

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

L'EDUCATION THERAPEUTIQUE APRES PROTHESE TOTALE DE HANCHE A TRAVERS UN LIVRET EDUCATIF

Mémoire présenté par **Lucie MUNIER**
étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute
2010-2011.

SOMMAIRE :

	Page
RESUME	
1. INTRODUCTION.....	1
2. LA HANCHE NORMALE ET LA PROTHESE TOTALE DE HANCHE	2
2.1. Particularités anatomiques de la hanche	2
2.2. La stabilité de la hanche.....	2
2.3. La balance de Pauwels	3
2.4. Indication de la mise en place d'une prothèse totale de hanche	5
2.5. Description d'une prothèse totale de hanche	5
2.5.1. Composition d'une prothèse totale de hanche	6
2.5.2. Les différents couples de frottement.....	6
2.5.3. Les modes de fixations	7
2.6. Les voies d'abord d'une prothèse totale de hanche	7
2.7. Les complications après une prothèse totale de hanche	8
3. METHODOLOGIE	9
3.1. Stratégie de la recherche documentaire	9
3.2. Les mots clés.....	9
3.3. Critères de sélections des références	10
3.4. Recherche documentaire sur la prothèse totale de hanche	10
3.5. Recherche documentaire sur l'éducation thérapeutique	12
3.6. Résultats.....	12

4. CONCEPTION D'UN LIVRET DANS UNE DEMARCHE D'EDUCATION DU PATIENT.....	13
4.1. Rôle de l'éducation thérapeutique du patient	13
4.2. Les 4 étapes d'un programme d'éducation thérapeutique du patient	15
4.3. Pourquoi un livret ?.....	16
4.4. Buts du livret.....	17
4.5. Population concernée	18
4.6. Elaboration du livret	18
4.6.1. Eviter les complications.....	19
4.6.2. La luxation	19
4.6.3. Les activités de la vie quotidiennes avec une prothèse totale de hanche.....	24
4.6.4. Le sport avec une prothèse totale de hanche.....	25
4.6.5. Les activités sexuelles avec une prothèse totale de hanche	27
5. DISCUSSION	28
6. CONCLUSION	30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

Pour la mise en place d'une prothèse totale de hanche, le séjour hospitalier est de plus en plus court et beaucoup de patients repartent directement à domicile avec peu de séances de kinésithérapie. Cependant un certain nombre de complications peuvent se produire. Certaines d'entre elles, surtout la luxation de la prothèse, sont évitables si le patient est bien éduqué.

L'éducation thérapeutique du patient, encore réservée aux affections de longue durée, pourrait être étendue à toutes sortes de pathologies dont la prothèse totale de hanche. Elle est indispensable, intégrée aux soins des patients et permet d'améliorer la qualité de vie. Le masseur-kinésithérapeute en est un acteur privilégié.

Nous avons conçu, après une analyse de la littérature, un livret éducatif. Celui-ci comporte des conseils sur le comportement à adopter pendant les activités de la vie quotidienne avec une prothèse totale de hanche. Ce livret est un supplément intégré dans un programme d'éducation thérapeutique. Il permet de pouvoir s'y référer à tout moment, à domicile, en cas de doute ou d'oubli de ce qui a été appris.

Mots clés : éducation thérapeutique, prothèse totale de hanche, luxation, livret éducatif.

Keywords : therapeutic education, total hip athroplasty, dislocation, educational booklet.

1. INTRODUCTION

L'arthroplastie totale de hanche est l'opération de chirurgie orthopédique la plus courante en France. En effet chaque année, environ 100 000 prothèses sont implantées. Ce nombre ne fait qu'augmenter à cause du vieillissement de la population et de la mise en place de prothèses sur des sujets plus jeunes. Le séjour à l'hôpital est de plus en plus court principalement pour diminuer les coûts. Ce séjour est en moyenne de 7 jours et de moins en moins de patients vont en centre de rééducation [1, 2], 50% des patients opérés retournent directement à domicile. Une prise en soins masso-kinésithérapiques est prévue dès le retour à domicile, mais celle-ci est courte, seulement 15 séances sont recommandées par la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) [3]. Le patient étant rapidement livré à lui-même, beaucoup de données sur sa pathologie, qu'il lui est parfois difficile d'intégrer rapidement, lui parviennent en peu de temps. L'éducation thérapeutique devient alors très importante pour aider le patient à mener à bien sa récupération. Si possible, elle est présente en pré-opératoire le plus souvent, ce qui permet de raccourcir la durée de séjour à l'hôpital [4, 5, 6]. Mais elle peut également être présente en post-opératoire où elle permet de réduire la survenue de complications ou d'incidents. Cela permet d'améliorer la fonction du patient et donc sa qualité de vie. Un séjour hospitalier pour mise en place d'une prothèse totale de hanche (P.T.H.) coûte entre 6000 et 8000 euros [7]. Il est donc important d'éviter la survenue de complications et donc de reprises de prothèses afin d'en diminuer les coûts.

Par une analyse de la littérature, nous avons étudié la place de l'éducation thérapeutique dans la rééducation après la pose d'une P.T.H. Nous avons choisi d'illustrer notre sujet par la conception d'un livret éducatif pour aider le patient dans sa rééducation. Dans une première

partie, nous aborderons des rappels sur la hanche et la PTH, dans une seconde nous parlerons de la démarche de recherche bibliographique et dans une dernière partie nous parlerons de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) par la conception d'un livret éducatif.

2. LA HANCHE NORMALE ET LA PROTHESE TOTALE DE HANCHE

2.1. Particularités anatomiques de la hanche

L'articulation de la hanche ou articulation coxo-fémorale est l'articulation proximale du membre inférieur. Elle a pour fonction de l'orienter dans toutes les directions de l'espace. Elle ne possède pas de mouvement de très grande amplitude mais cela est compensé par une grande stabilité. C'est une articulation portante. Lorsqu'elle travaille en dynamique (à la marche), elle supporte tout le poids du corps, elle est utilisée de façon unilatérale alternée. Lorsqu'elle travaille en statique (station debout, bipodale), elle ne supporte seulement qu'une partie du corps, elle est utilisée de façon bilatérale et non symétrique, le poids du corps n'est pas équivalent sur chaque hanche. Elle est donc constamment utilisée en station debout et dans les déplacements ce qui la soumet à des contraintes importantes. Elle se dégrade rapidement si une dysplasie intéresse l'une et/ou l'autre des surfaces articulaires. Il existe donc un risque important d'arthrose sur cette articulation [8, 9, 10].

2.2. La stabilité de la hanche

La stabilité de la hanche est très importante. En effet, une hanche raide mais stable est plus fonctionnelle qu'une hanche mobile et instable qui est inutilisable. Après une P.T.H.

l'équilibre actif et passif est modifié, les différents moyens de coaptations de l'articulation sont moins efficaces, pouvant conduire à une instabilité.

La stabilité passive de la hanche est assurée par la congruence des surfaces articulaires, l'orientation du col fémoral, les trois ligaments antérieurs disposés en Z, le ligament postérieur, le fascia lata plaqué sur le grand trochanter qui exerce une poussée coaptatrice et le labrum qui augmente la surface articulaire. Il existe également une pression intra capsulaire plus faible que la pression atmosphérique, qui permet aux surfaces articulaires de rester en contact. La stabilité active est assurée par la présence de muscles profonds périarticulaires. Dans le plan sagittal les pelvi-trochantériens assurent la stabilité par leur rôle d'antéversion ou de rétroversion du bassin. Les ischio-jambiers et le grand fessier sont sollicités surtout quand le tronc est penché vers l'avant. Dans le plan transversal, les pelvi-trochantériens et les adducteurs assurent la stabilité. Pour finir dans le plan frontal, la stabilité est principalement représentée par le moyen fessier, surtout en appui unipodal [8, 9, 10].

2.3. La balance de Pauwels

En appui unipodal, le bassin a tendance à chuter du côté controlatéral. Pour maintenir le bassin horizontal les muscles abducteurs de hanche (surtout le moyen fessier) doivent développer une force (F) de trois fois le poids du corps (P : équivaut au poids du corps moins le poids du membre porteur). En effet, en appui unipodal, la ligne de gravité est déplacée vers le côté non porteur, donc la distance qui sépare le centre de la tête fémorale de la ligne de gravité est plus longue que pour les muscles. Ainsi le bras de levier (D) du poids du corps est 3 fois plus élevé que le bras de levier des muscles abducteurs de hanche (d). Or, pour que le

bassin soit horizontal, il doit y avoir un équilibre entre les moments de force : $F \times d = P \times D$, comme $D = 3 \times d$, donc $F = 3 \times P$. De plus, la résultante des forces (R), équivaut à 4 fois le poids du corps. Comme $R = F + P$ et $F = 3 \times P$ donc $R = 4P$ (fig. 1). La hanche supporte donc quatre fois le poids du corps en appui unipodal [8, 11].

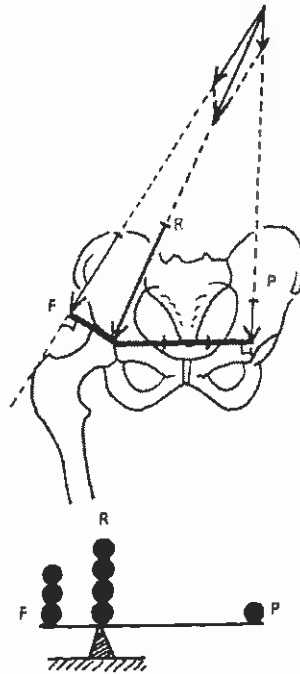


Figure 1 : schéma de la balance de Pauwels [8].

P : force gravitaire, F : force musculaire, R : résultante des deux forces.

Le modèle de Pauwels est un modèle simplifié d'appui unipodal statique. Il tient compte seulement de la gravité et des muscles abducteurs dans le plan frontal et il exclut d'autres facteurs comme les autres muscles de la hanche, les éléments capsulo-ligamentaires et toutes les autres forces qui s'appliquent sur la hanche. Mais ces rapports peuvent varier en fonction de la morphologie osseuse, par exemple, plus le col fémoral est vertical (coxa-valga), plus le bras de levier du moyen fessier diminue et donc augmente le travail musculaire du moyen fessier et les contraintes sur la hanche. [8, 11].

2.4. Indication de la mise en place d'une prothèse totale de hanche

Les deux principales indications [12, 13] de mise en place de P.T.H. sont :

- les coxopathies : avec comme indication principale les coxarthroses primitives ou secondaires, causes les plus fréquentes. Les coxarthroses nécessitent une intervention chirurgicale si elles provoquent un handicap fonctionnel quotidien qui n'est pas amélioré par un traitement médical. Il peut également s'agir plus rarement d'atteinte rhumatismale (comme la polyarthrite rhumatoïde), d'atteinte vasculaire (comme la nécrose aseptique de la tête fémorale) ou encore d'atteinte tumorale.
- Les fractures de l'extrémité supérieure du fémur : certaines fractures du col du fémur peuvent être une indication de P.T.H. lorsqu'il y a une arthrose préexistante ou si le déplacement des fragments risque d'endommager la vascularisation de la tête fémorale et entraîner une ostéonécrose.

Une prothèse totale de hanche remplace donc l'articulation coxo-fémorale quand elle est endommagée pour soulager la douleur, améliorer la mobilité et plus globalement la qualité de vie des patients. Le but de cette intervention est essentiellement fonctionnel.

2.5. Description d'une prothèse totale de hanche

Il existe deux types de prothèse de hanche [12, 13] :

- les prothèses totales de hanche qui remplacent les deux surfaces articulaires,
- les prothèses cervico-céphalique (prothèses unipolaires ou bipolaires) qui ne remplacent que le versant fémoral.

Nous nous intéressons dans ce mémoire seulement aux P.T.H.

2.5.1. Composition d'une prothèse totale de hanche

Une PTH est composée [12, 13, 14] :

- d'un couple de frottement constitué d'une tête fémorale et d'un cotyle qui est emboîté dans l'os coxal. La tête et le cotyle s'articulent entre eux.
- D'une tige avec un col fémoral intégré (la tête peut être ou non indépendante de la tige). La tige est l'élément inséré dans le fût fémoral.

Il existe plus de 400 types de P.T.H. disponibles. Elles se différencient principalement par leur couple de frottement et leur mode de fixation.

2.5.2. Les différents couples de frottement

Le couple de frottement définit la nouvelle articulation formée par la tête fémorale prothétique et la pièce cotyloïdienne et assure une partie du bon résultat fonctionnel de la prothèse [12, 13, 14].

Trois types de matériaux sont utilisés : les métaux, les céramiques et les polymères.

- Couple polyéthylène-métal : cotyle en polyéthylène associé à une tête fémorale en métal. C'est le couple de frottement le plus utilisé.
- Couple polyéthylène-céramique : cotyle en polyéthylène conventionnel associé à une tête fémorale en céramique d'alumine massive.
- Couple céramique-céramique : cotyle en céramique d'alumine massive associé à une tête fémorale en céramique d'alumine massive.
- Couple métal-métal : cotyle en métal couplé à une tête en métal.

2.5.3. Les modes de fixations

Il existe trois modes de fixations des implants fémoraux ou cotyloïdiens [12, 13, 14] :

- Cimentés : le plus souvent, le ciment sert d'adaptateur entre la prothèse et l'os.
- Non cimentés : l'ancrage des implants se fait par repousse osseuse. La prothèse peut posséder ou non de l'hydroxyapatite, substance ostéoconductrice, qui permet une meilleure repousse osseuse et améliore la fixation de la prothèse à l'os.
- Mixte : le fémur est cimenté et le cotyle est non cimenté.

