le poids et les douleurs articulaires, les questions liées au travail, le port de certains types de chaussures, la thérapie par l'exercice, la prise de médicaments et leurs effets secondaires, ainsi que le dépistage des effets indésirables, par exemple sur la fonction rénale.	1 et 2

^j <https://www.domusmedica.be/actueel/betere-diabeteszorg-dankzij-een-nieuwe-barometer>

^k Intego. Barometers [Web page].2023. Available from: <https://www.intego.be/barometers>



Thème	Énoncés de qualité	Surtout adressé à quelle ligne ?
Traitement de base	Prévoir un traitement de base pour l'arthrose du genou, indépendamment de l'âge, de la gravité de la pathologie structurale, de l'état fonctionnel ou de l'intensité de la douleur, afin d'améliorer la douleur et la fonction. Ce traitement consistera en une combinaison d'exercices thérapeutiques adaptés aux besoins du patient (sous accompagnement), p.ex. renforcement musculaire local, capacité aérobie générale, programmes d'autogestion, perte de poids en cas d'obésité.	1 et 2
<ul style="list-style-type: none">• Thérapie par l'exercice	Prévoir des exercices thérapeutiques (sous accompagnement) indépendamment de l'âge, de la gravité de la pathologie structurale, de l'état fonctionnel ou de l'intensité de la douleur, car cela améliorera la douleur et le fonctionnement. Orienter le patient vers le kinésithérapeute pour un programme personnalisé d'exercices et de mobilité basé sur les besoins, les préférences, la motivation personnelle et la capacité à effectuer des exercices (p.ex. renforcement musculaire local, capacité aérobie générale, exercices fonctionnels, rééducation à la marche). Évaluer dans quelle mesure les objectifs du traitement de kinésithérapie ont été atteints. Poursuivre les exercices pendant au moins 3 à 6 mois avant d'envisager une intervention chirurgicale. Proposer , avant l'intervention chirurgicale, un programme d'exercices individualisé, structuré et progressif afin d'obtenir un effet d'entraînement physiologique. Ce programme comprendra au moins les éléments suivants : entraînement de la force des membres supérieurs (en préparation à l'utilisation d'aides à la marche et aux transferts), entraînement de la force fonctionnelle des membres inférieurs en fonction de la tolérance, exercices d'amplitude des mouvements des membres inférieurs et entraînement à la marche avec initiation à l'utilisation d'aides à la marche.	1 et 2
<ul style="list-style-type: none">• Nutrition	Conseiller une personne obèse ou en surpoids qui souffre d'arthrose (du genou) en lui expliquant qu'une perte de poids améliorera sa qualité de vie et son fonctionnement physique et réduira la douleur. Proposer au patient de l'aider à se fixer un objectif de perte de poids. Expliquer que toute perte de poids est susceptible d'être bénéfique, mais qu'une perte de 10% du poids corporel est probablement préférable à une perte de 5%. Orienter vers des services diététiques si nécessaire.	1
<ul style="list-style-type: none">• Médicaments et vitamines	N'utiliser les médicaments (anti-inflammatoires ^β oraux et locaux en première intention et paracétamol en seconde intention) qu'en complément de traitements non pharmacologiques et pour soutenir l'exercice thérapeutique, à la dose minimale efficace et pendant la durée la plus courte possible. Proposer une injection d'anti-inflammatoire (corticostéroïde) dans l'articulation du genou aux patients souffrant de douleurs sévères dues à une inflammation du genou. Donner des informations sur les risques liés à la prise de médicaments et surveiller les effets secondaires. Ne pas proposer de narcotiques oraux (opioïdes forts ou faibles), y compris le tramadol (opioïde faible). Ces médicaments entraînent une augmentation significative des effets secondaires et ne sont pas efficaces pour améliorer la douleur ou la fonction en cas d'arthrose du genou, sauf s'ils ne sont utilisés que sporadiquement pour soulager la douleur à court terme, lorsque tous les autres traitements pharmacologiques ne sont pas tolérés, contre-indiqués ou inefficaces. Ne pas proposer d'inhibiteurs du TNF, d'inhibiteurs de l'interleukine 1, de glucosamine, de chondroïtine, de vitamine D ou d'huiles de poisson.	1 et 2



Thème	Énoncés de qualité	Surtout adressé à quelle ligne ?
<ul style="list-style-type: none"> • Autres interventions 	<p>Ne proposer aucun des traitements d'électrothérapie suivants en raison de l'insuffisance des preuves de leurs bénéfices : neurostimulation électrique transcutanée (TENS) ; thérapie par ultrasons ; thérapie interférentielle ; thérapie au laser ; thérapie par ondes courtes pulsées ; électrostimulation neuromusculaire (NMES).</p> <p>Ne pas proposer d'acupuncture, de traitement à l'aiguille sèche ou de thérapie manuelle sans exercices thérapeutiques.</p> <p>Ne pas proposer d'injections intra-articulaires d'acide hyaluronique.</p> <p>Ne pas proposer d'arthroscopie avec lavage et/ou débridement aux patients ayant un diagnostic primaire d'arthrose du genou.</p>	1 et 2
<p>Orientation vers l'arthroplastie</p>	<p>Envisager d'orienter le patient vers l'arthroplastie si les symptômes articulaires (tels que douleur, raideur, perte fonctionnelle ou déformation progressive de l'articulation) affectent de manière significative la qualité de vie et si le traitement non chirurgical (exercices thérapeutiques, perte de poids, antalgie) proposé depuis au moins 6 mois est inefficace ou inadapté.</p>	1
<p>Préopératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information 	<p>Fournir une instruction préopératoire multidisciplinaire dans un format approprié (en personne, vidéo, téléconsultation, information sur papier).</p> <p>Offrir la possibilité de poser des questions et de se faire accompagner d'un proche. L'information préopératoire devra aborder au minimum la procédure chirurgicale, les risques et bénéfices, les attentes du patient, les stratégies de gestion de la douleur, la préparation à domicile, les dispositifs d'assistance, les soins postopératoires et la rééducation.</p> <p>Informer les patients qu'il est recommandé de boire des liquides clairs* jusqu'à 2 heures avant l'anesthésie et de respecter une période de jeûne de 6 heures.</p> <p>Proposer aux personnes souffrant d'arthrose isolée du compartiment médial de choisir entre une arthroplastie partielle et une arthroplastie totale du genou. Discuter des avantages et des risques potentiels de chaque option.</p>	2
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation 	<p>Évaluer la participation sociale, y compris les activités de soins, le travail rémunéré ou non, les loisirs et les activités sportives.</p> <p>Évaluer le fonctionnement social dans un environnement de soins non résidentiel. Ceci recouvre également la disponibilité d'un soutien, l'accès à un moyen de transport sûr et efficace (avant et après l'intervention chirurgicale), la sécurité à domicile et les facteurs de risque de chute, un accompagnement pour la préparation de l'environnement domestique afin de promouvoir la sécurité, l'accessibilité et le fonctionnement quotidien indépendant, l'évaluation du besoin de dispositifs d'assistance, d'équipements et d'aides à la mobilité.</p> <p>Documenter le type et la gravité des comorbidités, y compris les maladies cardiovasculaires dont l'hypertension, les maladies rénales chroniques, l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²), les maladies pulmonaires, le diabète, la malnutrition, les maux de dos ou autres problèmes articulaires/les douleurs des membres inférieurs, l'anxiété et la dépression, l'accoutumance aux opioïdes et les troubles cognitifs.</p> <p>Détecter, examiner et corriger l'anémie avant l'intervention chirurgicale pour favoriser la récupération après l'intervention.</p> <p>Recueillir des données PROM préopératoires sur le problème de genou à l'aide de questionnaires de santé validés et les comparer aux données PROM postopératoires.</p>	2
<p>Arthroplastie du genou</p>	<p>Proposer une prophylaxie de la thromboembolie veineuse (TEV) lors d'une intervention chirurgicale non urgente si le risque de TEV est supérieur au risque de saignement, conformément à la politique locale.</p>	2



