



PHOENIKS
KINÉ DOMICILE · PARIS

GUIDE ÉDUCATIF · KINÉSITHÉRAPIE À DOMICILE

Arthrose de la hanche et du genou : bouger sans peur

Comprendre, bouger en sécurité, et savoir quand l'infiltration ou la chirurgie se discutent.

William Legendre — Masseur-kinésithérapeute diplômé d'État
RPPS 10101730967 · Prévention et rééducation de l'arthrose
Kinésithérapie à domicile à Paris · phoeniks.fr

BIENVENUE

L'arthrose ne condamne pas au repos

On entend souvent que l'arthrose est une « usure » inévitable, qu'il faudrait « ménager » l'articulation et bouger le moins possible. C'est l'inverse qui est vrai — et c'est une bonne nouvelle.

L'arthrose de la hanche (coxarthrose) et du genou (gonarthrose) est l'une des causes les plus fréquentes de douleur articulaire après la cinquantaine. Beaucoup de personnes, par peur d'« abîmer » davantage leur articulation, finissent par moins marcher, moins sortir, moins bouger. Or c'est précisément cette inactivité qui aggrave la douleur et la raideur. La science est aujourd'hui très claire sur un point : **le mouvement adapté est le premier traitement de l'arthrose**, avant les médicaments et avant la chirurgie.

Vous trouverez dans ce guide des repères simples et honnêtes : ce qu'est réellement l'arthrose, pourquoi « bouger use l'articulation » est une idée fausse, quel type d'activité fait vraiment baisser la douleur, comment gérer la douleur sans tout arrêter, et dans quels cas l'infiltration ou la chirurgie se discutent — avec leurs nuances. Chaque chiffre cité s'appuie sur des revues scientifiques récentes et est sourcé en fin de document.

Une précision importante : ce document est **éducatif**. Il ne remplace ni l'avis de votre médecin, ni l'évaluation d'un masseur-kinésithérapeute diplômé d'État. Il vous aide à comprendre, à poser les bonnes questions, et à bouger en sécurité.

AU SOMMAIRE

1. Comprendre l'arthrose : ce qui se passe vraiment
2. L'idée reçue n°1 : « bouger use l'articulation »
3. Le programme qui marche : l'exercice d'abord
4. Gérer la douleur sans s'arrêter
5. Infiltration, AINS, chirurgie : quand et avec quelles nuances
6. Le rôle du kiné à domicile
7. Bouger au quotidien
8. Vos check-lists & contacts utiles

1. Comprendre l'arthrose : ce qui se passe vraiment

Dans une articulation, les extrémités des os sont recouvertes d'un revêtement lisse et élastique : le **cartilage**. Il amortit les chocs et permet aux surfaces de glisser sans frottement. Dans l'arthrose, ce cartilage s'altère et s'amincit, et l'ensemble de l'articulation réagit — l'os, la membrane qui tapisse l'articulation, les muscles autour.

On a longtemps résumé l'arthrose à une simple « **usure mécanique** », comme un pneu qui s'use fatalement avec les kilomètres. Cette image est trompeuse. L'arthrose n'est pas une fatalité linéaire qui ne ferait qu'empirer : c'est un déséquilibre, dans lequel l'articulation entière est concernée, et sur lequel **on peut agir**. La douleur ressentie ne correspond d'ailleurs pas mécaniquement à l'état du cartilage : certaines articulations très abîmées à la radio font peu souffrir, et inversement.

Pourquoi cette nuance change tout

Si l'arthrose était une pure usure, le repos serait logique : moins on s'en sert, moins on l'abîme. Mais ce raisonnement est faux. Le cartilage n'a pas de vaisseaux sanguins : il se **nourrit du mouvement**, qui fait circuler le liquide articulaire. Les muscles autour de l'articulation, eux, la stabilisent et la protègent — et ils s'entretiennent par l'activité. Comprendre cela, c'est déjà sortir du piège du repos.

À RETENIR

L'arthrose n'est pas une simple « usure » mécanique vouée à empirer. C'est un déséquilibre de toute l'articulation, sur lequel **le mouvement adapté agit favorablement**. La douleur n'est pas le reflet direct de l'état du cartilage — et l'on peut souvent aller mieux *sans* que le cartilage « repousse ».

CHAPITRE 2

2. L'idée reçue n°1 : « bouger use l'articulation »

C'est la croyance la plus répandue — et la plus contre-productive. Non, bouger n'« use » pas l'articulation arthrosique. C'est **l'inactivité** qui l'aggrave.