2.6. Les voies d'abord d'une prothèse totale de hanche

Le choix de la voie d'abord chirurgicale de l'articulation coxo-fémorale [15, 16] dépend la plupart du temps des habitudes et de la formation du chirurgien. Il existe quatre possibilités de passage lors de l'opération : la voie d'abord antérieure, la voie d'abord antéro-latérale, la voie d'abord latérale avec possible trochantérotomie et la voie d'abord postéro-latérale. Selon la voie, différentes structures capsulo-ligamentaires et musculaires sont sectionnées, entraînant des conséquences sur le rôle de ces structures dans la stabilité de l'articulation et de la protection contre les luxations. Nous nous intéressons ici à la voie postéro-latérale qui reste la plus utilisée par les chirurgiens. D'après un questionnaire [17] concernant 193 chirurgiens, membres de la société d'orthopédie de l'Ouest, environ 50% déclarent utiliser la voie postéro-latérale.

La chirurgie de la hanche par voie d'abord postéro-latérale est simple à réaliser car elle donne une bonne vue sur l'articulation et elle occasionne peu de perte sanguine. Elle nécessite une section des muscles postérieurs comme les pelvi-trochantériens. Elle passe en arrière du

moyen fessier (fig. 2) et donc, respecte ce muscle. Il existe cependant une possibilité de lésion du nerf sciatique. Pendant la cicatrisation des muscles, il y a un risque important d'instabilité postérieure et donc de luxation postérieure [15, 16].

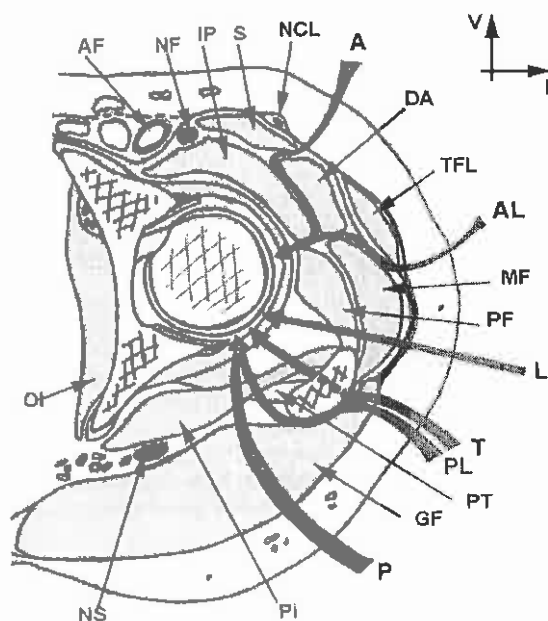


Figure 2 : coupe anatomique horizontale de la hanche montrant les différentes voies d'abord [16]. (A : antérieure, AL : antérolatérale, L : latérale, PL : postérolatérale, P : postérieure, S : sartorius, DA : droit antérieur de la cuisse, IP : iliopsoas, TFL : tenseur du fascia lata, MF ; moyen fessier, PF : petit fessier, GF : grand fessier, Pi : piriforme, OI : obturateur interne, PT : pelvitrochanteriens, NF : nerf fémoral, NCL : nerf cutané latéral de la cuisse, NS : nerf sciatique, AF : artère fémorale.)

2.7. Les complications après une prothèse totale de hanche

Les résultats d'une P.T.H. sont généralement satisfaisants. Cependant, des complications immédiates ou secondaires peuvent survenir, il faut donc les surveiller. Il existe

un risque important de luxation dû à l'instabilité post-opératoire de la hanche prothétique. Le MK va intervenir sur cette complication par la prévention en éduquant le patient. Il y a aussi des risques de descellement prothétique (complication la plus fréquente), d'infection, de complication neurologique, des risques thromboemboliques et de fracture du fémur ou du cotyle mais ils ne font pas partie du sujet de ce travail [18].

3. METHODOLOGIE

3.1. Stratégie de la recherche documentaire

La recherche documentaire a été réalisée par une analyse de la littérature en interrogeant les bases de données Kinédoc, Réédoc, Pedro, Pubmed et H.A.S. Elle a été effectuée sur la période de 2000 à 2010. Elle a été limitée aux publications en langue française ou anglaise et aux documents accessibles, pouvant être trouvés gratuitement. La recherche est divisée en deux parties, une sur la prothèse totale de hanche et une sur l'éducation thérapeutique [19].

3.2. Les mots clés

Les mots clés utilisés en langue française sont : hanche, prothèse totale de hanche ou arthroplastie totale de hanche, recommandation, luxation, rééducation, technique chirurgicale, complication, sport, éducation thérapeutique ou éducation du patient. En langue anglaise les mots clés sont : hip, total hip arthroplasty ou hip prosthesis ou hip replacement, practice guideline, dislocation, rehabilitation, surgical procedure, complication, physical activity, therapeutic education ou patient education ou self care programs. Ces mots clés ont été pris séparément ou combinés entre eux pour préciser la recherche.

3.3. Critères de sélections des références

Nous avons tout d'abord sélectionné les références en fonction de leur titre. Elles ont été retenues si leur titre était évocateur du contenu du document et abordait bien notre sujet. Nous avons ensuite lu les résumés, regardé la partie « matériel et méthode » et les résultats des études qui pourraient répondre aux questions que nous nous posions, pour connaître leur validité et leur utilité pour notre sujet [19].

3.4. Recherche documentaire sur la prothèse totale de hanche

Avec les mots clés « prothèse de hanche » ou « total hip arthroplasty OR prosthesis OR replacement » : 95 références obtenues dans Réédoc et 20 sélectionnées, 107 références obtenues dans Kinédoc et 11 références sélectionnées, 51 références obtenues dans Pedro et 3 références sélectionnées, 33 références obtenues dans H.A.S. et 9 références sélectionnées.

Avec le mot clé « hanche » associé à « recommandation » ou « hip » associé à « practice guideline OR recommandation » : 5 références obtenues dans Réédoc et 3 références sélectionnées, 7 références obtenues dans Kinédoc et 1 références sélectionnées, 55 références obtenues dans Pedro et 2 références sélectionnées.

Avec les mots clés « prothèse totale de hanche ou arthroplastie » associés à « technique chirurgicale » ou « surgical procedure OR technique » : 8 références obtenues dans Réédoc et 2 références sélectionnées, 12 références obtenues dans Kinédoc et 2 références sélectionnées.

Avec les mots clés « prothèse totale de hanche ou arthroplastie » associés à « complications postopératoires » ou « postoperative complication » : 8 références obtenues dans Réédoc et 1 référence sélectionnée, 20 références obtenues dans Kinédoc et 2 références sélectionnées, 3 références obtenues dans Pedro et 2 références sélectionnées.

Avec les mots clés « luxation de hanche » ou « hip dislocation » : 9 références obtenues dans Réédoc et 2 références sélectionnées, 48 références obtenues dans Kinédoc et 1 référence sélectionnée, 9 références obtenues dans Pedro et 3 références sélectionnées. Devant le peu de résultat concluants concernant les luxations, nous avons étendu notre recherche à la période 1990-2000, cela nous a permis de sélectionner 7 références supplémentaires.

Avec les mots clés « prothèse totale de hanche ou arthroplastie » associés à « rééducation » ou « rehabilitation » : 15 références obtenues dans Réédoc et 6 références sélectionnées, 126 références obtenues dans Kinédoc et 7 références sélectionnées, 36 références obtenues dans Pedro et 3 références sélectionnées.

Avec les mots clés « prothèse de hanche » associés à « sport » ou « physical activity » : 9 références obtenues dans Réédoc et 7 références sélectionnées, 4 références obtenues dans Kinédoc et 1 référence sélectionnée, 360 références obtenues dans Pubmed et 6 références sélectionnées.

Les recherches dans Pubmed ont été affinées car les résultats étaient trop nombreux en utilisant les mêmes mots clés que lors des recherches précédentes : avec les mots clés « hip arthroplasty » associés à « rehabilitation post operative », 226 références ont été obtenues et

20 références ont été sélectionnées. Avec les mots clés « hip arthroplasty » associés à « sexual activity », 14 références ont été obtenues et 5 références ont été sélectionnées.

3.5. Recherche documentaire sur l'éducation thérapeutique

Avec les mots clés « éducation thérapeutique ou éducation du patient » ou « education therapeutic OR patient education » : 60 références obtenues dans Réédoc et 15 références sélectionnées, 241 références obtenues dans Kinédoc et 4 références sélectionnées, 28 références obtenues dans Pedro et 6 références sélectionnées, 124 références obtenues dans H.A.S. et 5 références sélectionnées.

Les recherches dans Pubmed ont été affinées car les résultats étaient trop nombreux en utilisant les mêmes mots clés que lors des recherches précédentes : avec les mots clés « hip arthroplasty » associés à « therapeutic education OR self care programs», 218 références ont été obtenues et 14 références ont été sélectionnées.

3.6. Résultats

Nous avons sélectionné 180 références, qui ont été étudiées pour être gardées ou rejetées. Seulement 48 références ont été retenues pour la conception du mémoire. Nous avons déterminé le niveau de preuve scientifique [19] des études (tab. I, annexe I) et nous avons répertorié 2 références de niveau 1 [2, 32], 5 de niveau 2 [4, 5, 6, 31, 42], 1 de niveau 3 [37] et 17 de niveau 4 [7, 17, 24, 25, 30, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48].

4. CONCEPTION D'UN LIVRET DANS UNE DEMARCHE D'EDUCATION DU PATIENT

4.1. Rôle de l'éducation thérapeutique du patient

L'E.T.P. ou éducation du patient est décrite et proposée pour les patients atteints d'une des 30 affections de longue durée. Elle se présente sous la forme d'un programme, individuel ou collectif, bien structuré et encadré qui comporte quatre étapes. Pour démarrer un programme d'éducation, il faut au préalable obtenir une autorisation auprès de l'agence régionale de santé. Un décret du 2 août 2010 fixe les modalités d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique. La mise en œuvre d'un programme non autorisé peut exposer à 30 000 euros d'amende. Mais en suivant les étapes du programme et avec l'autorisation des agences régionales de santé, l'E.T.P. pourrait être appliquée pour toutes les pathologies. Alors pourquoi ne pas adapter les programmes d'éducation du patient aux prothèses totales de hanche ?

L'éducation du patient est en plein développement depuis quelques années, et devient un élément indispensable aux soins d'un patient. Elle est inscrite au code de santé publique depuis la loi du 21 juillet 2009 (annexe II) qui déclare que «L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie...».

Selon la définition du rapport O.M.S.-Europe publié en 1996 et traduit en français en 1998, l'éducation thérapeutique du patient «vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient [...]. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie». Ainsi l'E.T.P. est intégrée à la prise en charge thérapeutique. Elle est complémentaire et indissociable des soins, des traitements, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications. Elle demande une participation du patient, il devient acteur de sa propre santé, ce qui permet de le rendre plus autonome et d'améliorer sa qualité de vie. Elle permet de diminuer l'anxiété du patient et d'améliorer sa confiance en lui vis à vis de sa pathologie. En effet, cela va l'aider à mieux comprendre sa pathologie, ses conséquences, les facteurs d'aggravation et lui permettre ainsi de la contrôler [20, 21, 22]. Grâce à l'acquisition de connaissances et de compétences d'adaptation, l'E.T.P. permet la réduction du nombre et du temps d'hospitalisation, de séjours aux urgences et de visites médicales non programmées et donc une diminution des coûts de santé. D'après une étude de Siggeirsdottir [4], la durée de séjour en hôpital a été raccourcie de 5 jours en moyenne et le transfert en centre de rééducation a été réduit dans le groupe de patients ayant bénéficié d'une éducation préopératoire. Ce groupe possède également une meilleure fonction et qualité de vie même après 6 mois, par rapport au groupe ayant subi un traitement classique. Dans une étude de Mc Gregor [5], une éducation préopératoire avec des cours et un livret a permis de diminuer de 3 jours la durée de séjour, de diminuer les coûts de 16% et d'augmenter la satisfaction des patients après l'opération car leurs attentes de la chirurgie étaient plus réalistes.

Pour les patients porteurs d'une P.T.H., l'E.T.P. va avoir pour objectifs d'apprendre à prévenir les complications évitables et de mettre en œuvre des modifications du mode de vie. Elle tient bien sûr compte des besoins spécifiques et des priorités des patients.

4.2. Les 4 étapes d'un programme d'éducation thérapeutique du patient

L'E.T.P. se réalise dans le cadre d'un programme structuré par 2 décrets et 2 arrêtés du 2 août 2010 (annexe II) qui fixent les compétences requises pour la dispenser, donnent les conditions d'autorisation et le cahier des charges. Pour débiter un programme d'éducation thérapeutique, il faut l'autorisation du patient. L'E.T.P. est un droit auquel tout patient peut prétendre mais celui-ci a également la liberté de le refuser.

Elle doit donc être programmée et planifiée par 4 étapes [20] :

- Le diagnostic éducatif permet d'identifier les besoins du patient. Il est effectué lors d'entretiens individuels, où nous faisons le point sur les connaissances du patient sur la hanche et sur la P.T.H..
- Un programme personnalisé avec les objectifs prioritaires d'apprentissage qui sont définis avec le patient. Dans ce cas, l'objectif principal est de prévenir la survenue d'une luxation de la prothèse par l'apprentissage des gestes de la vie courante.
- Des séances d'E.T.P. individuelles ou collectives sont mises en œuvre. Nous devons sélectionner le contenu des séances, trouver une méthode d'apprentissage, des supports éducatifs. Ici des séances collectives peuvent être mise en place, avec des explications orales et pratiques avec comme support le livret. Des séances individuelles sont également mises en place lors des séances de kinésithérapie.