Thème	Énoncés de qualité	Surtout adressé à quelle ligne ?
<ul style="list-style-type: none">Interventions	<p>Donner le choix entre une anesthésie régionale combinée à une analgésie par infiltration locale (LIA) ou une anesthésie générale combinée à une LIA. Ajouter un bloc nerveux périphérique à condition qu'il ne retarde pas de manière significative l'intervention chirurgicale, sachant qu'il peut retarder une mobilisation précoce et sûre.</p> <p>Ne pas administrer des sédatifs en routine pour réduire l'anxiété en préopératoire.</p> <p>Ne pas administrer des opioïdes rachidiens en routine en raison du risque d'effets secondaires qui retardent le rétablissement.</p> <p>Ne pas administrer une analgésie péridurale en routine.</p> <p>Administrer, pour réduire les pertes sanguines postopératoires (en l'absence d'insuffisance rénale), de l'acide tranexamique par voie intraveineuse et 1 à 2 g d'acide tranexamique topique intra-articulaire dilué dans du sérum physiologique après le dernier rinçage et avant la suture de la plaie (la dose totale combinée d'acide tranexamique ne dépassera pas 3 g). En cas d'insuffisance rénale, n'administrer qu'une dose réduite d'acide tranexamique par voie intraveineuse.</p>	
<ul style="list-style-type: none">Chirurgie	<p>Utiliser un trajet de soins cliniques standardisé au cours de l'hospitalisation aiguë.</p> <p>Administrer une prophylaxie antimicrobienne systémique conformément à la politique locale et en fonction des disponibilités.</p> <p>Optimiser le contrôle périopératoire de la glycémie (< 126 mg/dl) et les nausées et vomissements postopératoires.</p> <p>Ne pas utiliser de cathéters vésicaux en routine.</p> <p>Maintenir une température corporelle normale pendant et après l'opération en « pré-chauffant » et en réchauffant activement les patients pendant l'opération pour favoriser le rétablissement après la chirurgie.</p>	2
Postopératoire <ul style="list-style-type: none">Médicaments	<p>Proposer systématiquement une analgésie - paracétamol ou anti-inflammatoire^β - pour améliorer la récupération chez les patients ne présentant pas de contre-indications.</p> <p>Ne pas proposer de gabapentinoïdes en complément d'un régime analgésique multimodal pour améliorer la récupération.</p>	2
<ul style="list-style-type: none">Mobilisation et rééducation initiale	<p>Mobiliser le patient le jour même après l'opération.</p> <p>Débuter la rééducation par le kinésithérapeute ou l'ergothérapeute le jour de l'opération si possible, mais en tout cas pas plus de 24 heures après l'opération.</p> <p>Poursuivre la mobilisation quotidienne, y compris (au minimum): l'amplitude active des mouvements des membres inférieurs, le renforcement isométrique et isotonique des membres inférieurs avec de petits mouvements, la mobilité au lit et l'entraînement aux transferts, la rééducation de l'équilibre et de la marche (sur une surface plane et dans les escaliers, s'il y en a dans l'environnement domestique).</p> <p>Documenter la raison pour laquelle le patient ne peut pas être mobilisé.</p> <p>Ne pas utiliser de mouvements passifs continus si le patient est capable de bouger activement le genou opéré.</p> <p>Avant le retour à domicile, obtenir au moins les résultats fonctionnels suivants sous la direction de l'ergothérapeute et/ou du kinésithérapeute (en l'absence de complications périopératoires significatives) : se lever du lit et se coucher, s'asseoir et se lever d'une chaise et aller aux toilettes, tout cela de manière autonome ; marcher en toute sécurité avec un dispositif d'assistance approprié sur des surfaces planes et dans</p>	2



Thème	Énoncés de qualité	Surtout adressé à quelle ligne ?
	les escaliers (si l'environnement domestique le demande) ; effectuer les activités de base de la vie quotidienne de manière autonome en utilisant l'équipement associé ; faire preuve d'autonomie pour le programme d'exercices à domicile.	
<ul style="list-style-type: none"> • Sortie 	<p>Impliquer le patient dans la trajectoire de retour à domicile.</p> <p>Avant la sortie, conseiller sur la gestion des activités de la vie quotidienne, les programmes d'exercice et de mobilisation à domicile et la rééducation autonome. Le patient doit bien comprendre les objectifs de la rééducation et l'importance des exercices prescrits pour les atteindre. Proposer un point de contact où il puisse s'adresser s'il a besoin de conseils ou de soutien.</p> <p>Documenter (formulaire de transfert, lettre de sortie) la sortie ou son annulation, son refus ou autre. Cette information pourra ensuite être utilisée lors des contacts de suivi, du transfert vers un autre prestataire de services de rééducation ou vers un autre environnement de soins (p.ex. transfert des soins aigus vers les soins ambulatoires), ou de l'orientation vers un autre prestataire de services de rééducation (p.ex. kinésithérapie ou ergothérapie).</p>	2
<ul style="list-style-type: none"> • Rééducation ultérieure 	<p>Prévoir au moins 6 semaines de kinésithérapie de rééducation post-aiguë (approche standardisée documentée) avec contrôle de l'adhésion au traitement, stratégies de gestion de la douleur, exercices de mouvement actif pour le genou, entraînement progressif à la résistance pour les muscles des membres inférieurs, entraînement à l'équilibre statique et dynamique, entraînement postural et de stabilité du tronc, rééducation à la marche (y compris l'utilisation d'appareils d'assistance et marche sur différentes surfaces), exercices fonctionnels (y compris monter les escaliers, se lever/s'asseoir sur une chaise), programme d'exercices à domicile et instructions pour la poursuite des exercices.</p> <p>Proposer une rééducation ambulatoire accompagnée, en groupe ou individuelle, aux personnes qui ont des problèmes dans leurs activités quotidiennes ou des limitations fonctionnelles persistantes qui entraînent des besoins de rééducation spécifiques, ou qui estiment que la rééducation autonome ne répond pas à leurs objectifs de rééducation.</p>	1 et 2
<ul style="list-style-type: none"> • Rapportage par les patients 	<p>Recueillir les PROMs postopératoires sur le problème de genou à l'aide de questionnaires de santé validés à 6 mois ET à 12 mois. Comparer avec les PROMs préopératoires.</p>	1 et 2
Complications après l'opération	<p>Suivre le patient pour détecter les infections profondes de plaie postopératoires, l'embolie pulmonaire postopératoire ou la thrombose veineuse profonde, l'infection des voies urinaires et d'autres complications.</p> <p>Orienter le patient vers une réadmission si nécessaire.</p> <p>Documenter le nombre de révisions dans l'année qui suit l'opération.</p>	1 et 2

*Eau, café et thé sans lait, boissons non gazeuses, jus de fruits sans pulpe (jus de pomme) et boissons énergisantes. ^βAnti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).



3.3. Indicateurs de qualité pour l'arthrose du genou

Le Tableau 2 reprend les indicateurs de qualité qui ont été sélectionnés avec les experts externes dans ce rapport. L'opérationnalisation devrait idéalement être assurée par les instituts pour la qualité VIKZ et PAQS en collaboration avec des experts du domaine. Elle suppose notamment de définir le numérateur, le dénominateur, les critères d'inclusion et d'exclusion sur la base de la nomenclature et des codes ICD-10-BE, de fixer des périodes pour la recherche de ces codes dans les bases de données, de définir une valeur-cible pour chaque indicateur et de déterminer les variables

d'ajustement au case-mix, etc. Ensuite, il faut également valider les définitions techniques – comprenez, la correspondance entre ce qui est mesuré par les données administratives et ce qui est contrôlé dans les dossiers médicaux pour chaque indicateur de qualité. Les résultats peuvent alors être utilisés pour vérifier si (et dans quelle mesure) la qualité des soins répond aux objectifs de l'indicateur de qualité.

Pour plus d'informations sur les indicateurs de qualité et le processus de consensus, veuillez consulter le rapport scientifique.