Le réflexe paraît logique : « j'ai mal, donc je dois ménager mon genou (ou ma hanche) ». En réalité, ce raisonnement enclenche un cercle vicieux. À force de moins bouger, les muscles qui soutiennent l'articulation s'affaiblissent, la raideur s'installe, le cartilage est moins bien « nourri », et la douleur... augmente. Moins on bouge, plus on a mal ; plus on a mal, moins on bouge.

Ce que le cartilage demande vraiment

Le cartilage se comporte un peu comme une éponge : la mise en charge et le mouvement alternés font entrer et sortir le liquide articulaire qui l'hydrate et le nourrit. Une articulation qui ne bouge plus est une éponge qui se dessèche. À l'inverse, une activité régulière et bien dosée **entretient** l'articulation, renforce les muscles protecteurs et calme la douleur sur le long terme. Le mouvement n'est pas l'ennemi de l'arthrose : c'en est le traitement.

ASTUCE

Remplacez la règle « je ménage » par la règle « je dose ». L'objectif n'est pas d'en faire le moins possible, mais de trouver la **juste quantité d'activité** : assez pour entretenir l'articulation, sans déclencher une douleur qui dure. Cette juste dose se trouve progressivement — et c'est exactement ce qu'un kinésithérapeute aide à régler.

3. Le programme qui marche : l'exercice d'abord

Ce n'est pas une opinion : c'est la conclusion convergente des plus grandes revues scientifiques. Pour l'arthrose du genou comme de la hanche, **l'exercice thérapeutique est le traitement de première intention**, avant les médicaments et avant la chirurgie.

Ce que disent les méta-analyses

Les recommandations internationales de référence (OARSI 2019) classent l'**exercice encadré**, associé à l'éducation et à la gestion du poids, comme traitement **de première intention inconditionnelle** — c'est-à-dire recommandé pour *tous* les patients, hanche comme genou (Bannuru 2019). Cette place repose sur des méta-analyses de niveau de preuve élevé.

-12 /

100

de douleur en moyenne, et environ **-10/100 de gêne fonctionnelle**, grâce à l'exercice terrestre supervisé dans la **gonarthrose** (genou) — niveau de preuve élevé, méta-analyse Cochrane de 54 essais (Fransen 2015). Un effet **comparable à celui des anti-inflammatoires**, qui se prolonge 2 à 6 mois après la fin du programme encadré.

1 / 6

pour la **coxarthrose** (hanche) : il suffit en moyenne de **6 personnes** suivant un programme d'exercice pour qu'une de plus voie sa douleur soulagée de façon cliniquement utile (NNT = 6) — niveau de preuve élevé, méta-analyse Cochrane (Fransen 2014). Effet maintenu jusqu'à 3 à 6 mois après le suivi.

En clair : sur la douleur, l'exercice fait *au moins aussi bien* qu'un médicament anti-inflammatoire, sans ses effets indésirables — et son bénéfice persiste après l'arrêt du programme.

Quels exercices, concrètement ?

Pas d'acrobaties : un programme efficace combine, simplement et progressivement, trois familles de gestes.

- ✓ **Le renforcement musculaire** : remuscler les cuisses (quadriceps), les fessiers et les muscles qui entourent l'articulation, pour qu'ils soutiennent et « déchargent » le genou ou la hanche.
- ✓ **La mobilité et les étirements** : entretenir l'amplitude de l'articulation et lutter contre la raideur, en particulier le matin.
- ✓ **L'activité d'endurance douce** : marche, vélo, et — pour ceux qui tolèrent mal l'appui — **l'exercice en piscine**. La portance de l'eau allège l'articulation tout en faisant travailler les muscles ; c'est une option utile, à l'effet un peu plus modeste que le travail « à sec » mais bien réel (méta-analyse Cochrane, Bartels 2016).

Pour le genou en particulier, renforcer *aussi* la hanche (et pas seulement le genou lui-même) améliore les résultats sur certaines douleurs du genou antérieur — un principe que le kinésithérapeute applique en travaillant la chaîne musculaire entière, pas seulement l'articulation qui fait mal (Cochrane, van der Heijden 2015).

PRUDENCE

Démarrez **progressivement** et **sur prescription médicale**. Un programme mal calibré — trop intense d'emblée, ou mal exécuté — peut réveiller la douleur et décourager. Tout l'enjeu est la **juste dose** et la **progression** : c'est précisément le métier du masseur-kinésithérapeute, qui évalue vos capacités, choisit les bons exercices et les fait évoluer séance après séance.