- La dernière étape consiste à réaliser une évaluation des compétences acquises sur les gestes pratiques et les connaissances théoriques du patient.

L'E.T.P. requiert généralement une équipe pluridisciplinaire, dont les professionnels sont choisis en fonction de la pathologie. Dans le cas des P.T.H., l'équipe peut compter par exemple, en plus d'un médecin, sur des masseur-kinésithérapeutes et des ergothérapeutes. Le masseur-kinésithérapeute par l'article 13 de son décret de compétence (annexe II) est habilité à participer à différentes actions d'éducation. C'est un acteur privilégié dans l'éducation du patient car un dialogue s'établit rapidement entre patient et masseur-kinésithérapeute, un climat de confiance se crée dû essentiellement à la répétitivité et à la durée des séances de kinésithérapie. Mais pour diriger un programme d'éducation, un des intervenants doit justifier de compétences en éducation thérapeutique constituées d'une formation de quarante heures (arrêté du 2 août 2010, annexe II).

4.3. Pourquoi un livret ?

Il existe plusieurs possibilités d'outils pouvant être utilisés lors d'une séance d'éducation thérapeutique, comme des brochures, cd-rom, site Internet... Nous avons choisi de concevoir un livret. Un livret est simple à mettre en place. Il est facile d'utilisation et il peut être mis à la disposition du plus grand nombre de personnes. Contrairement, aux cd-rom ou sites Internet qui requièrent un matériel spécifique qui n'est pas accessible à tout le monde, surtout aux personnes âgées que ce sujet cible majoritairement. De plus, un livret peut être consulté à domicile, permet de pouvoir s'y référer à tout moment et donc de rassurer. Il permet de donner également des informations à l'entourage du patient, qui pourra mieux l'accompagner

dans cette démarche. Le support papier permet d'être facile d'accès en cas de besoin de modification ou d'actualisation des informations contenues ainsi donc il pourra être personnalisé [20, 23].

4.4. Buts du livret

Les objectifs du livret sont de prodiguer une série de conseils et d'informations sur la rééducation et les précautions à prendre avec une P.T.H. Il permet d'améliorer les connaissances vis à vis de la pathologie, de comprendre les buts de la rééducation, les bénéfices et les inconvénients de la mise en place d'une P.T.H. Il récapitule tout ce qui est dit en séances collectives d'éducation ou en rééducation avec le masseur-kinésithérapeute. C'est un complément, il ne se substitue pas à de réelles séances d'éducation. Il aide le patient lors de son retour à domicile à se souvenir de tous les conseils donnés. Une étude de Gourdon [24] concernant l'évaluation de l'intégration des conseils sur la prévention des luxations, montre que certains conseils ne sont pas bien intégrés par les patients. Par exemple, 45 jours après l'opération, 18% des patients étudiés ne réalisent pas correctement un demi-tour et 42% ne montent pas correctement sur la table d'examen ou dans leur lit. Cela montre qu'une simple séance d'éducation collective n'est pas suffisante. Il est donc important pour les patients d'avoir un support écrit à consulter. Le livret doit être intégré dans une démarche d'éducation thérapeutique comme un outil thérapeutique. Il peut être remis par le kinésithérapeute à la 1^{ère} séance au cours de son hospitalisation, en complément d'une information orale. Il peut également être remis lors d'une séance collective d'éducation pré ou post opératoire.

4.5. Population concernée

Ce livret concerne toutes les personnes qui ont été opérées d'une P.T.H. par voie d'abord postéro-latérale ou qui sont en attente de subir cette opération. Nous avons essayé d'aborder un maximum de sujets pour que ce document soit accessible à tous, sans restriction d'âge.

4.6. Elaboration du livret

Le langage doit être clair, précis, simple pour être accessible au plus grand nombre. Nous devons utiliser le même langage que le patient. Le ton doit être positif, rassurant pour ne pas l'alarmer. Nous essayons de ne pas nous centrer uniquement sur ce qui va mal. Nous partons du principe que le patient ne connaît rien de sa pathologie. Le vocabulaire est donc simplifié. L'erreur serait d'être trop compliqué et donc de ne pas être compris. Lors de la conception il faut se poser la question « qu'est-ce que cette information apporte au patient? ». Il est inutile de mettre trop d'informations au risque de diminuer l'intérêt. Seul l'essentiel est dit pour aider le patient et pour répondre aux principales questions qu'il se pose. Ce livret est illustré de dessins aidant à sa compréhension et facilitant sa lecture. Les conseils donnés doivent être simples, expliqués oralement et montrés au préalable. Nous avons choisi de faire ce livret en noir et blanc pour limiter les coûts lors d'impression, permettre ainsi d'être distribué au plus grand nombre de personne et pour permettre également une meilleure lisibilité aux personnes âgées ou malvoyantes [23, 25].

La composition du livret est présentée ci-dessous (livret en annexe III).

4.6.1. Eviter les complications

Certains risques de complications comme les luxations, les troubles thromboemboliques, les œdèmes ou les infections, peuvent être diminués par une éducation et une participation du patient à ses soins. Il existe un risque élevé de complications thromboemboliques (phlébite et embolie pulmonaire) après P.T.H. [26]. Le masseur-kinésithérapeute doit rester vigilant à leurs signes. La prévention et le dépistage sont très importants. Le patient se verra administré un traitement anticoagulant préventif (héparine ou anti-vitamine K). En complément, des méthodes de prévention mécanique sont également utilisées, comme des compressions pneumatiques de la jambe ou de la voûte plantaire, des contentions par bas élastiques. Cela est associé à la surélévation modérée des jambes, la mobilisation des membres inférieurs, le port de bas de contention et un lever précoce. De la même façon, nous pouvons limiter les œdèmes par contention, déclive et mobilisation [27]. Pour lutter contre toute infection au niveau de la prothèse, nous conseillons au patient de faire vérifier et soigner si besoin est tous les foyers infectieux, même à distance de la prothèse (dentaire, urinaire, gynécologique, O.R.L...). Nous lui conseillons également de refuser les piqûres dans la fesse du côté de la prothèse et de bien signaler qu'il a été opéré avant tout geste médical. Nous essayons ainsi d'éviter toute propagation d'infection au niveau de la hanche opérée. Cela doit être bien expliqué aux patients afin qu'ils appliquent ces conseils pour éviter aux maximum toutes les complications.

4.6.2. La luxation

En post-opératoire il existe une fragilité de la hanche prothétique, celle-ci est beaucoup moins stable. En effet, lors de l'intervention, des éléments capsulo-ligamentaires et musculaires ont été ouverts. Il existe donc une période de cicatrisation d'environ 3 mois où il

est nécessaire de rester vigilant en particulier pour éviter une luxation de la prothèse. Une luxation ou déboîtement (fig. 3) est « une perte de contact entre les surfaces articulaires s'accompagnant d'un déplacement pathologique » d'après le dictionnaire de kinésithérapie et de réadaptation de Dufour et Gedda [28]. Il existe deux types de luxation : les luxations antérieures et postérieures. Nous nous intéressons aux luxations postérieures dans ce travail.



Figure 3 : radiographie d'une luxation postérieure [29]

La luxation est la 2^{ème} cause de complication après le descellement prothétique et avant l'infection. Le taux de luxation des prothèses de 1^{ère} intention avoisine 3%. Dans une étude de Morey [30] réalisée sur 3894 prothèses, le taux de luxation est de 2,25%. Dans une enquête nationale américaine [31] sur la fréquence des complications les 6 premiers mois de 58 521 PTH, un taux de 3,9% de luxation a été rapporté. Dans une étude de Masonis [32] qui compare le taux de luxation des différents abords chirurgicaux, le taux est de 3,23% pour une

voie postéro-latérale contre seulement 0,55% pour une voie latérale transglutéale. Le nombre de luxations n'est pas si élevé mais c'est une complication qui pourrait être évitée la plupart du temps si le patient suivait quelques consignes post-opératoires.

Deux mécanismes principaux peuvent expliquer les luxations [29, 33] :

- L'effet came : il est dû à un contact entre la prothèse et les parties molles ou osseuses avoisinantes, ceci est dû à un excès de mobilité. La principale cause de luxation par effet came est dû à une limitation de la mobilité de la prothèse car il y a contact entre le col fémoral et le rebord du cotyle (fig. 4).

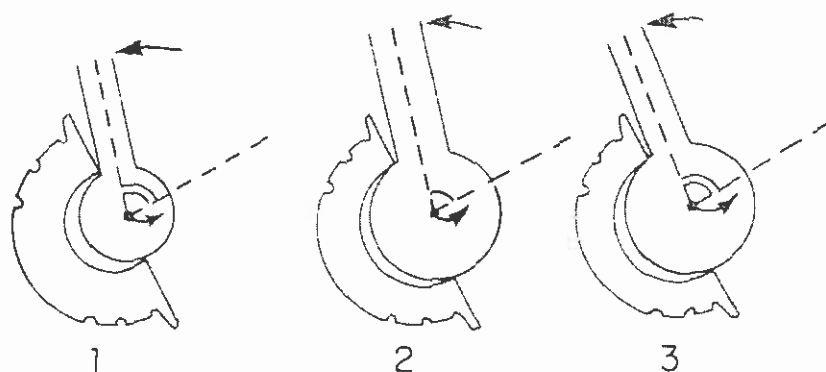


Figure 4 : effet came dû à un contact col fémoral-rebord antérieur du cotyle [34].

La poursuite du mouvement au delà de ce contact peut entraîner une luxation par effet came. En effet le plan capsulomusculaire du côté opposé au contact est fragilisé suite à l'intervention, les sutures des parties molles risquent de se rompre et ne peuvent pas s'opposer à la luxation (fig.5).

La hanche est surtout utilisée en flexion, adduction, et rotation médiale. Dans la vie quotidienne, ces mouvements amènent le col en contact du rebord antérieur du cotyle avec risque de luxation postérieure, surtout si l'abord chirurgical est postérieur et que les muscles postérieurs sont fragilisés. Le risque sera augmenté si la tête fémorale est petite et si la capsule est à distance de la tête (cela dépend donc du type de prothèse utilisé).

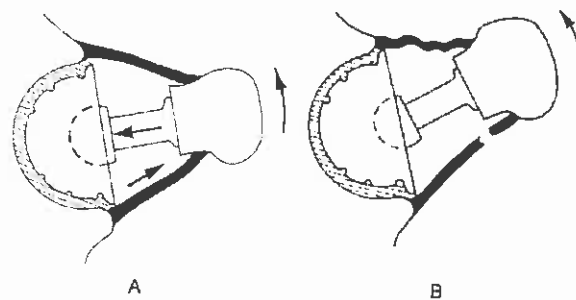


Figure 5: mise en tension du plan capsuloligamentaire postérieur en rotation médiale [34].

A: plan capsuloligamentaire cicatrisé, coaptation des 2 pièces, B : absence de cicatrisation postérieure, le plan ne peut pas s'opposer à la luxation.

- La décoaptation : cela correspond à une subluxation inférieure de la tête sous l'effet de la pesanteur (fig. 6). Cette subluxation peut être suivie d'une luxation si un mouvement de flexion ou extension, rotation et adduction se produit. Elle est favorisée par une fragilisation de la capsule, un épanchement intra articulaire, une faiblesse et une détente musculaire. Le diamètre de la tête et donc le type de prothèse joue également un rôle dans la luxation, une tête de petit diamètre se décoaptera et entraînera une luxation plus facilement qu'une tête de plus grand diamètre, car elle a moins de distance à parcourir pour sortir de la cupule.



Figure 6 : décoaptation de la tête prothétique [34].

Mais une luxation peut également se produire due à d'autres facteurs qui peuvent s'associer comme une malposition des implants, l'âge des patients (plus de risques chez les plus de 80 ans), les pathologies associées (pathologies neuromusculaires, obésité) ou l'étiologie de la mise en place de la prothèse et l'usure de la prothèse [29].

Les luxations sont le plus souvent précoces, dans les suites immédiates de l'opération. Le risque le plus élevé est dû principalement à l'hypotonie musculaire postopératoire, mais des luxations plus tardives sont également possibles. Dans une étude [35] sur 19 680 prothèses, 2,6% se sont compliquées de luxation, et les luxations tardives (survenues à partir de 5 ans après l'opération) représentaient 32% de la totalité des luxations.

Lors d'un abord chirurgical postéro-latéral, les éléments capsulo-ligamentaires et musculaires postérieurs sont fragilisés, ils ne peuvent pas s'opposer à la luxation, le risque de luxation est donc postérieur, c'est le cas le plus fréquent. Dans une étude de Turner [36], lorsque la voie postéro-latérale a été utilisée, presque 100% des luxations qui se sont produites étaient postérieures. Cependant, selon d'autres études, comme celle de Fontes [37], une luxation antérieure est possible en cas de malposition des implants avec un excès d'antéversion du cotyle. La luxation postérieure survient lors des mouvements de flexion, adduction et rotation médiale car ces mouvements amènent la tête fémorale vers l'arrière et le dehors et la font sortir du cotyle. Isolément, chacun de ces mouvements est dangereux dans leur amplitude extrême mais c'est surtout la combinaison de ces trois mouvements qui entraîne une luxation. L'adduction est souvent liée à la flexion en position assise avec les jambes croisées et peut être associée à la rotation médiale : cela correspond à la position d'instabilité maximale de l'articulation, cela majore le risque de luxation postérieure.