Tableau 2 – Indicateurs de qualité pour la prise en charge de l'arthrose du genou

Thème	Description de l'indicateur de qualité	Type d'indicateur
Diagnostic	Proportion de patients âgés de 45 ans ou plus ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) à qui un médecin généraliste a prescrit une radiographie (RX) standard ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) dans les XX mois précédant l'intervention chirurgicale (données AIM).	Processus
	Proportion de patients âgés de 45 ans ou plus ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) à qui un médecin spécialiste (à déterminer) a prescrit une imagerie IRM dans les XX mois précédant l'intervention chirurgicale (données AIM).	Processus
Intervention médicamenteuse	Nombre annuel de patients bénéficiant d'un forfait pour douleurs chroniques liées à l'arthrose (données AIM) (médicaments du Chapitre IV) comparé au nombre annuel des années précédentes.	Descriptif et processus
	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) et ayant bénéficié d'un remboursement d'opioïdes sur ordonnance (ATC=N02A) au cours des XX mois précédant l'intervention chirurgicale (données AIM)	Processus
Amélioration de la chirurgie	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) avec une numération des globules rouges ou une mesure du taux d'hémoglobine (code de nomenclature à déterminer) X mois avant le jour de l'intervention chirurgicale (données TCT ou AIM)	Processus
Préopératoire	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) ayant reçu au moins un des médicaments listés (antibiotiques systémiques à déterminer) le jour de l'intervention chirurgicale (données TCT ou AIM)	Processus
	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) et ayant reçu de l'acide tranexamique par voie intraveineuse (ATC=B02AA02) le jour de l'intervention chirurgicale (données TCT ou AIM)	Processus
	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) ayant reçu au moins l'un des médicaments énumérés (conformément à la politique nationale de prévention de la thromboembolie veineuse (TEV) ; médicaments devant faire l'objet d'un suivi à déterminer : apixaban, dabigatran, rivaroxaban, enoxaparine, nadroparine calcique, tinzaparine sodique, fondaparinux administré au moment de l'intervention chirurgicale (données TCT (pendant l'hospitalisation) ou données AIM (le jour de l'intervention chirurgicale et les jours suivants))	Processus



Peropératoire	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) avec un code ICD-10-BE de sondage vésical (0T9B00Z, 0T9B30Z, 0T9C00Z, 0T9C30Z) le jour de l'intervention chirurgicale (données RHM)	Processus
	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) avec (a) une injection d'opioïdes dans la colonne vertébrale (médicaments devant faire l'objet d'un suivi à déterminer), ou (b) une analgésie péridurale telle qu'enregistrée dans le RHM (données TCT - (a) également mesurable dans les données AIM en cas de remboursement).	Processus
	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) avec (a) une anesthésie régionale combinée à une analgésie par infiltration locale (LIA) ou (b) une anesthésie générale combinée à une LIA, telle qu'enregistrée dans le RHM (données TCT).	Processus
Postopératoire	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) et bénéficiant d'une kinésithérapie le jour de l'opération (date de début de la kinésithérapie disponible dans les données TCT ou AIM), identifiée par les codes de nomenclature 558950 - 558961, 558014 - 558025, 558810 - 558821, 558832 - 55884.	Processus
Complications	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) présentant des infections profondes de plaie postopératoires selon la ICD-10-BE (codes ICD-10-BE appropriés à déterminer) dans les 90 jours suivant l'intervention chirurgicale (données TCT).	Résultat
	(a) Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) et présentant une embolie pulmonaire postopératoire (code I26.0 ou I26.9) dans les 90 jours suivant l'opération (données TCT)	Résultat
	(b) Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) et présentant une thrombose veineuse profonde (TVP) (code I82.8 ou I80 à préciser) dans les 90 jours suivant l'intervention chirurgicale (données AIM, identification par un médicament antithrombotique (anticoagulant oral direct (AOD) ou héparine de bas poids moléculaire (HBPM))	
(c) Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) réadmis pour une TVP dans les 90 jours suivant l'intervention chirurgicale (données TCT). Note : (b+c) couplage des données TCT-IMA pour déterminer les admissions pour TVP (codes I82.8 ou I80 appropriés à déterminer)		
	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) avec mortalité ou réadmission dans les 90 jours suivant l'intervention chirurgicale (données AIM et/ou TCT pour les codes d'infection encore à définir). Note : ou couplage des données TCT-AIM pour détecter les réadmissions dues à une infection.	Résultat
	Proportion de patients ayant subi une arthroplastie primaire du genou (dénominateur) avec révision dans l'année qui suit l'intervention chirurgicale (données AIM ou TCT)	Résultat

Note : XX à déterminer au stade ultérieur de l'élaboration des indicateurs, sur la base de preuves scientifiques ou d'un consensus d'experts



Les deux premiers indicateurs concernent l'indication d'une **RX ou d'une IRM dans le diagnostic de l'arthrose du genou**. L'imagerie n'est pas nécessaire pour le diagnostic en première ligne, qui peut être posé sur la base de l'examen clinique. En deuxième ligne, un examen clinique et radiologique (RX, mais pas IRM) est par contre indiqué pour le diagnostic et la préparation à la chirurgie. Ces recommandations sont conformes au guide de pratique clinique actuel de la *Belgian Society of Radiology* (publié en 2010), reprise par le gouvernement fédéral en 2016 pour une campagne de sensibilisation à l'utilisation correcte de l'imagerie médicale.²⁷

Un indicateur de qualité sur l'utilisation des analgésiques est proposé dans la littérature. Nous proposons de suivre pour cela le nombre annuel de patients bénéficiant d'un forfait pour des douleurs chroniques dues à l'arthrose/arthritis (introduit en janvier 2022).

Il s'agit ici d'un indicateur de qualité descriptif qui peut refléter l'évolution de la qualité de la prise en charge de la douleur. En effet, le paracétamol n'est pas remboursé chez les patients qui ne disposent pas de l'attestation correspondante et son utilisation ne peut donc pas être retrouvée dans les bases de données administratives dans ce cas de figure.

Les indicateurs suivants sont considérés **comme très importants pour les résultats cliniques de l'arthroplastie du genou**. La détection de l'anémie par la **mesure de l'hémoglobine** avant l'opération peut prévenir les infections et un mauvais rétablissement. Des **antibiotiques** doivent être administrés le jour de l'opération et, bien que cette mesure soit déjà très fréquemment appliquée, nous devons veiller à ce que les médecins s'y conforment à 100%. L'**administration d'acide tranexamique** le jour de l'opération est également très importante et peut être retrouvée dans les données de routine relatives à l'administration intraveineuse. La pose de **sondes vésicales** n'est pas recommandée en routine, sauf en cas d'absolue nécessité.

Deux indicateurs traitent de la **thromboembolie** : un indicateur de processus qui concerne l'utilisation d'une prophylaxie contre la thromboembolie veineuse (TEV) (médicaments antithrombotiques) et un indicateur de résultats qui mesure l'incidence de l'embolie pulmonaire et de la thrombose veineuse profonde (TVP) après une arthroplastie du genou.

L'indicateur sur la prophylaxie stipule que celle-ci doit être conforme à la stratégie nationale en la matière. Il n'existe pas encore de recommandations à ce sujet en Belgique, mais la *Belgian Society on Thrombosis and Haemostasis* a laissé entendre qu'elle envisage d'en élaborer. Lorsqu'elles seront disponibles, la mesure de ces deux indicateurs pourrait contribuer à un suivi optimal de la qualité des soins.

Il existe une grande variabilité entre les hôpitaux en ce qui concerne l'utilisation des **anesthésiques**. Une anesthésie spinale (rachianesthésie) qui engourdit les deux jambes est souvent pratiquée, mais elle n'est pas recommandée en raison de ses effets sur la mobilité du patient après l'intervention. En revanche, l'anesthésie par infiltration locale (LIA) – une anesthésie locale du genou à forte concentration – est recommandée en combinaison avec l'anesthésie générale ou le bloc nerveux local.