4. Gérer la douleur sans s'arrêter

La grande question de tous : « Si ça fait mal quand je bouge, est-ce que je m'abîme ? » Dans l'arthrose, la réponse est le plus souvent **non** — à condition de savoir distinguer une gêne acceptable d'une vraie alerte.

Avec l'arthrose, une douleur **modérée et tolérable** pendant ou juste après l'activité ne signifie pas que l'on aggrave les choses. C'est souvent l'articulation et les muscles qui « se réveillent ». Ce qui compte, c'est la manière dont la douleur évolue ensuite : si elle reste supportable et **retombe en quelques heures** (au maximum dans la journée ou la nuit qui suit), on est dans la bonne zone et l'on peut continuer.

Le repère simple de la « douleur acceptable »

- ✓ **Acceptable** : une gêne légère à modérée pendant l'effort, qui ne s'aggrave pas au fil des jours et se calme dans les heures suivantes. On peut poursuivre, en ajustant l'intensité.
- ✓ **À réévaluer** : une douleur vive qui s'intensifie, qui dure plusieurs jours, s'accompagne d'un gonflement marqué, d'une chaleur, d'un blocage de l'articulation ou d'une nette perte de mouvement. Là, on lève le pied et on en parle au médecin ou au kinésithérapeute.

Ce cadre permet de sortir de la logique du « tout ou rien » — où l'on alterne forcing et arrêt complet. On vise un effort **régulier et progressif**, qu'on module selon les jours plutôt qu'on interrompt à la moindre gêne.

LA BONNE NOUVELLE

Mieux comprendre sa douleur, c'est déjà la rendre moins menaçante. Quand on sait qu'une gêne modérée n'est pas un signal de danger, on cesse d'éviter le mouvement — et l'on enclenche le cercle vertueux : plus d'activité, des muscles plus forts, moins de douleur. Le kinésithérapeute vous aide à tracer *votre* ligne entre la gêne acceptable et l'alerte.

5. Infiltration, AINS, chirurgie : quand, et avec quelles nuances

L'exercice est le socle — mais il existe d'autres outils, utiles à leur place. Voici ce qu'en dit la science, sans exagérer ni dramatiser, pour discuter en connaissance de cause avec votre médecin.

Les anti-inflammatoires (AINS)

Les anti-inflammatoires peuvent soulager, mais tous ne se valent pas. Pour le genou, la grande comparaison de référence (réseau de 192 essais, plus de 100 000 participants) place les **AINS en gel/crème (diclofénac topique)** comme **premier traitement médicamenteux** : efficaces et généralement bien tolérés, car appliqués localement (da Costa 2021). Les AINS *oraux* sont efficaces aussi, mais demandent des précautions (cœur, reins, estomac), surtout sur la durée. À l'inverse, les **opioïdes sont déconseillés** : leur rapport bénéfice/risque est défavorable dans l'arthrose.

Les infiltrations

L'infiltration de **corticoïde** dans l'articulation peut apporter un soulagement **de courte durée** (quelques semaines), utile lors d'une poussée douloureuse. Mais deux nuances importantes :

- ✓ **L'effet est bref.** Pour la hanche, les données sont de qualité limitée et montrent surtout un soulagement transitoire de 4 à 8 semaines (McCabe 2016).
- ✓ **La répétition n'est pas anodine pour le genou.** Un essai contrôlé a montré que des infiltrations de corticoïde *répétées* (tous les 3 mois pendant 2 ans) accéléraient la perte de cartilage, **sans soulager la douleur davantage qu'un placebo** (McAlindon 2017) ; une grande cohorte va dans le même sens, avec une progression de l'arthrose plus rapide en cas d'usage répété (Zeng 2019).

Autre option pour le genou, l'**acide hyaluronique** (viscosupplémentation) : à horizon d'au moins 6 mois, il tend à faire mieux que le corticoïde sur la douleur et la fonction (Jawanda 2024). En pratique, l'infiltration garde donc une place — **ponctuelle et réfléchie**, en complément de l'exercice, pas en remplacement.

La chirurgie (prothèse) : un vrai traitement, au bon moment

Quand l'arthrose est **évoluée** et que la douleur résiste à un traitement conservateur bien mené, la pose d'une **prothèse** est une option efficace et validée. Un essai marquant l'a montré : chez des patients éligibles, la prothèse totale de genou améliore davantage la fonction à 1 an qu'un traitement conservateur seul — mais au prix de **nettement plus d'effets indésirables graves** (Skou 2015). C'est une décision qui se pèse.