4.6.3. Les activités de la vie quotidiennes avec une prothèse totale de hanche

Nous apprenons aux patients comment se comporter dans la vie quotidienne en évitant au maximum toutes les positions qui pourraient entraîner une luxation. Nous leur montrons en pratique et nous le résumons dans le livret. Tout ce qui est montré aux patients est fondé sur le principe d'un abord postéro-latéral. Les positions luxantes sont la flexion, l'adduction et la rotation médiale mais surtout l'association de ces trois mouvements. Or ces mouvements, beaucoup pratiqués dans la vie courante, sont à éviter après l'opération (par exemple lors de changement de positions ou lors de la position assise les jambes croisées). Nous adaptons les différentes activités ou positions de façon simple pour que les patients puissent les reproduire

facilement. Par exemple nous apprenons aux patients à monter ou descendre du lit sans effectuer d'adduction ou rotation de la hanche, mais en effectuant plutôt une abduction de hanche ou en pivotant d'un bloc, les membres inférieurs restant serrés l'un contre l'autre évitant ainsi les luxations. Nous leur donnons également quelques petites astuces simples pour modifier l'environnement et faciliter le retour à domicile, comme par exemple fixer des poignées dans la douche et les toilettes pour éviter les chutes et faciliter les transferts.

Sur le même principe, nous allons montrer aux patients comment adapter la position pour dormir, la position assise, nous leur apprendrons comment marcher avec les cannes anglaises, monter et descendre les escaliers, se pencher, se retourner, se laver les pieds (c'est la partie du corps qui présente le plus de difficultés), s'habiller les membres inférieurs et se chausser, monter dans la voiture et enfin comment se comporter lors des activités ménagères, du bricolage ou du jardinage. Plus spécifiquement nous aborderons également les activités sportives et sexuelles.

4.6.4. Le sport avec une prothèse totale de hanche

Les arthroplasties totales de hanche concernent maintenant une population plus jeune et donc active : la demande fonctionnelle est plus exigeante. Selon une étude de Huch [38], 5 ans après la mise en place d'une P.T.H. il existe une augmentation de 52% du nombre de patients pratiquant une activité physique. Ce qui montre qu'il est important d'aborder avec les patients la question des activités physiques et sportives après la pose d'une P.T.H. Mais ce sujet est peu abordé par les chirurgiens. Dans une étude de Dauty et Letenneur [39], seulement 7% des chirurgiens déclarent en parler avec leurs patients.

La reprise d'une activité physique est conseillée pour un patient porteur d'une P.T.H. En effet, elle permet d'entretenir les amplitudes articulaires, la force musculaire, la trophicité, un bon niveau proprioceptif et d'éviter l'ostéoporose donc de maintenir une bonne qualité de vie. Les sollicitations mécaniques favorisent également la fixation des implants par une bonne qualité osseuse, l'inactivité pouvant entraîner une fragilisation de l'ancrage prothétique et de l'ostéoporose. Elle fait également partie du reconditionnement à l'effort débuté en rééducation. En effet, les patients sont déconditionnés à cause de la réduction de leur activité due à la douleur avant l'intervention. Si la reprise d'une activité physique est généralement bénéfique pour le patient, elle comporte tout de même des risques. Il faut faire attention à ne pas reprendre trop rapidement des activités physiques soutenues car il y a un risque d'accidents cardio-vasculaires par déconditionnement à l'effort, les patients n'ayant plus de douleur ont tendance à oublier qu'ils ont été opérés [40, 41]. La reprise doit donc être progressive. De plus, la durée de vie de la prothèse dépend de l'usage que nous en faisons. Avec une activité soutenue, le risque d'usure est plus rapide. Dans une étude de Gschwend [42], sur la pratique du ski après une P.T.H., le risque d'usure du polyéthylène est plus important en cas de pratique intensive (3-4 mm contre seulement 1,5 mm en cas de non pratique de ski). Il existe également des risques de descellement prothétique, de fractures ou luxation dues aux chutes, aux mouvements extrêmes ou aux chocs dans les sports violents. Cela est lié au choix de l'activité mais également à la pratique antérieure du patient.

Une enquête concernant le retour à l'activité sportive après P.T.H. a permis de classer les activités physiques en quatre catégories [43] :

- sports autorisés : golf, natation, tennis en double, stepper, marche, marche rapide, randonnée, bowling, tapis de course, vélo sur route, d'appartement, elliptique, aérobie à

faible impact, aviron, danse, musculation sur machine. Ce sont des sports à faible niveau d'impact au sol, à faibles contraintes sur les membres inférieurs et d'endurance.

- sports autorisés avec de l'expérience : ski alpin, ski de fond, haltérophilie, patins à glace, rollers, pilate.
- sports non autorisés : squash, jogging, football, basket-ball, volley-ball, aérobic à impact élevé, base-ball, handball, snowboard. Ce sont tous les sports à haut niveau d'impact au sol, les sports de contact, avec risque de chutes et comportant des mouvements luxants.
- indécis : arts martiaux, tennis en simple.

La pratique d'une activité sportive est donc conseillée car cela permet une amélioration de la santé et du bien-être en général. Mais il est important de reprendre progressivement, de façon peu intense et de pratiquer plutôt un sport déjà connu.

4.6.5. Les activités sexuelles avec une prothèse totale de hanche

Le sujet des relations sexuelles n'est pas souvent abordé par les professionnels de santé. En effet, dans un sondage réalisé par Dahm [44], 80% des chirurgiens déclarent ne jamais parler avec leurs patients des relations sexuelles ou alors très rarement. De plus les patients n'osent pas non plus aborder le sujet. Pourtant, les difficultés commencent généralement avant la pose de la P.T.H. car la douleur et la raideur de l'articulation limitent souvent ces activités. Dans une étude sur la fonction sexuelle avant et après P.T.H. [45], 19% des patients considéraient avoir des difficultés très importantes avant l'opération. La pose d'une prothèse totale de hanche permet d'améliorer les relations sexuelles dans la plupart des cas mais cela reste parfois un problème même après. Dans une étude sur l'« Oxford Hip Score » [46],

l'item «avez-vous des problèmes sexuels à cause de votre hanche ?» a été rajouté, 57% des patients répondent positivement à cette question avant l'opération mais 2 ans après l'opération ils ne sont plus que 24%.

L'activité sexuelle n'est pas contre indiquée après la mise en place d'une P.T.H., elle peut être reprise en toute sécurité tant que le sujet respecte les positions non luxantes comme dans toute autre activité. Dans la même étude que précédemment concernant un sondage auprès des chirurgiens [44], le délai conseillé pour la reprise d'une activité sexuelle est comprise entre 1 et 3 mois. Des positions sexuelles spécifiques avec une P.T.H. y ont été définies pour éviter les luxations. Ce sujet doit ainsi être pris en compte dans l'évaluation pré-opératoire et post-opératoire. Il est important de bien informer les patients, principalement sur les positions recommandées avec la P.T.H.

5. DISCUSSION

L'élaboration d'un document écrit d'informations doit suivre plusieurs étapes, dont une très importante : le test du document auprès des personnes à qui il est destiné. Ces personnes doivent participer à toutes les phases de la conception. Au début, pour permettre de nous aider à identifier les besoins et les attentes concernant la pathologie et à la fin de la conception, pour tester le document par le moyen de questionnaires, de discussions en groupe ou d'entretiens individuels. Cette partie n'a pas été abordée dans ce travail par manque de temps mais pour finaliser et pouvoir diffuser le livret il est indispensable par la suite de le tester auprès d'un échantillon de la population ciblée. En effet, cela permet d'étudier l'impact de notre document sur les patients, d'en évaluer la compréhension, la lisibilité, la présentation,

les oublis pour nous permettre d'éventuelles modifications nécessaires pour améliorer cet outil éducatif et assurer une efficacité optimale d'utilisation [23].

Il ne faut pas confondre éducation thérapeutique du patient et information. Le livret seul ne constitue pas un programme d'éducation thérapeutique : cela dépend de la façon dont celui-ci est utilisé. S'il est juste donné au patient lors d'une séance de kinésithérapie, sans explications, sans évaluation des besoins du patient, sans objectifs personnalisés, cela ne correspond qu'à une simple délivrance d'informations sur la pathologie qui aura peu d'impact sur le patient. Dans un réel programme d'éducation, le livret n'est qu'un outil de plus parmi toute la démarche éducative [20]. Pour la prothèse totale de hanche, peu d'études ont été réalisées sur le sujet, nous ne connaissons donc pas réellement l'efficacité de ce type de programme d'éducation sur la diminution de la survenue des complications. En effet, encore peu de véritables programmes d'éducation thérapeutique sont réalisés, cela ne consiste la plupart du temps qu'en une seule séance collective d'informations pré-opératoire qui n'est pas suffisante[5, 47, 48].

Beaucoup d'informations devaient figurer dans le livret. Il était difficile de tout aborder sans faire un document trop long et trop dense qui laisserait et diminuerait l'intérêt au fur et à mesure de la lecture. Même avec les illustrations qui ont été ajoutées dans le livret, certaines pages paraissent trop chargées, les explications sont pourtant minimalisées mais nécessaires pour la compréhension. Il faut donc trouver un équilibre entre le nombre d'informations et la taille du document. De plus, nous avons voulu éviter de faire un document qui serait trop coûteux par un trop grand nombre de pages et de couleurs. Mais le noir et blanc, qui rend le

livret un peu triste, peut dissuader la lecture de certaines personnes par le manque d'attractivité mais compensé néanmoins par les illustrations humoristiques.

6. CONCLUSION

Proposer un livret éducatif aux patients venant de se faire opérer de prothèse totale de hanche est une bonne façon de rassurer ces personnes et de mieux aborder le retour à domicile, en particulier quand celui-ci est précoce. Il est nécessaire d'aider les patients à bien comprendre leur pathologie pour éviter qu'ils ne commettent des erreurs après l'opération. En effet, un manque d'information peut entraîner un excès de précautions inutiles ou au contraire une absence de précautions pouvant être néfaste et conduire à une luxation. Il est donc indispensable de bien éduquer ces patients pour leur assurer la meilleure qualité de vie possible après l'opération. Le livret est ainsi utile au domicile comme aide mémoire de toutes les informations qui ont été données pendant le séjour à l'hôpital. La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique est intéressante à réaliser pour cette pathologie, même si cela reste encore peu proposé. Il pourrait être judicieux à la suite de ce mémoire de créer un programme d'éducation thérapeutique pour les prothèses totales de hanche dont le livret ne serait qu'un outil.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **H.A.S.** – Recommandations de la Haute Autorité de santé, établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. – Mars 2006. – Téléchargeable sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Art29.pdf>
- [2] **GENÊT F., GOUIN F., COUDEYRE E., REVEL M., RANNOU F.** – Intérêt d'une prescription de kinésithérapie ambulatoire à la sortie du service de chirurgie après la pose d'une prothèse totale de hanche ? Elaborations de recommandations françaises pour la pratique clinique. – Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 2007, 50, 9, p. 769-775.
- [3] **H.A.S.** – Référentiels relatifs à des soins de masso-kinésithérapie (arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche, arthroplastie du genou par prothèse totale du genou, chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs). Argumentaire, saisine du 30 avril 2009 en application de l'article L129-1-7 du code de la sécurité sociale. – Téléchargeable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/argumentaire_asmk.pdf
- [4] **SIGGEIRSDOTTIR K., OLAFSSON O., JONSSON Jr. H., IWARSSON S., GUNASON V., JONSSON B.Y.** – Short hospital stay augmented with education and home-based rehabilitation improves function and quality of life after hip replacement : randomized study of 50 patients with 6 months of follow-up. – Acta Orthopaedica, 2005, 74, 3, p. 555 – 562.
- [5] **MC GREGOR A.H., RYLANDS H., OWEN A., DORE C.J., HUGUES S.P.F.** – Does preoperative hip rehabilitation advice improve recovery and patient satisfaction? – The Journal of Arthroplasty, 2004, 19, 4, p. 464 – 468.
- [6] **YOON R.S., NELLANS K.W., GELLER J.A., KIM A.D., JACOBS M.R., MACAULAY W.** – Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. – The Journal of Arthroplasty, 2010, 25, 4, p. 547-551.

[7] **LERNOUT T., LABALETTE C., SEDEL L., KORMANN P., DUTEIL C., LE DIVENAH A., BERTRAND D., DAVID S., SEGOUIN C.** – Evaluation du coût de la prothèse totale de hanche : exemple du C.H.U. Lariboisière Fernand-Widal. – Revue de chirurgie orthopédique et traumatologique, 2010, 96, 2, p. 156 – 166.

[8] **DUFOUR M., PILLU M.** – Biomécanique fonctionnelle : membres, tête, tronc.- Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2006. – 563 p.

[9] **DUFOUR, M.** – Anatomie de l'appareil locomoteur : tome 1 membre inférieur.- 2^{ème} édition.- Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007. – 479 p.

[10] **KAPANDJI, A.I.**- Anatomie fonctionnelle : tome 2 membre inférieur. – 6^{ème} édition. – Paris : Maloine, 2009.- 308 p.

[11] **KLEIN P., SOMMERFELD P.** – Biomécanique des membres inférieurs. – Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008. – 437 p.

[12] **H.A.S.** – Prothèse totales primaires de la hanche : évaluation du choix de la prothèse et des techniques opératoires. – octobre 2001. – Téléchargeable sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/proth.hanche.pdf>

[13] **H.A.S.** – Evaluation des prothèses de hanche, révision des descriptions génériques de la liste de produits et prestations remboursables « implants articulaires de hanche ». – septembre 2007. – Téléchargeable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_evaluation_des_protheses_de_hanche.pdf

[14] **H.A.S.** – Commission d'évaluation des produits et prestation. – 5 septembre 2007. – Téléchargeable sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cepp-734-ptb.pdf>

[15] **CHIRON P., LAFOSSE J.-M., FABIE F., PUGET J.** – Voie d'abord postérieure pour prothèse totale de hanche. – PUGET J. – Prothèse totale de hanche. Les choix. – Paris : Elsevier, 2005. – p. 269 – 283. – Cahiers d'enseignement de la SOFCOT ; 90.