L'avantage de la LIA est que le patient est mobile plus rapidement après l'opération, dans un délai d'environ deux heures.²⁸ Actuellement, l'enregistrement imprécis de l'anesthésie dans le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) (voir Annexe 1.3, Tableau 44 du Rapport scientifique) entrave toutefois le suivi de l'utilisation de la LIA recommandée. La nomenclature n'est pas non plus suffisamment spécifique pour ce faire.

Les patients devraient déjà débuter des **exercices** sous l'accompagnement d'un kinésithérapeute le jour même après l'opération ; à l'heure actuelle, cette démarche est toutefois souvent reportée au lendemain. La nomenclature ne permet actuellement pas de bien le mesurer (voir 3.5).

Complications postopératoires : les infections profondes de plaie, l'embolie pulmonaire ou la thrombose veineuse profonde, les réadmissions, la révision de la prothèse et la mortalité revêtent une grande importance sur le plan clinique. En Belgique, l'indicateur « Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde postopératoire chez les adultes après remplacement de la hanche ou du genou » fait déjà l'objet d'un rapportage



régulier auprès de l'OCDE^{l,29}. Cet indicateur se base sur la durée de l'hospitalisation.²⁹

Une extension du suivi à 90 jours (donc également après la sortie d'hôpital) pourrait améliorer la détection des incidents emboliques et la qualité des soins. L'enregistrement des décès et réadmissions fait déjà partie de l'analyse ORTHOpride (voir Chapitre 2). Les experts ont également suggéré d'inclure comme indicateur de qualité le nombre de révisions dans l'année qui suit l'opération.

3.4. Nécessité d'exercices thérapeutiques mesurables

L'activité physique est recommandée dans tous les guides de pratique clinique pour prévenir et réduire la douleur en cas d'arthrose et d'autres pathologies chroniques.^{10, 7, 15, 30} L'exercice régulier peut aider à contrôler le poids corporel et à prévenir les blessures. Une activité physique aérobie légère à modérée (20-30 min, 2-3/semaine) associée à des exercices de force légers à modérés des membres inférieurs et du dos peut réduire la douleur et améliorer le fonctionnement physique et la qualité de vie.^{23, 14, 30}

Cependant, il est important d'adapter ces exercices au patient – une tâche qui sera de préférence confiée à un kinésithérapeute. Par la suite, le patient pourra poursuivre les exercices sur une base individuelle, de préférence avec un suivi régulier par un kinésithérapeute ou, par exemple, un coach de mouvement ([Bewegen op verwijzing-coaches - Vlaanderen](#)). La littérature révèle toutefois une grande variabilité dans le recours à la **kinésithérapie dans l'arthrose du genou (avancée) avant la chirurgie ou en première ligne**, bien que cette intervention fasse l'objet d'un consensus dans les guides de pratique clinique.^{23,31} En première ligne, les kinésithérapeutes appliquent correctement le traitement de base reposant sur l'exercice physique (plus de 80%), mais introduisent aussi régulièrement des modalités de traitement qui ne contribuent pas à des soins de haute qualité, comme par exemple des massages (49%), la thermothérapie (24%) ou encore l'électrothérapie (15%).²³

Il n'est pas possible d'identifier l'électrothérapie (TENS et NMES) identifiée sur la base de la nomenclature ou des données du RHM. Tant les guides de pratique clinique que les experts soulignent toutefois que ces techniques ne sont pas indiquées pour l'arthrose du genou. Dans l'ensemble, les kinésithérapeutes sont de mieux en mieux conscients que la TENS et la NMES ne sont plus de bonnes pratiques, mais les médecins continuent à les prescrire. La qualité des soins pourrait être améliorée en contrôlant le nombre de traitements par TENS et NMES encore administrés pour la gestion de la douleur dans l'arthrose du genou. Des codes de nomenclature spécifiques devront toutefois être créés à cette fin.^m

Après une arthroplastie complète du genou, il est préférable de commencer les exercices physiques le plus tôt possible et en tout cas dans les 24 heures (mais de préférence quelques heures après l'opération) afin de favoriser la mobilisation (active) du patient. Une approche monodisciplinaire ou multidisciplinaire peut être appropriée pour cette rééducation. L'approche multidisciplinaire sera toujours initiée par un médecin spécialiste en médecine physique et fera intervenir d'autres professionnels de la santé (diététiciens, ergothérapeutes, psychologues) en plus du kinésithérapeute.

Le code de nomenclature pour la prise en charge de l'arthrose du genou par des exercices physiques relève soit de l'article 7 (monodisciplinaire), soit de l'article 22 (multidisciplinaire) de la nomenclature (voir Encadré 3). Ces articles ne sont toutefois **pas suffisamment spécifiques**. En effet, dans le cas d'un traitement multidisciplinaire, il n'est pas possible de distinguer tous les types d'interventions et de prestataires de soins de santé couverts. Un remboursement qui s'inscrit dans le cadre de l'article 22 peut par exemple recouvrir les conseils nutritionnels d'un diététicien, des exercices ou une électrothérapie dispensé par un kinésithérapeute, l'intervention d'un ergothérapeute, etc. Il n'est donc pas possible, à l'heure actuelle, de suivre la qualité des soins relatifs pour les exercices physiques encadrés par le kinésithérapeute.

^l Organisation de Coopération et de Développement Économiques

^m Électrostimulation neuromusculaire (NMES) et Neurostimulation électrique transcutanée (TENS). Grâce à des électrodes adhésives placées sur la peau, le dispositif administre des stimuli électriques pour réduire la douleur.



Encadré 3 – Les articles 7 et 22 de la nomenclature INAMI

L'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature de l'INAMI énumère les codes de la nomenclature pour les remboursements nécessitant la qualification d'un kinésithérapeute. La nomenclature est basée sur plusieurs paramètres dont les plus importants sont : le profil du patient (pathologie), le lieu de la prestation (cabinet du kinésithérapeute, ambulatoire ou hospitalier, maisons de soins psychiatriques, domicile, etc.) et la durée de la séance. Le type de soins ne peut être déduit des codes utilisés (sauf pour le drainage lymphatique manuel).

L'article 22 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature de l'INAMI énumère les codes de la nomenclature pour les remboursements nécessitant la qualification de médecin spécialiste en médecine physique et rééducation. Le code de nomenclature précise que l'équipe pluridisciplinaire doit 1) comprendre au minimum deux professionnels de santé, dont un kinésithérapeute OU un ergothérapeute ET un autre paramédical, et que 2) au minimum deux des techniques suivantes doivent être proposées : rééducation par le mouvement, psychomotricité, électrothérapie pour les troubles moteurs ou la douleur, mécanothérapie, exercices avec prothèse externe, orthèse ou aides techniques complexes, hydrothérapie en piscine.

Le kinésithérapeute enregistre le(s) traitement(s) dans le dossier du patient. Le code de nomenclature peut inclure la 'kinésithérapie' ainsi que toute autre 'technique' proposée.

3.5. Nécessité de disposer de données de qualité pour mesurer la qualité des soins

Sans données fiables, il n'est évidemment pas possible de mesurer la qualité. Comme l'indique un récent rapport du KCE, « *les données collectées en routine au niveau national sont des sources d'information relativement bon marché, complètes et dotées d'une structure longitudinale stable* ». ³² Les bases de données administratives présentent toutes des caractéristiques, des avantages et des limites qui leur sont propres.

3.5.1. Points forts des bases de données administratives

En Belgique, plusieurs sources fiables sont disponibles pour mesurer et suivre la qualité des soins dans l'arthrose du genou. Tout d'abord, les **données de facturation des hôpitaux** (dans les bases de données de l'AIMⁿ et de la TCT^o) constituent une source d'information sur les soins dispensés, pour autant qu'ils soient remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

L'enregistrement des **données cliniques** selon la classification ICD-10-BE, qui combine les classifications internationales ICD-10-CM (pour les diagnostics) et ICD-10-PCS (pour les procédures), permet au RHM de fournir les informations utiles. La Cellule Technique couple les données du RHM aux données de facturation des hôpitaux, combinant ainsi les points forts des deux bases de données.