74 %

des patients qui ont suivi un **traitement conservateur** (exercice encadré, éducation, adaptation) **n'avaient PAS eu besoin d'une prothèse de genou à 1 an**, dans cet essai contrôlé (Skou 2015). Autrement dit : bien accompagné, on peut souvent différer — voire éviter à cet horizon — le recours à la chirurgie. *Cela reste une possibilité statistique, pas une garantie individuelle.*

COMPLÉMENTARITÉ, PAS OPPOSITION

Le chirurgien orthopédiste et le kinésithérapeute ne s'opposent pas : ils interviennent à des moments différents du parcours. La prothèse est parfois la bonne décision, et la rééducation y a toute sa place — **avant** l'opération pour arriver dans les meilleures conditions, et **après** pour récupérer pleinement. L'objectif partagé est le même : vous permettre de remarcher et de retrouver votre vie.

6. Le rôle du kiné à domicile

Un programme efficace contre l'arthrose n'est pas un « tout fait » qu'on applique pareil à chacun. Il se construit **sur mesure**, à partir d'un bilan — et c'est là que le masseur-kinésithérapeute intervient.

Un accompagnement en plusieurs temps

- ✓ **Le bilan** : évaluation de la douleur, de la mobilité de l'articulation, de la force musculaire, de la marche et des gestes du quotidien qui posent problème.
- ✓ **Le programme** : des exercices choisis et dosés selon *vos* capacités (renforcement, mobilité, endurance douce), avec une **progression individualisée** — la fameuse « juste dose ».
- ✓ **L'éducation à la douleur** : apprendre à distinguer la gêne acceptable de l'alerte, et à moduler l'effort sans tout arrêter.
- ✓ **La réévaluation** : on ajuste le programme à mesure que vous progressez, et on transmet un compte rendu au médecin.

POURQUOI « À DOMICILE » A DU SENS

À domicile, on travaille les *vrais* gestes, dans le *vrai* environnement : se relever de son fauteuil, monter son escalier, marcher dans son couloir, entrer dans sa douche. Le kinésithérapeute vous montre aussi les exercices à **poursuivre seul entre les séances** — car c'est la régularité qui paie. La prise en charge à domicile se fait **sur prescription médicale**, qui doit préciser « à domicile ».

Faire appel à un kinésithérapeute pour son arthrose, ce n'est pas « se résigner » ni un premier pas vers la dépendance. C'est exactement l'inverse : **c'est se donner les moyens de continuer à bouger**, à marcher et à faire ce qui compte, le plus longtemps possible.

7. Bouger au quotidien

Au-delà des séances, l'arthrose se gère surtout dans les habitudes de tous les jours. Trois leviers simples font une grande différence sur la durée : l'activité régulière, le poids, et la marche.

Une activité régulière, à son rythme

Le meilleur entretien d'une articulation arthrosique, c'est le **mouvement répété**, sans excès. Mieux vaut un peu, souvent, que beaucoup, rarement. Marcher chaque jour, pédaler sur un vélo, nager ou bouger en piscine, faire ses étirements le matin pour dérouiller : ces gestes ordinaires entretiennent la mobilité et la force. L'objectif n'est pas la performance, mais la **régularité**.

Le poids : un levier puissant pour la hanche et le genou

Chaque kilo en moins, c'est plusieurs kilos de pression en moins sur le genou à chaque pas. Pour les articulations porteuses (hanche, genou), **alléger la charge soulage mécaniquement** et complète parfaitement le travail musculaire. Inutile de viser un objectif spectaculaire : une réduction même modeste, durable, aide. Votre médecin et, si besoin, un diététicien peuvent vous accompagner.

La marche : votre meilleure alliée

La marche est l'activité la plus accessible et l'une des plus utiles : elle nourrit le cartilage, entretient les muscles et le moral. On commence par des distances confortables, sur terrain plat, avec de bonnes chaussures, puis on augmente progressivement. En cas de douleur, on raccourcit sans renoncer : l'idée est de **rester en mouvement**, pas de battre des records.

À RETENIR

On ne « protège » pas une articulation arthrosique en l'immobilisant — on la préserve en **continuant à la faire bouger** intelligemment. Activité régulière, poids maîtrisé et marche quotidienne forment le trio gagnant du quotidien, en relais des séances de kinésithérapie.