[16] **DUPARC F.** – Voies d'abord de la hanche pour arthroplastie prothétique de première intention. – DUPARC J. – Conférence d'enseignement 2004. – Paris : Elsevier, 2004. – p. 19 – 47. – Cahiers d'enseignement de la SOFCOT ; 85.

[17] **GAYET L. E.** – Introduction. – Société d'orthopédie et de traumatologie de l'Ouest. – Luxation des PTH. – Tours : Annales orthopédiques de l'Ouest, 2002. – p. 220 – 222. – Annales orthopédiques de l'Ouest ; 34.

[18] **HUTEN D., BOYER P.** – Les complications des arthroplasties totales de hanche. – **DRAPE J.L., BARD H., MIGAUD H., COHEN M., VUILLEMIN-BODAGHI V., COTTEN A.** – Bassin et hanche. – Montpellier : Sauramps Médical, 2007. – p. 413 – 427. – Société d'imagerie musculo-squelettique, congrès thématique de juin ; 34.

[19] **H.A.S.** – Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations – Janvier 2000. – Téléchargeable sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>

[20] **H.A.S.** – Guide méthodologique : structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. – Juin 2007. – Téléchargeable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

[21] **GATTO F., GARNIER A., VIEL E.** – Education du patient en kinésithérapie. – Montpellier : Sauramps Médical, 2007. – 197 p.

[22] **SIMON D., TRAYNARD P.-Y., BOURDILLON F., GAGNAYRE R., GRIMALDI A.** – Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques. – 2^{ème} éditions. – Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009. – 307 p.

[23] **H.A.S.** – Guide méthodologique : élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. – Juin 2008. – Téléchargeable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf

[24] **GOURDON F.T., RAGUIN J.** – Evaluation de l'intégration de l'éducation prophylaxique des luxations pour les patients porteurs d'une prothèse totale de hanche. – Annales de kinésithérapie, 1999, 26, 8, p. 369 – 375.

[25] **VIEL E.** – Méthodologie de l'éducation du patient : comment répondre à une obligation faite aux professionnels de santé. – Annales de kinésithérapie, 2001, 28, 3, p. 128 – 143.

- [26] **PIDHORZ L., PIDHORZ L.E.** – Embolies pulmonaires et phlébites après prothèse totale de hanche. – PUGET J. – Prothèse totale de hanche. Les choix. – Paris : Elsevier, 2005. – p. 432 – 443. – Cahiers d'enseignement de la SOFCOT ; 90.
- [27] **FERRANDEZ J. C.** – Un œdème... des traitements. – Kinésithérapie, les cahiers, 2002, 5-6, p. 69 – 72.
- [28] **DUFOUR M., GEDDA M.** – Dictionnaire de kinésithérapie et réadaptation. – Paris : Maloine, 2007. – 582 p.
- [29] **HUTEN D., LANGLAIS F.** – Luxations et subluxations des prothèses totales de hanche. – PUGET J. – Prothèse totale de hanche. Les choix. – Paris : Elsevier, 2005. – p. 370 – 417. – Cahiers d'enseignement de la SOFCOT ; 90.
- [30] **MOREY B.F.** – Difficult complications after hip joint replacement. Dislocation. – Clinical Orthopaedic and related research, 1997, 344, p. 179 – 187.
- [31] **PHILLIPS C.B., BARRETT J.A., LOSINA E., MAHOMED N.N., LINGARD E.A., GUADAGNOLI E., BARON J.A., HARRIS W.H., POSS R., KATZ J.N.** – Incidence rates of dislocation, pulmonary embolism and deep infection during the first six months after elective total hip replacement. – The Journal of Bone and Joint Surgery, 2003, 85, p. 20 – 26.
- [32] **MASONIS J.L., BOURNE R.B.** – Surgical approach, abductor function and totale hip arthroplasty dislocation. – Clinical orthopaedic and related research 2002, 405, p. 46 – 53.
- [33] **LERCLERCQ S.** – Physiopathologie. – Société d'orthopédie et de traumatologie de l'Ouest. – Luxation des P.T.H. – Tours : Annales orthopédiques de l'Ouest, 2002. – p.223 – 224. – Annales orthopédiques de l'Ouest ; 34.
- [34] **HUTEN D.** – Luxations et subluxations des prothèses totales de hanche. – DUPARC J. – Conférences d'enseignement 1996. – Paris : Expansion Scientifique Française, 1996. – p. 19 – 46. – Cahiers d'enseignement de la SOFCOT ; 55.
- [35] **VON KNOCK M., BERRY D.J., HARMSSEN W.S., MORREY B.F.** – Late dislocation after total hip arthroplasty. – The Journal of Bone and Joint surgery, 2002, 84, p. 1949 – 1953.

- [36] **TURNER R.S.** – Postoperative total hip prosthetic femoral head dislocations. Incidence, etiologic factors, and management. – *Clinical Orthopaedics and related research*, 1994, 301, p. 196 – 204.
- [37] **FONTES D., BENOIT J., LORTAT- JACOB A., DIDRY R.** – La luxation des prothèse totales de hanche. Validation statistique d'une modélisation, à propos de 52 cas. – *Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur*, 1991, 77, 3, p. 163 – 170.
- [38] **HUCH K., MÜLLER K.A.C., STÜRMER T., BRENNER H., PUHL W., GÜNTHER K.P.** – Sports activities 5 years after total knee or hip arthroplasty : the Ulm Osteoarthritis Study. – *Annals of rheumatic diseases*, 2005, 64, 12, p. 1715-1720.
- [39] **DAUTY M., LETENNEUR J.** – Recommandations du sport et prothèses articulaires : l'avis des chirurgiens orthopédistes, le désir des patients récemment opérés et la revue de la littérature. – *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 2007, 50, 9, p. 709 – 715.
- [40] **CHANUSSOT J.C., FONTAINE L.** – Quelle activité physique pour une prothèse totale de hanche ? 1^{ère} partie. – *Kiné scientifique*, 2006, 468, p. 57-58.
- [41] **CHANUSSOT J.C., FONTAINE L.** – Quelle activité physique pour une prothèse totale de hanche ? 2^{ème} partie. – *Kiné scientifique*, 2006, 469, p. 59-60.
- [42] **GSCHWEND N., FREI T., MORSCHER E., NIGG B., LOEHR J.** – Alpine and cross-country skiing after total hip replacement : 2 cohort of 50 patients each, one active, the other inactive in skiing, followed for 5-10 years. – *Acta orthopaedica scandinavica*, 2000, 71, 3, p. 243-249.
- [43] **KLEIN G.R., LEVINE B.R., HOZACK W.J., STRAUSS E.J., D'ANTONIO J.A., MACAULAY W., DI CESARE P.E.** – Return to Athletic Activity after Total Hip Arthroplasty, Consensus Guidelines Based on a Survey of the Hip Society and American Association of Hip and Knee Surgeons. – *The journal of arthroplasty*, 2007, 22, 2, p. 171-175.
- [44] **DAHM D.L., JACOFISKY D., LEWALLEN D.G.** – Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after T.H.A. : a survey of members of the American Association of Hip and Knee Surgeons. – *Clinical orthopaedics and related research*, 2004, 428, p. 237-240.

[45] LAFFOSSE J.M., TRICOIRE J.L., CHIRON P., PUGET J. – Sexual function before and after primary total hip arthroplasty. – Joint bone spine, 2008, 75, p.189-194.

[46] GOSENS T., HOEFNAGELS N.H.M., DE VET R.C., DHERT W.J.A., VAN LANGELAAN E.J., BULSTRA S.K., GEESINK R.G.T. – The “Oxford Heup Score”: the translation and validation of a questionnaire into Dutch to evaluate the results of total hip arthroplasty. – Acta orthopaedica, 2005, 76, 2, p. 204-211.

[47] SUVA D., LÜBBEKE A., HUDELSON P., LATAILLADE L., HOFFMEYER P. – Prothèse totale de hanche et information du patient : effets positifs d’une séance d’information préopératoire en groupe. – Revue Médical Suisses, 2007, 3, 138, p. 2878-2881.

[48] LEDIGARCHER O., POINOT H., MEZIANE H., LANTENOIS P., FERNANDEZ B., ROQUES C., ROUILLON O., YELNIK A., NIZARD R., SEDEL L. – Conception, réalisation et perspectives d’une démarche d’éducation préopératoire des patients avant prothèse totale de hanche. – Kinésithérapie scientifique, 2006, 466, p. 29-38.

Pour en savoir plus :

www.inpes.sante.fr

www.ipcem.org

www.legifrance.gouv.fr

ANNEXES

ANNEXE I : niveau de preuve scientifique et grade des recommandations (H.A.S.).

Tableau I : récapitulatif des différents types d'études et de leur niveau de preuve

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de forte puissance- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés- Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de faible puissance- Études comparatives non randomisées bien menées- Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 <ul style="list-style-type: none">- Études cas-témoins	C
Niveau 4 <ul style="list-style-type: none">- Études comparatives comportant des biais importants- Études rétrospectives- Séries de cas	Faible niveau de preuve

ANNEXE II : législation concernant l'éducation thérapeutique et la profession de masseur-kinésithérapeute.

- **Article L1161-1 du code de santé publique**

Créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 84

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret. Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit.

- **Extraits des décrets et arrêtés du 2 août 2010**

- Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. Un programme doit être mis en œuvre par au moins deux

professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie. Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin. Un intervenant au moins doit justifier des compétences en éducation thérapeutique conformément à l'arrêté du 2/08/2010 ou d'une expérience rapportée par écrit d'au moins deux ans dans un programme d'éducation thérapeutique.

Le programme concerne, **sauf exception** répondant à un besoin particulier à expliciter, une ou plusieurs des trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30) ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional.

- Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient :

L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une **formation d'une durée minimale de quarante heures** d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme.

- Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

- Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

- Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 , relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute.

ARTICLE 13 :

Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement. Ces actions concernent en particulier :

- a) La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;
- b) La contribution à la formation d'autres professionnels,
- c) La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;
- d) Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;
- e) La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive

ANNEXE III : présentation du livret : « repartir d'une bonne hanche »

RESUME

Pour la mise en place d'une prothèse totale de hanche, le séjour hospitalier est de plus en plus court et beaucoup de patients repartent directement à domicile avec peu de séances de kinésithérapie. Cependant un certain nombre de complications peuvent se produire, certaines d'entre elles, surtout la luxation de la prothèse, sont évitables si le patient est bien éduqué.

L'éducation thérapeutique du patient, encore réservée aux affections de longue durée, pourrait être étendue à toutes sortes de pathologies dont la prothèse totale de hanche. Elle est indispensable, intégrée aux soins des patients et permet d'améliorer la qualité de vie. Le masseur-kinésithérapeute en est un acteur privilégié.

Nous avons conçu, après une analyse de la littérature, un livret éducatif. Celui-ci comporte des conseils sur le comportement à adopter pendant les activités de la vie quotidienne avec une prothèse totale de hanche. Ce livret est un supplément intégré dans un programme d'éducation thérapeutique. Il permet de pouvoir s'y référer à tout moment, à domicile, en cas de doute ou d'oubli de ce qui a été appris.

Mots clés : éducation thérapeutique, prothèse totale de hanche, luxation, livret éducatif.

Keywords : therapeutic education, total hip athroplasty, dislocation, educational booklet.

INTRODUCTION

Vous avez été opéré d'une prothèse totale de hanche et vous vous posez sûrement beaucoup de questions sur les conséquences de cet acte.

Ce livret vous est proposé pour vous accompagner dans les suites de cette opération. Il est composé de **consignes générales et de conseils** pour savoir comment vous comporter dans la vie quotidienne, il va vous aider à mieux vivre avec votre prothèse. C'est un **support à votre rééducation**.

Si vous avez besoin d'autres précisions, n'hésitez pas à interroger, tout au long de votre séjour à l'hôpital, votre chirurgien, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmières. Lors de votre retour à domicile, dirigez-vous vers votre médecin traitant et votre masseur-kinésithérapeute.

REPARTIR D'UNE BONNE HANCHE

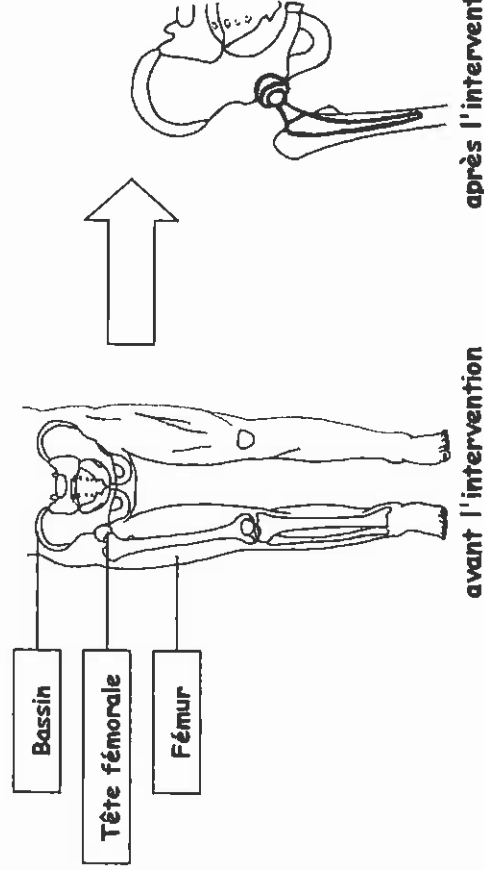
SOMMAIRE :

Qu'est-ce qu'une prothèse de hanche ?	1
Comment éviter les complications ?	2
Qu'est-ce qu'une luxation ? Les mouvements à éviter	3
Dans quelles positions dormir ?	6
Comment me lever du lit?	7
Comment me mettre assis ?	8
Comment m'asseoir, me relever d'une chaise, des toilettes ?	9
Comment marcher avec mes cannes ?	10
Comment me comporter debout ?	11
Comment me laver ?	12
Comment m'habiller, me chausser ?	14
Que faire dans les escaliers ?	16
La voiture	18
Les activités ménagères, le bricolage et le jardinage	19
Les activités sportives	21
Les relations sexuelles	22
En règles générales	23

QU'EST-CE QU'UNE PROTHESE DE HANCHE ?