Pour les arthroplasties, le **registre ORTHOpride** peut également être utilisé pour mesurer la qualité des soins (voir Encadré 2). Il contient des informations cliniques spécifiques qui font défaut dans les autres bases de données.

Les couplages possibles entre les bases de données administratives existantes pourraient être facilités par la nouvelle **Agence des données de (soins) de santé**, créée au printemps 2023^p.

ⁿ Agence InterMutualiste

^o Cellule Technique

^p Loi du 14 mars 2023 relative à l'institution et à l'organisation de l'Agence des données de (soins) de santé, *M.B. 3 avril 2023*



3.5.2. Limites des bases de données

L'enregistrement systématique d'informations cliniques provenant des soins primaires fait largement défaut en Belgique. Certaines données utiles ne peuvent être extraites que des dossiers médicaux des patients, mais cela n'est pas possible de manière systématique, uniquement dans le cadre de projets de recherche coûteux.

Les résultats cliniques, par exemple ceux des analyses de sang ou d'urines effectuées dans le cadre des soins de première ou deuxième ligne, ne figurent généralement pas non plus dans les bases de données. Il en va de même pour les PROM^q et les PREM^r (voir ci-dessous, Section 3.6), qui ne sont pas collectés en routine.

La manière dont les hôpitaux enregistrent les dossiers médicaux des patients dans le RHM peut varier d'un hôpital à l'autre. Certaines informations sont parfois sur- ou sous-enregistrées, en partie en raison des modalités du financement des hôpitaux. Un contrôle régulier de la qualité du RHM par le gouvernement est donc très important. Récemment, le KCE a recommandé de renforcer les audits du RHM et de prévoir dans la législation la possibilité de sanctions financières en cas de non-respect des directives de codage, car un fondement juridique fait actuellement défaut.³²

De même, les instructions et les codes de facturation peuvent être interprétés différemment selon les systèmes de facturation ou les prestataires de soins (bien que, contrairement à ce qui se passe pour l'enregistrement du RHM, des amendes soient possibles en cas de fraude ou d'erreurs systématiques). Pour l'indicateur de qualité non mesurable « N'effectuez pas d'arthroscopie avec lavage et/ou débridement », par exemple, les codes pour l'arthroscopie diagnostique sont rarement utilisés. En général, les arthroscopies du genou sont facturées sous les codes des ménisectomies'. De ce fait, elles ne peuvent pas non plus être incluses dans les indicateurs de qualité (Tableau 2).

L'utilisation de médicaments non remboursés représente un autre obstacle à la mesure de la qualité des soins. D'autres interventions, telles que la fourniture d'informations aux patients, ne peuvent pas non plus être mesurées, puisqu'elles ne font pas l'objet d'un code de nomenclature spécifique.

Même lorsque les interventions sont remboursées, certains codes de nomenclature sont trop larges et trop vagues pour permettre une mesure correcte des indicateurs de qualité. C'est le cas, par exemple, de l'article 22 (voir Section 3.4).

Un autre inconvénient des bases de données administratives actuelles, qui ne sont en principe pas conçues pour mesurer la qualité des soins, est le long délai qui s'écoule entre la prestation des soins et la disponibilité des données pertinentes, ce qui empêche de mesurer rapidement la qualité des soins. En outre, il faut beaucoup de temps pour coupler les bases de données (plus de deux ans pour les données TCT, par exemple) et s'il faut encore, ensuite, obtenir l'approbation du Comité de sécurité de l'information de la Banque-Carrefour, les délais s'en trouvent encore allongés.

3.6. Résultats et expériences rapportés par les patients pour des soins centrés sur la personne

Les soins centrés sur la personne consistent à impliquer les patients en tant que partenaires actifs.³³ La mesure de cette dimension de la qualité des soins fait l'objet de nombreuses recherches. Elle se concentre sur la reconnaissance des besoins, souhaits et préférences de l'individu, sur la qualité de la communication avec le prestataire de soins (qui requiert toute une série de compétences, telles que l'écoute, la capacité à expliquer, la courtoisie) et sur l'implication des patients et de leurs proches dans la prise en charge. Évaluer si les soins sont effectivement centrés sur la personne constitue toutefois un défi majeur.

Pour évaluer cette approche centrée sur la personne, on peut utiliser les mesures des résultats rapportés par le patient (**Patient Reported Outcome**

^q Patient Reported Outcome Measures / résultats rapportés par les patients

^r Patient Reported Experience Measure / expériences rapportées par les patients



Measures – PROMs) et de l'expérience rapportée par le patient (**Patient Reported Experience Measures – PREMs**), des questionnaires standardisés et faciles à utiliser qui évaluent la perception qu'ont les patients de leur propre santé (plaintes, effets secondaires du traitement, etc.) (PROMs) et leur expérience du processus de soins (temps d'attente avant le premier rendez-vous, contacts avec les médecins et autres prestataires de soins...) (PREMs). S'agissant de la prise en charge des problèmes de genou, le *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score* (KOOS) est généralement utilisé comme questionnaire pour les PROMs. Les experts étaient favorables à ce que soient sélectionnés et traduits un seul PROM spécifique pour l'arthrose du genou et un seul PROM portant sur les aspects généraux, de manière à ce que les mêmes questionnaires soient utilisés dans toute la Belgique. Ils pourraient alors être mesurés dans le cadre des soins ambulatoires, idéalement à des moments précis avant et après l'intervention chirurgicale. Il faudrait de préférence qu'ils soient similaires aux PROMs utilisés dans les pays voisins. Pour l'instant, il n'existe aucun PREM spécifique à la prise en charge de l'arthrose du genou, mais les PREMs plus généraux peuvent également être utilisés ici.

Le principal défi sera d'organiser et de systématiser cette collecte de données car, en Belgique, les prestataires de soins ne collectent pas (encore) les PROMs et les PREMs de manière systématique. De plus amples informations sur les PROMs et les PREMs sont disponibles dans le [rapport 303 du KCE \(2018\)](#).

Pour améliorer la centralité de la personne dans la mesure de la qualité des soins, des **indicateurs de la qualité des processus de soins** peuvent également être mesurés à l'aide d'un questionnaire tout au long de la prise en charge en sus des PROMs et PREMs – une approche qui permet d'évaluer également la qualité des soins non opératoires, ambulatoires ou de kinésithérapie. Des questionnaires de ce type existent déjà, mais ne sont actuellement présentés aux patients que dans le cadre d'études cliniques.³⁴

³⁵ Leur traduction et leur validation pour notre pays pourraient être envisagées, sur l'exemple de ce qui se fait déjà à l'étranger.

3.7. Vers un trajet de soins intégré pour l'arthrose du genou ?

Les guides de pratique clinique internationaux pour la prise en charge de l'arthrose du genou soulignent unanimement l'importance de soins centrés sur la personne, multimodaux^s et multidisciplinaires.^{7-9, 25} Ces soins devraient se refléter non seulement dans les indicateurs de processus, mais aussi dans les indicateurs de structure. On peut citer comme exemples la mobilisation et la coordination de différents types de prestataires de soins qualifiés et l'utilisation de trajets de soins, tant en première qu'en deuxième ligne.

En Belgique, il n'existe pas (encore) de trajet de soins pour l'arthrose du genou. Les énoncés de qualité de ce rapport décrivent l'évolution de la maladie d'un patient, du diagnostic des premiers symptômes à la l'arthrose chronique, avec l'orientation vers une thérapie par l'exercice, un régime alimentaire adapté et, à un stade ultérieur, vers la deuxième ligne pour un avis concernant une éventuelle intervention chirurgicale. Un trajet de soins organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi des patients atteints d'une maladie chronique. Un trajet de soins multidisciplinaire pour l'arthrose du genou ferait intervenir plusieurs acteurs en fonction du stade de la maladie avec par exemple, en sus du patient, un médecin généraliste, un kinésithérapeute et/ou un coach du mouvement, un chirurgien, un médecin spécialiste en médecine physique, un diététicien et éventuellement un coordinateur des soins.