8. Vos check-lists & contacts utiles

Questions à poser à votre médecin ou à votre kinésithérapeute

- ✓ Mon arthrose touche-t-elle surtout la hanche, le genou, ou les deux ? À quel stade ?
- ✓ Quels exercices puis-je commencer en sécurité à la maison — et lesquels éviter pour l’instant ?
- ✓ Quel niveau de douleur est « normal » quand je bouge, et quand dois-je m’inquiéter ?
- ✓ Un bilan kinésithérapique à domicile serait-il utile dans ma situation ?
- ✓ Quels anti-inflammatoires me conviennent (gel, comprimés), et avec quelles précautions ?
- ✓ Une infiltration est-elle indiquée dans mon cas, et à quelle fréquence raisonnable ?
- ✓ À partir de quand la question d’une prothèse se pose-t-elle, et qu’est-ce qui se discute avant ?
- ✓ Agir sur mon poids changerait-il quelque chose pour mon genou ou ma hanche ?

Mémo « contacts » (à compléter et afficher)

Urgence vitale / malaise : **15** (SAMU) · Urgence Europe : 112

Médecin traitant :

Kinésithérapeute :

Chirurgien / rhumatologue :

Pharmacie :

Diététicien·ne :

Personne à prévenir :

Ressources d’information

- **ameli.fr** (Assurance Maladie) — arthrose, parcours de soins, remboursements, activité physique.
- **has-sante.fr** (Haute Autorité de Santé) — recommandations grand public sur l’arthrose.
- **pour-les-personnes-agees.gouv.fr** — autonomie, aides à domicile, accompagnement.

Un accompagnement à domicile, à Paris

Je suis masseur-kinésithérapeute diplômé d’État et j’interviens à domicile dans Paris, notamment pour le bilan et la rééducation de l’arthrose de la hanche et du genou. Si vous avez une question, ou besoin d’un kinésithérapeute pour vous-même ou un proche, vous pouvez me contacter — sur prescription médicale.

· 06 13 36 35 92 · william.legendre@phoeniks.fr · phoeniks.fr

POUR ALLER PLUS LOIN

Sources scientifiques

Ce guide s'appuie sur les recommandations internationales (OARSI) et sur les travaux suivants (revues systématiques, méta-analyses et essais contrôlés, PubMed) :

- Bannuru RR et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, 2019. doi:10.1016/j.joca.2019.06.011
- Fransen M et al. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015. doi:10.1002/14651858.CD004376.pub3
- Fransen M et al. Exercise for osteoarthritis of the hip. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014. doi:10.1002/14651858.CD007912.pub2
- Bartels EM et al. Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. doi:10.1002/14651858.CD005523.pub3
- van der Heijden RA et al. Exercise for treating patellofemoral pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015. doi:10.1002/14651858.CD010387.pub2
- da Costa BR et al. Effectiveness and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs and opioid treatment for knee and hip osteoarthritis: network meta-analysis. *BMJ*, 2021. doi:10.1136/bmj.n2321
- McCabe PS et al. The efficacy of intra-articular steroids in hip osteoarthritis: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage*, 2016. doi:10.1016/j.joca.2016.04.018
- McAlindon TE et al. Effect of intra-articular triamcinolone vs saline on knee cartilage volume and pain in patients with knee osteoarthritis: a randomized clinical trial. *JAMA*, 2017. doi:10.1001/jama.2017.5283
- Zeng C et al. Intra-articular corticosteroids and the risk of knee osteoarthritis progression: results from the Osteoarthritis Initiative. *Osteoarthritis Cartilage*, 2019. doi:10.1016/j.joca.2019.01.007
- Jawanda H et al. Platelet-rich plasma, bone marrow aspirate concentrate, and hyaluronic acid injections outperform corticosteroids in pain and function scores at a minimum of 6 months as intra-articular injections for knee osteoarthritis: a systematic review and network meta-analysis. *Arthroscopy*, 2024. doi:10.1016/j.arthro.2024.01.037
- Skou ST et al. A randomized, controlled trial of total knee replacement. *N Engl J Med*, 2015. doi:10.1056/NEJMoa1505467

Document éducatif à destination des personnes concernées par l'arthrose et de leurs proches. Il ne se substitue ni à un diagnostic médical, ni à une consultation avec un médecin ou un masseur-kinésithérapeute diplômé d'État. Aucune méthode ne garantit la guérison de l'arthrose ni d'éviter une intervention ; les chiffres cités sont des moyennes de population et ne préjugent pas de votre situation personnelle. Avant de débiter des exercices, demandez l'avis d'un professionnel de santé, en particulier en cas de poussée douloureuse, de gonflement ou de blocage de l'articulation. Les soins de kinésithérapie sont réalisés sur prescription médicale. Aucune donnée de santé n'est collectée via ce document. © William Legendre — Masseur-kinésithérapeute DE, RPPS 10101730967. Conforme à la charte de communication du CNOMK.