L'articulation de la hanche ou articulation coxo-fémorale est composée de la tête du fémur qui s'unit au bassin (voir schéma ci-dessous).

Cette articulation est très sollicitée et peut s'user. Cela peut conduire à son remplacement par une prothèse totale de hanche (PTH).



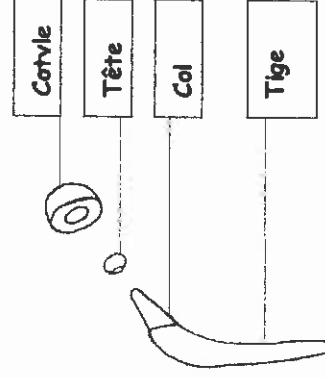
avant l'intervention

après l'intervention

Voici un exemple schématique de la PTH qui vous a été posée:

La prothèse est composée de plusieurs parties:

le cotyle est placé dans le bassin, la tige avec le col dans le fémur et la tête s'articule dans le cotyle.



COMMENT EVITER LES COMPLICATIONS ?

Après l'intervention, votre hanche est fragile, les tissus et les muscles ont besoin de cicatriser. Il faut donc être prudent pendant 3 mois après l'intervention.

Durant cette période, il existe surtout un risque de luxation.

CONSEILS :



- portez des bas de contention,
- faites vérifier et soigner tout foyer infectieux (dentaire, urinaire, gynécologique, ORL...),
- surveillance régulière clinique et radiologique de votre prothèse pour suivre l'évolution (en fonction de votre chirurgien).

Vous devez surtout être attentif à tout changement, comme la survenue d'une douleur, d'une raideur de l'articulation ou d'une boiterie qui n'existait pas auparavant.

Toute altération de votre état de santé général est à prendre en compte et vous devez en faire part à votre médecin.

QU'EST-CE QU'UNE LUXATION ?



La luxation signifie que votre prothèse peut se déboîter. Il y a perte de contact entre les deux surfaces articulaires.

Certains mouvements favorisent cette luxation, cela dépend de l'endroit où votre chirurgien est intervenu pour mettre votre prothèse : cela s'appelle la voie d'abord. Dans votre cas le chirurgien a utilisé une voie d'abord postéro-latérale.

Les mouvements qui entraînent la luxation dans ce cas sont :

- la flexion,
- l'adduction,
- la rotation interne.

Ces trois mouvements combinés augmentent les risques (voir page suivante pour plus de précision sur ces mouvements).



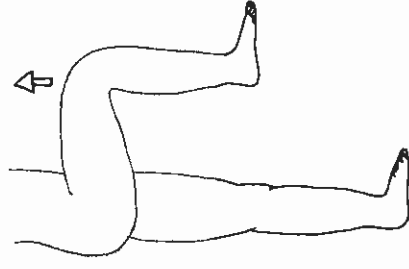
Comment reconnaître une luxation ?

Elle se traduit surtout par :

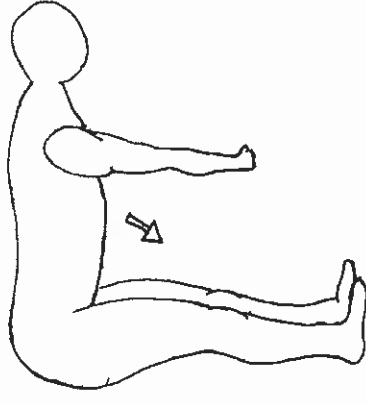
- Une douleur intense ou plus modérée lors d'un faux-mouvement,
- Une difficulté à la marche, voire une impossibilité de marcher.

Si cela survient, il est urgent de consulter votre médecin.

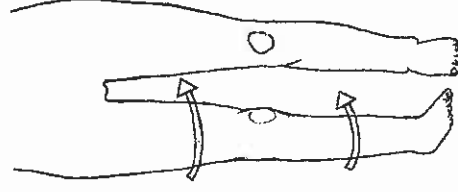
QUELS MOUVEMENTS DOIS-JE EVITER ?



La flexion = amener la cuisse vers le ventre

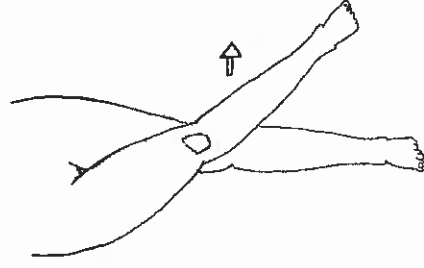


ou amener le ventre vers la cuisse (=se pencher)



La rotation interne =

tourner le pied vers l'intérieur, jambe tendue ou tourner le pied vers l'extérieur, jambe pliée.



L'adduction =

croiser une jambe sur l'autre en passant devant ou derrière.

Les mouvements vus précédemment sont dangereux surtout s'ils sont effectués dans leur **amplitude extrême**.

C'est surtout l'association de ces 3 mouvements qu'il est important d'éviter.

Vous allez donc apprendre dans ce livret comment éviter ces mouvements par des mises en situations pratiques de la vie quotidienne.

LEXIQUE :



: mouvements, positions à éviter.



: astuces, mouvements à utiliser.

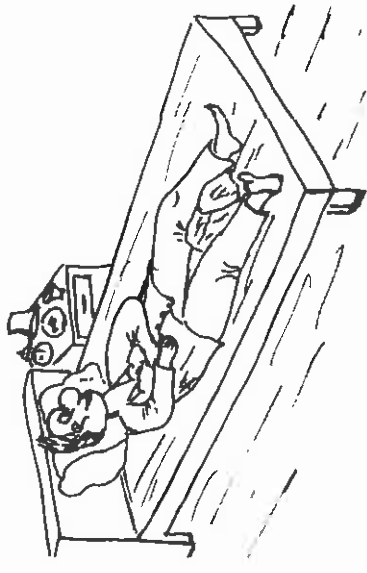


: représente votre hanche opérée.

DANS QUELLES POSITIONS DORMIR ?

A l'hôpital, un kinésithérapeute vient vous voir dès le lendemain de l'intervention. Son rôle sera en partie de vérifier votre installation au lit.

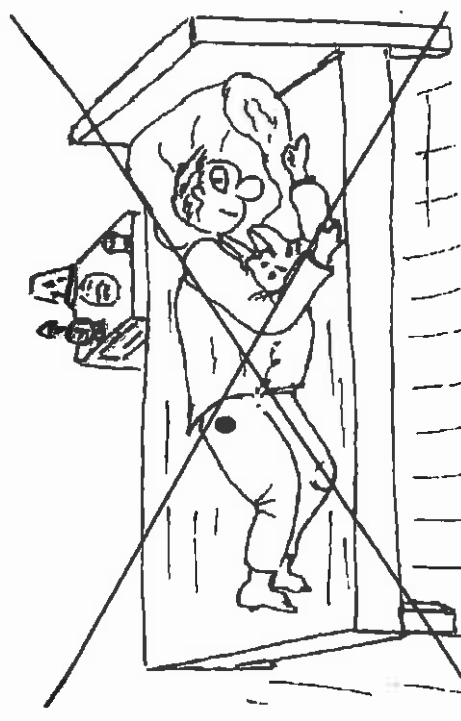
Vous avez plusieurs possibilités :



- o **Couché sur le dos** : avec si possible un coussin entre les jambes pour éviter de les croiser pendant votre sommeil. Essayez de rester dans cette position, ne vous retournez pas.

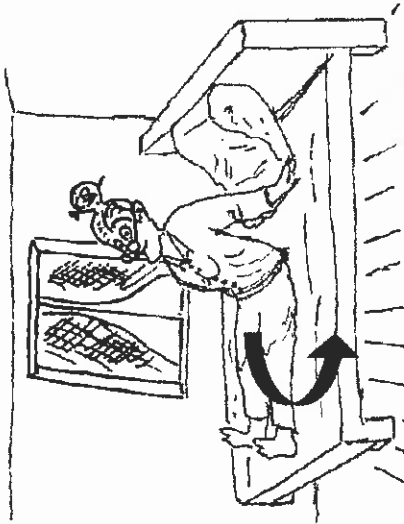
- o **Couché sur le côté opéré** : dès que la position ne déclenchera plus de douleurs.

- o **Couché sur le côté non opéré** : **DÉCONSEILLE**, votre hanche opérée se trouvant au-dessus, cette jambe peut croiser l'autre devant ou derrière.



COMMENT ME LEVER DU LIT?

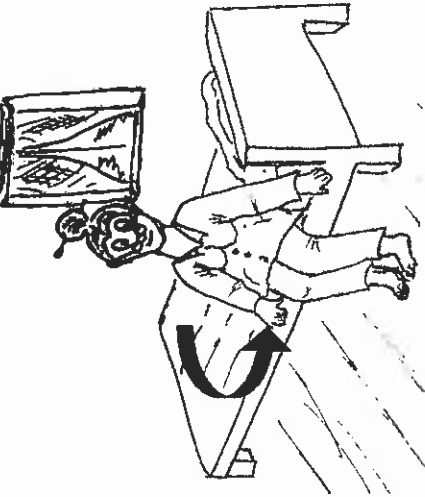
N'essayez pas de vous lever seul la 1^{er} fois, attendez les instructions de votre kinésithérapeute.



Vous avez 2 solutions :

1 - Pour vous lever :

1^{ère} ETAPE : asseyez-vous dans votre lit et mettez-vous en appui sur vos 2 mains,



2^{ème} ETAPE : pivotez les fesses et les jambes en bloc vers le bord du lit, en gardant bien les jambes serrées et posez les pieds au sol.

Pour vous recoucher :

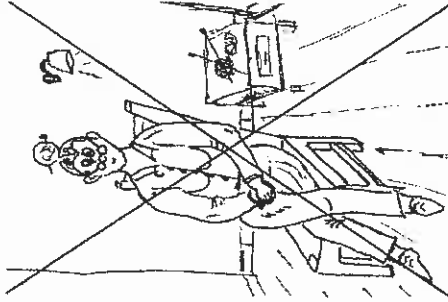
procédez en sens inverse. Asseyez-vous au bord du lit, et pivotez en gardant les jambes bien tendues.

2 - Pour vous lever : sortez de votre lit du côté opéré, de façon à toujours écarter la jambe opérée.

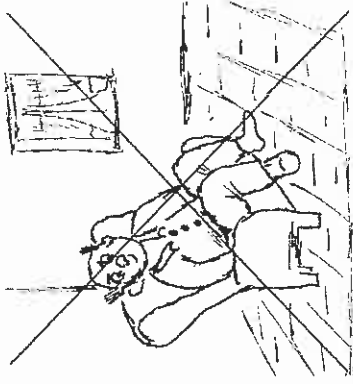
Pour vous recoucher : montez du côté non opéré.

Cette technique est parfois difficile à réaliser de retour à domicile, préférez donc la 1^{ère} technique. Evitez également les lits trop bas et mous.

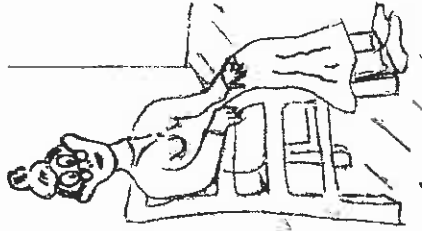
COMMENT ME METTRE ASSIS ?



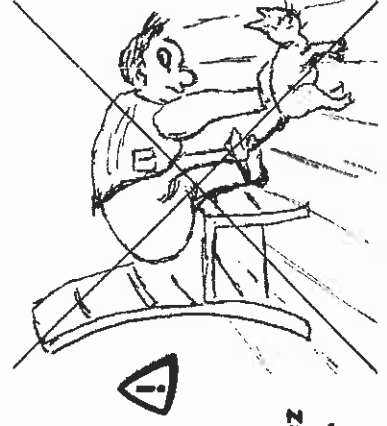
Ne croisez pas les jambes lorsque vous êtes assis.



Evitez les fauteuils trop profonds ou trop mous, qui entraînent une flexion trop importante au niveau de la hanche.



Préférez un siège haut, ferme et avec des accoudoirs, sinon rehaussez-le avec un coussin. Vous aurez moins de difficultés à vous relever.