^s Les soins multimodaux désignent une combinaison de différents types de thérapies, par exemple des médicaments, des exercices, la chirurgie, le régime alimentaire, etc.



3.8. Conclusion

L'arthrose est l'affection articulaire la plus courante et, vieillissement de la population aidant, le nombre de personnes qui en sont atteintes (au niveau du genou) est en constante augmentation. Il n'existe malheureusement pas de traitement curatif. La prise en charge visera principalement à ralentir la progression de la maladie, à atténuer les symptômes et à améliorer la mobilité et la qualité de vie. Pour la majorité des patients, des exercices thérapeutiques accompagnés sont suffisants et la chirurgie n'est pas nécessaire.

Afin de mesurer et d'améliorer la qualité des soins dans la prise en charge de l'arthrose du genou dans notre pays, il a été demandé au KCE de développer des indicateurs de qualité pour le contexte belge.

Nous avons commencé pour cela par élaborer une norme de qualité (Tableau 1), qui pourra être développée de façon plus poussée par la première ligne en collaboration avec des associations scientifiques, et par la deuxième ligne en collaboration avec le *Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ)* et la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et la Sécurité des patients (PAQS). Nous avons ensuite défini une série d'indicateurs de qualité (Tableau 2), qui peuvent également être opérationnalisés et mis en œuvre par le VIKZ et la PAQS en collaboration avec des experts du domaine. Cette norme et cet ensemble d'indicateurs sont fondés sur des preuves (données scientifiques robustes). Les médecins généralistes et les kinésithérapeutes jouent un rôle important dans le traitement conservateur des patients souffrant d'arthrose du genou et assurent la continuité des soins.

La prévention de l'arthrose du genou n'a pas été étudiée dans le cadre de ce projet. Elle sera toutefois importante pour faire face à l'augmentation de la prévalence à long terme. Il conviendra également de suivre de près l'émergence de nouvelles données probantes relatives au traitement conservateur précoce ; là aussi, des données scientifiques fiables pourraient être collectées.



■ RECOMMANDATIONS^t

Au Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ), à la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS), aux prestataires de soins de première et de deuxième ligne et aux associations scientifiques des prestataires de soins impliqués dans les soins aux patients atteints d'arthrose du genou

1. Finaliser, diffuser et mettre en œuvre la norme de qualité pour la prise en charge de l'arthrose du genou. Pour ce faire, collaborer avec des experts de terrain en première et deuxième ligne.
 - a) Pour chaque énoncé de qualité, développer un critère de référence pouvant être contrôlé pendant la mise en œuvre afin d'évaluer si et dans quelle mesure l'énoncé de qualité a été appliqué.
 - b) Sélectionner et traduire un seul PROM (mesure de résultats rapportés par le patient) général et un seul PROM spécifique au genou pour l'ensemble de la Belgique. Idéalement, ces mesures seraient effectuées au moins avant et après l'intervention chirurgicale, à un moment précis, correspondant à ce qui se fait dans d'autres pays européens. Les associations de patients devraient y être associées afin que les besoins des patients soient pris en compte sur base individuelle.

Aux ministres de la santé des entités fédérées, au VIKZ et à la PAQS

2. Poursuivre le développement d'indicateurs de qualité pour la prise en charge de l'arthrose du genou.

Faire appel pour cela à la collaboration d'experts du domaine. Ce point recouvre notamment : la définition du numérateur, du dénominateur et des critères d'inclusion et d'exclusion sur la base de la nomenclature et des codes ICD-10-BE ; la fixation des périodes durant lesquelles ces codes peuvent être recherchés dans les bases de données ; la définition d'une valeur-cible pour chaque indicateur ; la détermination des variables d'ajustement au case-mix. Les définitions techniques et la correspondance entre ce qui est mesuré par les données administratives et ce qui est vérifié dans les dossiers médicaux pour chaque indicateur de qualité devront ensuite être validées.

^t Le KCE est seul responsable des recommandations.



Aux prestataires de soins de santé impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'arthrose du genou

3. Informer les patients de l'existence du forfait douleurs chroniques pour le groupe-cible souffrant de douleurs chroniques provoquées par une arthrite/arthrose chronique, et les accompagner dans l'introduction de leur demande si nécessaire.

À l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

4. Étudier la possibilité, lors d'une prochaine révision de la nomenclature (articles 7 et 22), de rendre possible une évaluation post hoc plus spécifique des prestataires de soins impliqués et des modalités thérapeutiques utilisées, telles que l'électrothérapie, en vue de fournir un feedback permettant d'améliorer la qualité des soins.
5. Préciser le code actuel pour « l'arthroscopie avec méniscectomie » et ajouter des conditions permettant de limiter son utilisation à certains diagnostics.

Au ministre fédéral de la Santé publique

6. Continuer à mesurer le recours à l'antibioprophylaxie dans l'arthroplastie totale du genou, la satisfaction des patients (PREM) et les résultats rapportés par les patients (PROM), p.ex. par le biais du programme de paiement à la performance (Pay-for-Performance).
7. Dans une optique de fiabilité accrue, investir davantage dans le contrôle de la validité du Résumé Hospitalier Minimum afin d'obtenir un enregistrement complet et uniforme pour tous les hôpitaux (voir par exemple le sous-enregistrement des sondes vésicales).

À Healthdata.be

8. Poursuivre les efforts d'optimisation de l'enregistrement des données de bonne qualité, y compris le registre ORTHOpride, qui permet la traçabilité et le suivi de la qualité des soins.

À l'Agence des données de (soins de) santé

9. Investir dans l'intégration des systèmes d'information de santé et dans la facilité d'accès aux bases de données existantes, dont notamment ORTHOpride.



À la Belgian Society on Thrombosis and Haemostasis, au Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique et aux hôpitaux universitaires

10. Lancer un groupe de travail d'experts pour élaborer des lignes directrices pour l'utilisation des antithrombotiques dans la prévention de la thrombose veineuse profonde et de l'embolie pulmonaire dans la chirurgie d'arthroplastie du genou.

Aux autorités compétentes, aux associations scientifiques, aux associations de patients et aux groupes d'entraide qui diffusent des informations sur la prise en charge des patients souffrant d'arthrose du genou

11. Poursuivre les efforts pour dispenser des informations précises sur la prise en charge de l'arthrose du genou (sur la base d'informations récentes fondées sur des données probantes).

À la communauté scientifique qui mène des recherches sur la prise en charge des patients souffrant d'arthrose du genou

12. Pour répondre aux questions pour lesquelles il n'existe pas encore de réponses fondées sur des données empiriques, des recherches devraient être menées sur les thématiques suivantes :
- a) Comment assurer la continuité des soins de l'arthrose du genou en termes de coopération optimale entre les acteurs de la première et de la deuxième ligne, en ce compris les kinésithérapeutes et/ou les autres prestataires de soins paramédicaux ?
 - b) Y a-t-il une place pour un coordinateur des soins, et quel prestataire pourrait assumer ce rôle pour améliorer la continuité des soins aux patients chroniques ?



■ RÉFÉRENCES

1. 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.
2. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet.* 2019;393(10 182):1745-59.
3. Spitaels D, Mamouris P, Vaes B, Smeets M, Luyten F, Hermens R, et al. Epidemiology of knee osteoarthritis in general practice: a registry-based study. *BMJ Open.* 2020;10(1):e031734.
4. Murphy L, Schwartz TA, Helmick CG, Renner JB, Tudor G, Koch G, et al. Lifetime risk of symptomatic knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2008;59(9):1207-13.
5. 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 & Rheumatology.* 2020;72(2):220-33.
6. Bennett B, Coventry E, Greenway N, Minchin M. The NICE process for developing quality standards and indicators. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2014;108(8-9):481-6.
7. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of Osteoarthritis of the Knee (NonArthroplasty) Evidence-Based Clinical Practice Guideline. 2021. Available from: <https://www.aaos.org/oak3cpg>
8. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Surgical Management of Osteoarthritis of the Knee. Clinical Practice Guideline. 2022. Available from: <https://www.aaos.org/quality/quality-programs/lower-extremity-programs/surgical-management-of-osteoarthritis-of-the-knee/>
9. National Institute for Health and Care Excellence. Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder. NICE guideline [NG157]. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng157>



10. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management. NICE guideline [NG226]. 2022. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng226>
11. National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infections: prevention and treatment. NICE guideline [NG125]. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
12. National Institute for Health and Care Excellence. Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism. NG89. 2018. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng89
13. Wainwright TW, Gill M, McDonald DA, Middleton RG, Reed M, Sahota O, et al. Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Acta Orthop. 2020;91(1):3-19.
14. Kampshoff CS, Peter WFH, van Doormaal MCM, Knoop J, Meerhoff GA, Vliet Vlieland TPM. KNGF-richtlijn Artrose heup-knie: Conservatieve, pre- en postoperatieve behandeling 2018. Available from: <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kennisplatform/onbeveiligd/richtlijnen/atrose-heup-knie/downloads/kngf-richtlijn-artrose-heup-knie-2018.pdf>
15. The Royal Australian College of General Practitioners. Guideline for the management of knee and hip osteoarthritis. 2nd edn. East Melbourne, Vic: RACGP. 2018.
16. Vlaamse Overheid. [cited October 8th 2023]. Available from: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/>
17. e-gezondheid portaal INAMI - RIZIV. QERMID©ORTHOpride. 2022/01/18/14:05:51. Available from: <https://www.ehealth.fgov.be/nl/beroepsbeoefenaars-in-de-gezondheidszorg/diensten/qermidorthopride>
18. Meeus P, Dalcq V, Beauport D, Declercq K, Hoekx L, Sierens K, et al. RIZIV – INAMI. Medical practice variations: Knee prosthesis. 2023. Available from: <https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations/musculoskeletal-system/lower-limbs/knee-prosthesis>
19. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2022. 2022.
20. ORTHOpriDe. Belgian Hip and Knee Arthroplasty Register. Annual Report. 2022.
21. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Desfosses J, Luyten F, Verschueren S, Van Assche D, et al. Barriers for guideline adherence in knee osteoarthritis care: A qualitative study from the patients' perspective. Journal of evaluation in clinical practice. 2017;23(1):165-72.
22. Spitaels D, Vankrunkelsven P, Grypdonck L, Duser FR, Aertgeerts B, Luyten FP, et al. Quality of Care for Knee Osteoarthritis in Primary Care: A Patient's Perspective. Arthritis care & research. 2020;72(10):1358-66.
23. Spitaels D, Hermens R, Van Assche D, Verschueren S, Luyten F, Vankrunkelsven P. Are physiotherapists adhering to quality indicators for the management of knee osteoarthritis? An observational study. Musculoskeletal science & practice. 2017;27:112-23.
24. Desomer A, Van den Heede Koen, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, Cleemput I. Het gebruik van patiëntuitkomsten en -ervaringen (PROMs/PREMs) voor klinische en beleidsdoelinden – Synthese. Health Services Research (HSR) Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2018. KCE Reports 303As. D/2018/10.273/37.
25. National Institute for Health and Care Excellence. Osteoarthritis in over 16s. Quality standard [QS87]. 2022. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs87>



26. National Institute for Health and Care Excellence. Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder. Quality standard [QS206]. 2022. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs206/chapter/Quality-statements>
27. Belgian Society of Radiology. Correct use of medical imaging [Web page].2010. Available from: <https://www.bsr-web.be/resources/guidelines>
28. Kerr DR, Kohan L. Local infiltration analgesia: a technique for the control of acute postoperative pain following knee and hip surgery: a case study of 325 patients. Acta Orthop. 2008;79(2):174-83.
29. OECD. Healthcare Quality and Outcomes (HCQO) indicators 2022-23 Definitions. 2022. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf>
30. Brosseau L, Taki J, Desjardins B, Thevenot O, Fransen M, Wells GA, et al. The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part two: strengthening exercise programs. Clin Rehabil. 2017;31(5):596-611.
31. Grenier JP, Rothmund M, Missmann M. Variation in the utilisation of physiotherapy in patients with advanced knee osteoarthritis prior to total knee arthroplasty a systematic review. Musculoskeletal Care. 2023;21(2):338-54.
32. Camberlin C, Obyn C, Neyts M. Transversale Budget impact analyses: mogelijkheden bij het gebruik van administratieve databanken. Method. Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 369A. DOI: 10.57598/R369AS. 2023.
33. OECD. Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality. 2017. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>
34. Østerås N, Tvetter AT, Garratt AM, Svinøy OE, Kjekken I, Natvig B, et al. Measurement properties for the revised patient-reported OsteoArthritis Quality Indicator questionnaire. Osteoarthritis Cartilage. 2018;26(10):1300-10.
35. Teo PL, Hinman RS, Egerton T, Dziedzic KS, Kasza J, Bennell KL. Patient-reported quality indicators to evaluate physiotherapy care for hip and/or knee osteoarthritis- development and evaluation of the QUIPA tool. BMC musculoskeletal disorders. 2020;21(1):202.



COLOPHON

Titre :	Norme de qualité et indicateurs de qualité pour la prise en charge de l'arthrose du genou – Synthèse
Auteurs :	Vicky Jespers (KCE), Cécile Camberlin (KCE), Ans Van Ginckel (KCE), Justien Cornelis (KCE), Roos Leroy (KCE)
Facilitateur de projet :	Els Van Bruystegem (KCE)
Extraction, transformation et mise à disposition des données :	Cécile Camberlin (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE)
Relecture :	Mats De Jaeger (KCE), Leen Verleye (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Experts externes :	Olivier Bruyère (Uliège), Pierre Burton (SORBCOT – Société royale belge de chirurgie orthopédique et de traumatologie), Axel de Aguirre (Huisartspraktijk Axel de Aguirre), Anita De Backer (RIZIV-INAMI, Unité Audit des Hôpitaux), Liesbet De Baets (VUB - Vrije Universiteit Brussel), Isabel De Boosere (ReumaNET vzw), Svin Deneckere (VIKZ), Jolien De Rijck (AZ Sint Blasius Dendermonde), Dirk De Wachter (VIKZ), Claire Gazotti (RIZIV-INAMI), Yves Henrotin (Fondation Arthrose, ULiège), Sigrid Janssens (KU Leuven), Marlies Kaerts (UZ Leuven), Kirsten Kerremans (AZ Sint Blasius), Céline Labie (KU Leuven), Natacha Laeremans (ReumaNET vzw), Frank Luyten (KU Leuven, UZ Leuven), Céline Mathy (Fondation Arthrose), Jo Nijs (VUB, UZ Brussel), Nils Runge (VUB), Quentin Schoonvaere (PAQS asbl), Emmanuel Thienpont (Cliniques universitaires Saint Luc Bruxelles), Johan Vanlauwe (UZ Brussel), Philippe Van Overschelde (Belgian Knee Society), Peter Verdonk (BVOT - Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie), Frank Verheyden (Heilig Hart Ziekenhuis Lier), Jan Victor (UZ Gent, UGent)
Validateurs externes :	Nina Østerås (Center for treatment of Rheumatic and Musculoskeletal Diseases (REMEDY), Diakonhjemmet Hospital, Oslo, Norvège), Lies Gryndonck (RIZIV – INAMI), Paul Baker (South Tees Hospitals NHS Foundation Trust, Royaume-Uni)
Remerciements :	Nous tenons à remercier Cécile Oury (ULiège, BSTH) et Andrée Mangin (KCE) pour leur support.
Intérêts déclarés KCE :	<p>Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il doit identifier et mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires.</p> <p>Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les</p>



organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.