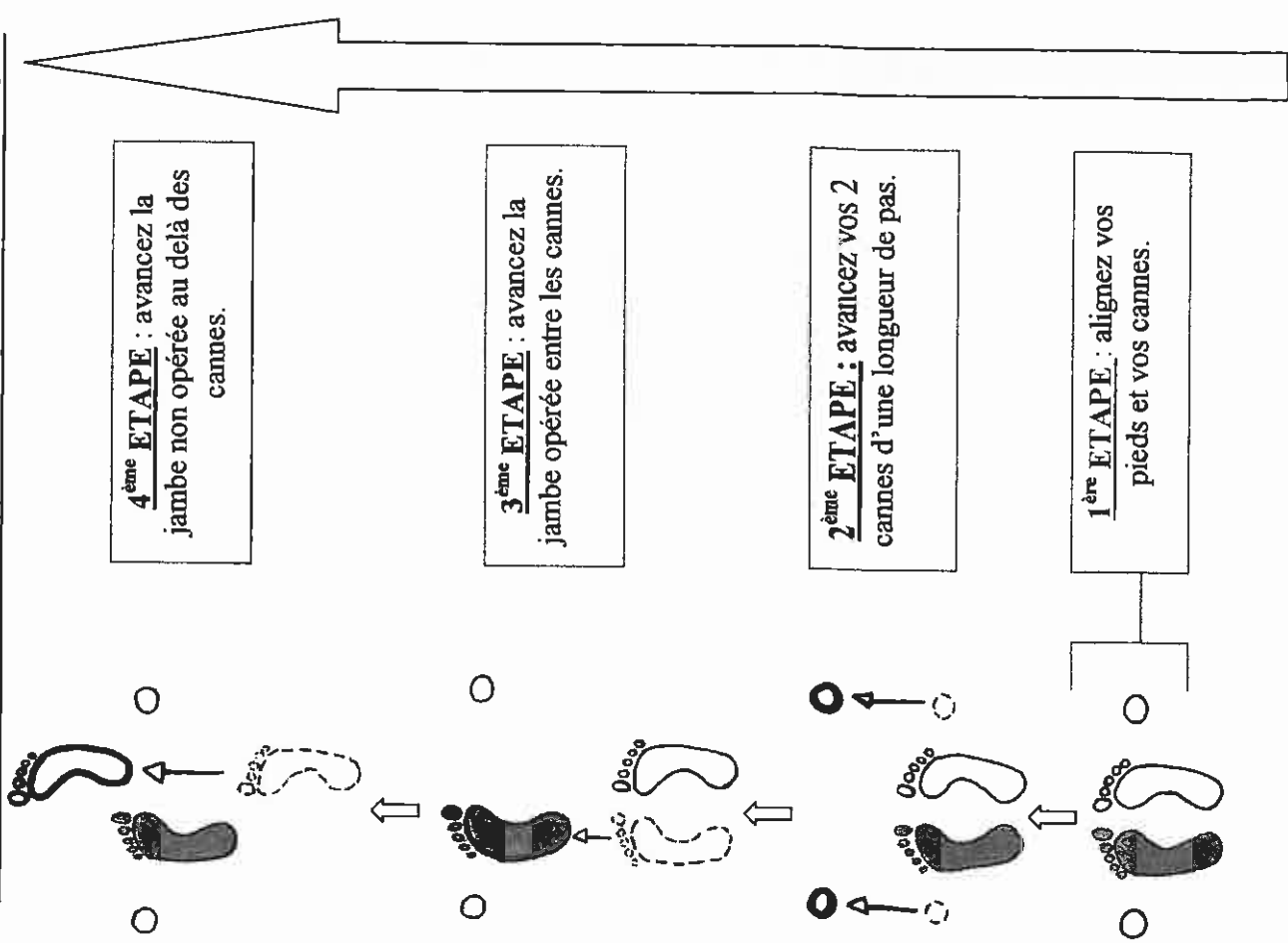
Lorsque vous êtes assis, ne vous penchez pas en avant ou sur le côté pour ramasser un objet au sol.

COMMENT M'ASSEOIR ou ME RELEVER D'UNE CHAISE OU D'UN FAUTEUIL?

- S'asseoir : en position debout, reculez jusqu'à toucher la chaise avec vos jambes, aidez-vous des accoudoirs pour vous asseoir s'il y en a.
- Se relever : aidez-vous des accoudoirs ou prenez appui avec vos bras sur une table s'il y en a une devant vous. Gardez les jambes bien parallèles.



COMMENT MARCHER AVEC MES CANNES ?



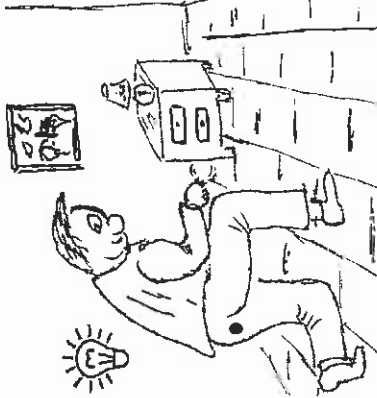
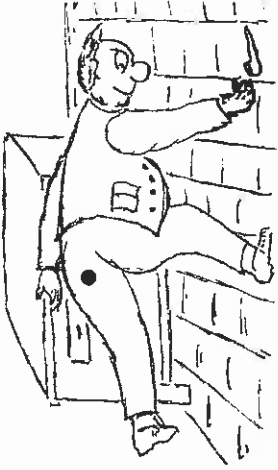


COMMENT ME COMPORTE DEBOUT ?

ME PENCHER :

Vous avez 2 possibilités :

- o En basculant : maintenez-vous avec une main à un meuble ou une chaise et restez en appui sur la jambe non opérée. Levez la jambe opérée vers l'arrière lorsque vous vous abaissez, votre main libre pourra alors toucher le sol.
- o En chevalier servant : posez le genou du côté opéré au sol, et abaissez-vous de façon à fléchir la hanche non opérée.



Utilisez une pince à long manche pour ramasser les objets au sol.

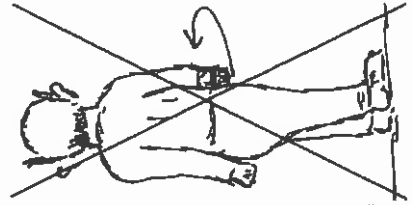


Ce qui est interdit :

- o de vous pencher en avant en gardant les jambes tendues lorsque vous êtes debout,
- o de vous accroupir,
- o de vous pencher en avant lorsque vous êtes assis.



• ME RETOURNER : Lorsque vous êtes debout, ne vous retournez pas brusquement en gardant les pieds fixés au sol. Tournez les jambes et le bassin ensemble en faisant des petits pas pour faire demi-tour.



COMMENT ME LAVER ?

Vous pouvez utiliser une brosse à long manche pour plus de facilités (surtout pour les pieds et le dos).

AU LAVABO : au début, en utilisant un tabouret haut pour vous asseoir face au lavabo.

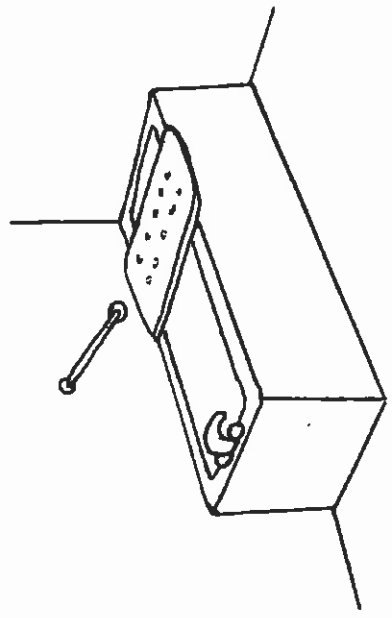


LA DOUCHE :

A privilégier par rapport à la baignoire. N'oubliez pas d'y placer un tapis antidérapant et une poignée fixée au mur pour vous appuyer et éviter les pertes d'équilibre. Vous pouvez également placer un tabouret et vous asseoir pendant votre douche.

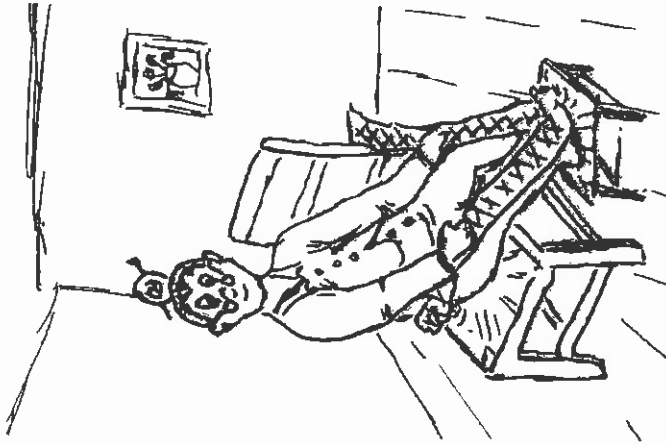
LE BAIN :

Uniquement si vous n'avez pas d'autres possibilités. Pensez toujours à mettre un tapis antidérapant, vous pouvez également mettre une poignée. Il est déconseillé de s'asseoir dans le fond de la baignoire, utilisez plutôt une planche de bain. Asseyez-vous sur la planche, maintenez-vous à la poignée et pivotez les 2 jambes en même temps dans la baignoire.



POUR LA TOILETTE DES PIEDS :

C'est la partie du corps qui présente le plus de difficultés pour la toilette.



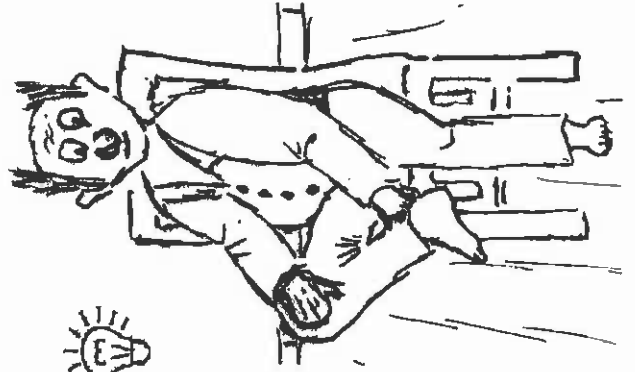
Utilisez une brosse à long manche et pour vous essuyer, utilisez une grande serviette de bain.

Vous pouvez également faire des bains de pieds.



Pour tous les soins au niveau des pieds (coupe des ongles, pose du vernis...) demandez de l'aide si cela est possible ou allez chez le pédicure.

Si non asseyez-vous, et passez plutôt entre vos jambes pour accéder à vos pieds.



COMMENT M'HABILLER?

Asseyez-vous, vous éviterez ainsi les situations instables.

Commencez toujours par enfiler vos vêtements par la **jambe opérée**.

Vous pouvez utiliser la position vue précédemment, en passant entre vos jambes.

Astuce pour vous aider à être plus autonome :

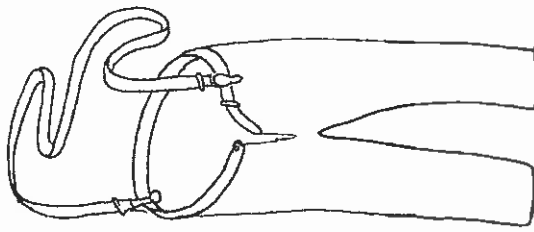
Utilisez des bretelles à pinces que vous fixez à vos vêtements ou sous-vêtements.

Tenez les extrémités des bretelles.

Enfilez vos pieds dans le vêtement.

Tirez les bretelles vers vous pour monter le vêtement.

Saisissez-le et enlevez les bretelles quand il est assez haut pour terminer de l'enfiler.



Pour les chaussettes :

Différents types d'enfile bas existent dans le commerce, voici un exemple :



COMMENT ME CHAUSSER ?

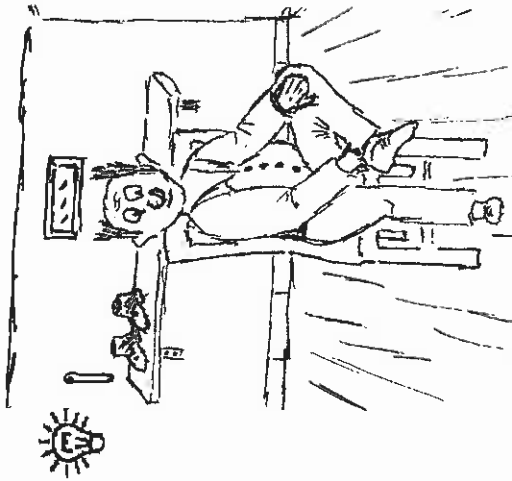
Portez des chaussures stables, tenant bien aux pieds.

Choisissez des chaussures sans lacets de préférence et avec des semelles antidérapantes.

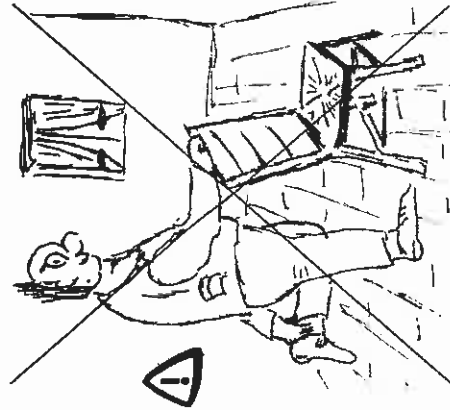
Évitez les mules et faites attention lorsque vous portez des chaussons. Évitez également les talons hauts.

POUR ENFILER MES CHAUSSURES :

Asseyez-vous et utilisez un chausse-pied à long manche pour plus de facilité.



Vous pouvez amener le genou vers le dehors et enfiler vos chaussures en passant entre vos jambes.



Évitez la position debout, pied en arrière, qui peut amener à une position luxante.

POUR RETIRER MES CHAUSSURES :

Utilisez un tire botte, vous pourrez ainsi vous déchausser tout en restant debout.



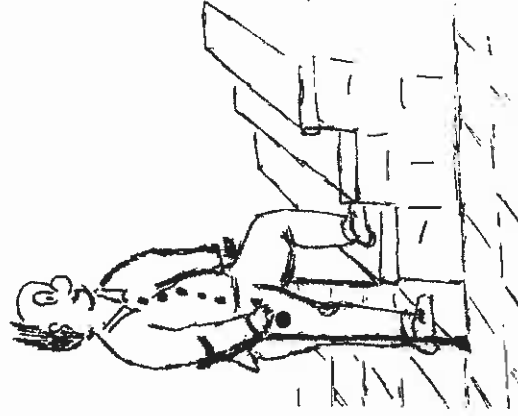
QUE FAIRE DANS LES ESCALIERS ?