Intérêts déclarés externes :

« Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine de cette étude. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt. »

Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Paul Baker (Membre de la British Orthopaedic Association (BOA), membre de la British Association for Surgery of the Knee (BASK)), Isabel De Boosere (Reumanet en tant que groupe d'intérêt pour les patients atteints de rhumatisme), Nina Østerås (Joint Effort Initiative Implementation Groupe de travail de l'OARSI ayant pour objectif d'accélérer l'adoption des meilleurs programmes de soins pour l'arthrose), Emmanuel Thienpont (Membre du comité exécutif de la European Knee Society), Johan Vanlauwe (Association belge d'orthopédie et de traumatologie : secrétaire), Philippe Van Overschelde (Belgian Knee Society), Peter Verdonk (BVAS, BVOT, BKS, ESSKA, ISAKOS, ICRS, MoRE), Frank Verheyden (Président Belgian Knee Society), Jan Victor (BVOT, Belgian Knee Society, European Knee Society, American Knee Society)

Propriétaire de parts de capital, d'options, d'actions ou d'autres instruments financiers : Yves Henrotin (Artialis sa), Peter Verdonk (redevances CONMED)

Titulaire de droits de propriété intellectuelle (brevet, promoteur d'un produit, copyrights, marques déposées, etc.) : Jan Victor (Brevets sous licence à Smith & Nephew et Corin)

Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Axel de Aguirre (Rapport sur la mise en œuvre d'EBPracticenet pour la prise en charge conservatrice de l'arthrose du genou et de la hanche), Céline Labie (Doctorante)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Paul Baker (NIHR Grant Holder – 2 projets de recherche NIHR, OPAL Study – Occupational Advice for patients undergoing arthroplasty of the lower limb, OPAL Trial – Occupational Support for patients undergoing arthroplasty of the lower limb), Liesbet De Baets (Essai PREMEO : l'intégration de thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie dans les meilleures pratiques de soins pour les patients souffrant d'arthrose du genou et d'insomnie- Un essai contrôlé randomisé), Yves Henrotin (CUBO (Tilman), WOBESMART (Nestlé), T-MOTION (Naturex), LASARE (4P-PHARMA)), Marlies Kaerts (Chercheuse de l'étude scientifique : « État de santé, forme physique objective et utilisation de la physiothérapie dans le rhumatisme psoriasique » à l'UZ/KU Leuven (S65783)), Céline Labie (Chercheuse de l'étude : Vers une thérapie sur mesure



pour les personnes souffrant d'arthrose : la valeur ajoutée de la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie chez les personnes souffrant d'arthrose du genou et d'insomnie (étude PREMEO)), Jo Nijs (Plusieurs études en cours sur le traitement de l'arthrose du genou), Nina Østerås (Investigatrice principale de deux études contrôlées randomisées essais sur les soins à distance pour la spondyloarthrite axiale et la goutte, pour une étude de cohorte longitudinale sur l'arthrose basée sur la population et responsable du groupe de travail « Approches innovantes des soins à distance » au centre REMEDY. Co-encadrant d'un doctorant avec un essai randomisé sur l'exercice numérique dans l'arthrose du genou/hanche), Nils Runge (Financement de thèse dans le cadre de la recherche PREMEO), Philippe Van Overschelde (Application mobile pour la rééducation RCT-Patient rapporté résultat de la rééducation et qualité de vie chez les patients de la littérature informatique subissant une arthroplastie primaire du genou ou de la hanche et randomisés en rééducation avec ou sans utilisation éventuelle d'une application mobile), Peter Verdonk (LIPOGEM vs Hyaluronic Acid RCT), Jan Victor (Etude Atlas (Moximed), Move Up étude pour l'INAMI)

Bourse, honoraire ou fonds pour un membre du personnel ou toute autre forme de compensation pour la conduite de la recherche visée au point précédent : Olivier Bruyère (Bourse de recherche (au cours des 5 dernières années) de Biophytis, IBSA, Mylan, TRB), Jo Nijs (Fonds de recherche pour la recherche sur le traitement de l'arthrose du genou. Ces fonds de recherche sont (en partie) gérés par moi, dans mon rôle à la VUB (en tant que PI ou co-PI) de ces projets), Jan Victor (Financement FWO pour la recherche doctorale sur l'alignement et la révision des prothèses totales de genou)

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes: Olivier Bruyère (Consulting or lecture fees from Amgen, Aptissen, Biophytis, IBSA, Mylan, Novartis, Orifarm, Sanofi, UCB and Viatrix), Pierre Burton (Amplitude, ICB), Dirk De Wachter (VIKZ), Yves Henrotin (Tilman, Kiomed, Expanscience, Nestlé, 4P-Pharma, Geenequine, Grunenthal), Natacha Laeremans (As a volunteer for a company project through ReumaNet vzw), Peter Verdonk (LIPOGEM, CARTIHEAL, CONMED, AQTOR)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Pierre Burton (Amplitude, ICB), Liesbet De Baets (Cours sur la gestion du sommeil dans une population souffrant de douleurs chroniques, y compris les personnes souffrant d'arthrose), Isabel De Boosere (Volontariat Reumanet pour Grünenthal (rémunération volontaire) - une société pharmaceutique qui développe un médicament pour bénévolat Reumanet pour l'AFMPS - demande d'étude pilote pour un médicament contre l'arthrose), Yves Henrotin (Tilman, Kiomed, Expanscience, Lahbra, Nestlé), Céline Labie (Dans le cadre de ma thèse), Nina Østerås (Déplacements subventionnés et hébergement pour le congrès EULAR 2023 et le congrès scandinave de rhumatologie 2023), Nils Runge (Frais de déplacement et remboursement du temps pour une présentation au Congrès Physio 2023 en Allemagne (thème : insomnie et douleur chronique)), Frank Verheyden (Parfois, je prends la parole lors de réunions organisées par Smith et Nephew)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Paul Baker



(Ancien membre du comité des lignes directrices du NICE (NG157) et membre du comité des normes de qualité du NICE (ces rôles ont pris fin respectivement en 2020 et 2021)), Olivier Bruyère (Membre de la Société européenne pour les aspects cliniques et économiques de l'ostéoporose, de l'arthrose et des maladies musculo-squelettiques (ESCEO) qui a construit des lignes directrices dans le domaine de l'arthrose), Svin Deneckere (Directeur du VIKZ. Les résultats de cette étude pourront conduire à la conception de nouveaux indicateurs au sein du VIKZ), Emmanuel Thienpont (Chef du Service d'Orthopédie-Traumatologie, Cliniques Universitaires Saint Luc, Bruxelles), Johan Vanlauwe (Association belge d'orthopédie et de traumatologie : secrétaire), Peter Verdonk (Ancien président du BKS, nouveau président du BVOT), Frank Verheyden (Président de la Belgian Knee Society), Jan Victor (BKS, EKS)

Autres intérêts possibles qui pourraient mener à un potentiel ou réel conflit d'intérêts : Isabel De Boosere (En tant que bénévole Reumanet, je participe également au groupe de pilotage du projet KCE COGENIUS sur l'arthrose du genou et les douleurs postopératoires du genou).

Layout :

Joyce Grijseels, Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés à deux moments différents au cours du projet. Premièrement, pour fournir des commentaires écrits, et deuxièmement, pour participer à une réunion afin d'atteindre un consensus sur la pertinence clinique des déclarations et des indicateurs. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions.**
- **Ensuite, une version (finale) a été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un processus de consensus entre les validateurs. Les experts externes et les validateurs n'ont pas été coauteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement en accord avec son contenu**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Numéro de projet :

2021-09

Date de publication :

19 décembre 2023

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Osteoarthritis, Knee; Humans; Quality of Health Care; Quality Indicators, Health Care; Quality Assurance, Health Care

Classification NLM :

WE 870

Langue :

Français



Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2023/10.273/38
ISSN : 2466-6440
Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.
<https://doi.org/10.57598/R375BS>



Comment citer ce rapport ?

Jespers V, Camberlin C, Van Ginckel A, Cornelis J, Leroy R. Norme de qualité et indicateurs de qualité pour la prise en charge de l'arthrose du genou – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2023. KCE Reports 375Bs. D/2023/10.273/38.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.