Montez et descendez marche par marche.

Utilisez vos 2 cannes même s'il y a une rampe, cela vous évitera d'avoir besoin d'aide pour porter la canne inutile.

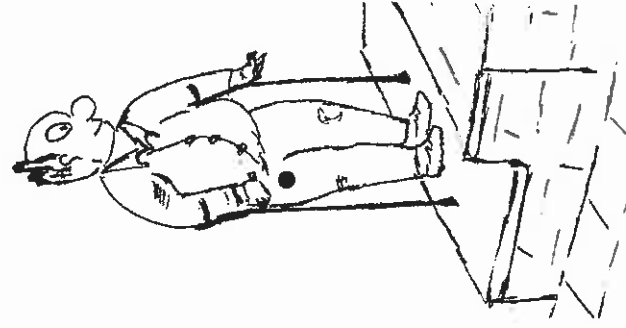
Si vous n'avez qu'une canne, tenez-la du côté opposé à la prothèse et tenez-vous à la rampe de l'autre côté.

POUR MONTER LES ESCALIERS:



1^{ère} ETAPE :

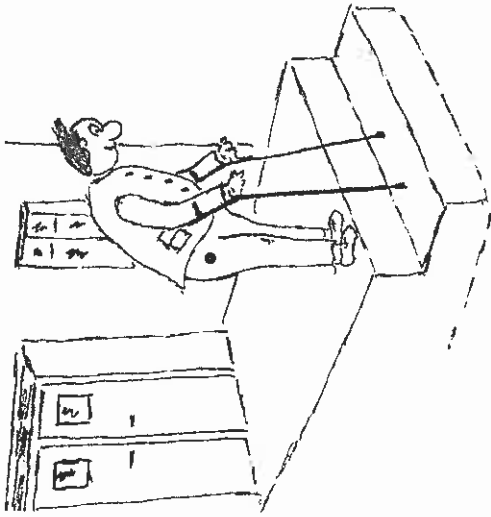
Montez en 1^{er} le pied côté non opéré sur la marche supérieure.
Les cannes restent en bas.



2^{ème} ETAPE :

Montez ensuite vos 2 cannes sur la même marche et posez le pied côté opéré entre les cannes.

POUR DESCENDRE LES ESCALIERS:

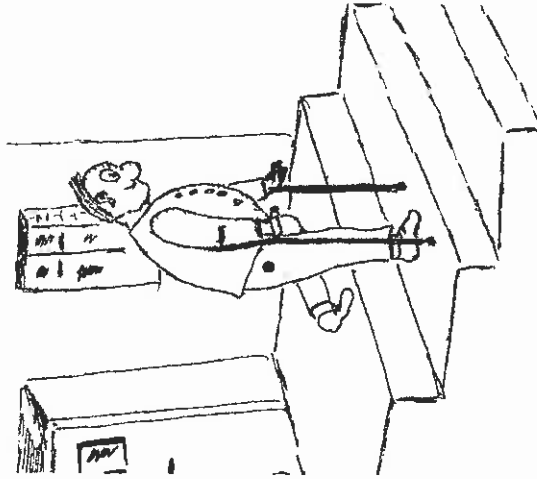


1^{ère} ETAPE :

Commencez par descendre les cannes sur la marche inférieure.

2^{ème} ETAPE :

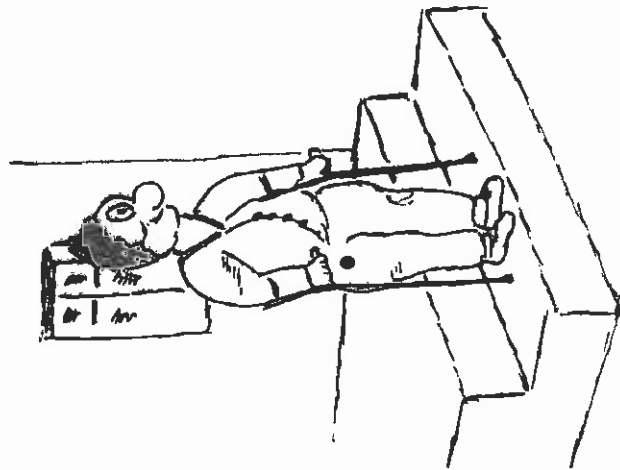
Posez le pied côté opéré entre les cannes.



3^{ème} ETAPE :

Descendez ensuite le pied côté non opéré sur la même marche.

Procédez de la même façon pour chaque marche.



LA VOITURE

Elle vous est autorisée côté passager, vers le 1^{er} mois opératoire. Votre chirurgien vous indiquera la date à laquelle vous pourrez reconduire. Il vous faudra attendre généralement **6 semaines** après votre intervention.

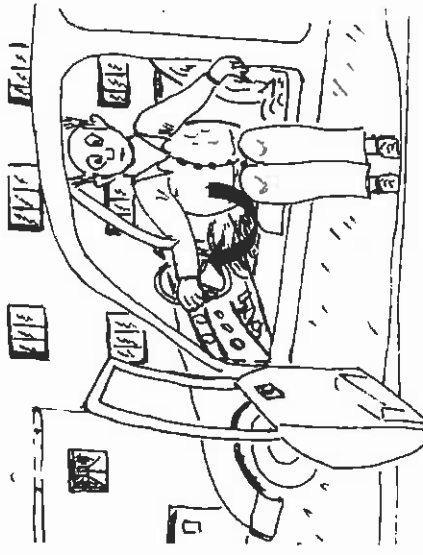
Evitez de monter dans une voiture avec des sièges trop bas ou mettez un coussin.

Pour monter en voiture :

Reculez le siège au maximum. Asseyez-vous sur le côté, dos à la voiture. **Pivotez les 2 jambes en même temps** dans la voiture. Aidez-vous en prenant appui sur la voiture. Réglez ensuite le siège en bonne position.



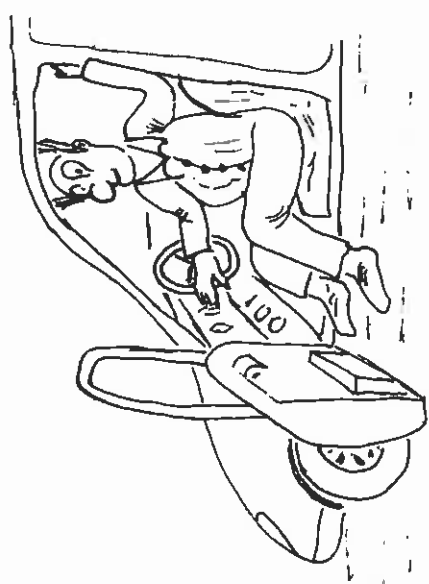
Placez un sac plastique sur le siège cela vous aidera à pivoter.



Pour descendre de

voiture:

Procédez en sens inverse.



❖ Dans les transports en commun :

- faites attention aux chutes, et aux marches hautes,
- trouvez une place assise,
- prenez votre temps.

LES ACTIVITES MENAGERES

Faites attention de ne pas tomber, ne forcez pas trop et ne vous fatiguez pas trop.

Evitez de rester debout trop longtemps, surtout sans bouger.

Asseyez-vous pour toutes les activités où cela est possible (face à l'évier ou la table à repasser...), utilisez un **siège haut et stable** (évitez les roulettes).

Mettez les objets que vous utilisez régulièrement à portée de votre main et réservez vos placards bas pour ce que vous employez rarement. Cela vous évitera de devoir vous baisser.

Rassemblez vos appareils ménagers, vous éviterez ainsi des pas inutiles. Employez une table roulante pour servir et desservir.

Utilisez des aides techniques :

- pince à long manche,
- pelle et balayette à long manche,
- balai à essorage.



Le port de charge :

Evitez de porter des charges lourdes (+ de 5 kg), surtout si vous avez des cannes.

Employez une table roulante pour servir et desservir les repas et un chariot à roulettes pour faire les courses ou un sac à dos.

Essayer de répartir les charges dans les 2 mains. Sinon portez-les plutôt du même côté que la prothèse sans dépasser les 5kg.

LE BRICOLAGE ET LE JARDINAGE

Utilisez le plus possible des outils à longs manches (râteau, pelle...), pour avoir le moins possible besoin de vous baisser.

Essayez d'avoir un plan de travail haut.

Portez des chaussures stables, évitez les sabots qui pourraient vous faire glisser dans le jardin.

Asseyez-vous sur un siège haut quand cela est possible (face à votre établi par exemple).

Si vous devez vous abaisser, ne vous accroupissez pas.

Placez-vous en chevalier servant (décrit précédemment) ou encore à genou (avec les hanches tendues de préférence).



Travaillez vers l'avant, évitez de vous tourner sur le côté.

Utilisez un banc de jardinage, il est composé d'une planche située au ras du sol et de poignées latérales.

Vous pourrez travailler confortablement près du sol et vous aider à vous relever en prenant appui sur les poignées.

Si vous le retournez il pourra vous servir de siège.

N'oubliez pas de vous reposer.

LES ACTIVITES SPORTIVES

Parlez-en à votre chirurgien ou à votre kinésithérapeute avant de reprendre le sport.

Reprenez **progressivement**, de façon **peu intensive**.

Choisissez plutôt un sport que vous connaissez déjà, évitez de commencer un nouveau sport.

Une activité physique régulière vous est **conseillée**.

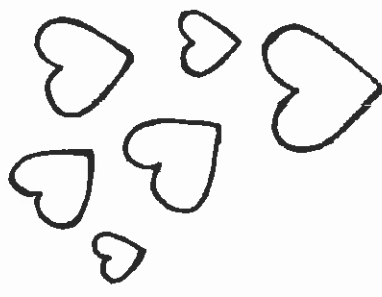
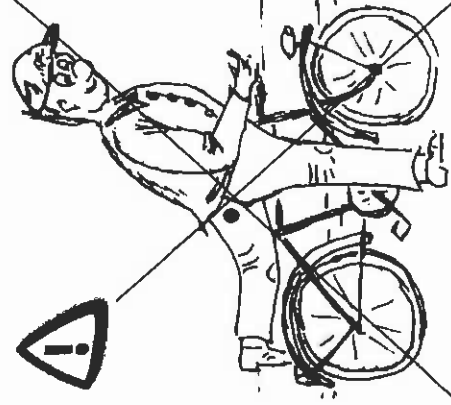
Les premiers mois, évitez surtout les sports violents (sports d'équipes), avec à-coups (course, tennis), qui pourraient vous faire chuter (ski) et qui entraînent des pivots (foot).

La marche : très conseillée pour rester en forme. Marchez le plus souvent possible et avec de bonnes chaussures. N'hésitez pas à **garder une canne** ou à **prendre 1 ou 2 bâtons de marche**.

La natation : très bon sport. Nagez le crawl, plutôt que la brasse, sur le dos ou le ventre. Au bord de la piscine, faites bien attention à **ne pas glisser** (mettez des chaussures antidérapantes).

Le vélo : utilisez un vélo avec un **cadre bas** (vélo de femme), cela permet d'éviter d'avoir à lever haut la jambe pour passer la barre. Réglez la selle assez haute. Enjambez le vélo avec la jambe non opérée.

Demandez un avis pour tout autre sport.



LES RELATIONS SEXUELLES

Rien n'est interdit, si vous respectez toujours les mêmes précautions décrites précédemment : **n'allez pas dans les mouvements extrêmes**, ne forcez pas au niveau de votre hanche.

Parlez-en avec votre partenaire.

Évitez donc les positions qui entraînent :

- une flexion forcée de hanche : le genou côté opéré allant vers la poitrine,
- une adduction : la jambe opérée croisant l'autre,
- une rotation interne : la jambe opérée tournant vers l'intérieur.

Préférez certaines positions qui sont plus sécurisantes pour votre hanche :

- allongé sur le dos,
- allongé sur le côté de la prothèse,
- debout.

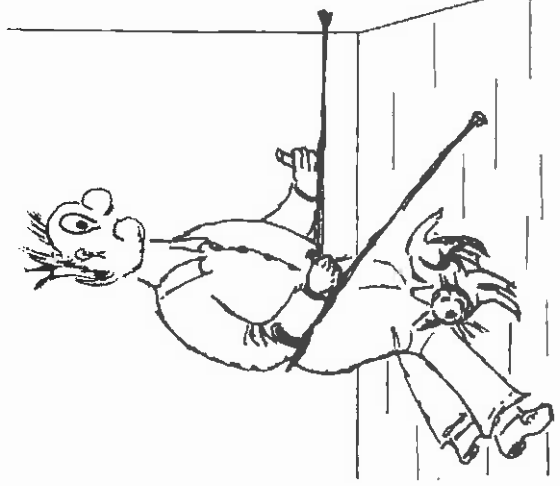
Si vous avez des questions, n'hésitez pas à en parler à votre médecin, à votre chirurgien ou à votre kinésithérapeute.

Pour plus de renseignements, il existe un site internet où un diaporama pourrait vous aider :

<http://www.prothese-hanche.com/pdf/activites-sexuelles-et-prothese-hanche.pdf>

EN REGLES GENERALES

- Surveillez votre poids (1 kg de pris = 4 kg sur la hanche)
- Refusez les piqûres dans la fesse du côté opéré.
- Évitez de tenir trop longtemps la position debout sans bouger.
- Entretenez votre forme physique, pratiquez régulièrement une activité physique (au moins 3 fois par semaine).
- Faites bien attention aux chutes à l'extérieur comme à l'intérieur :
 - évitez de sortir par temps de neige ou de verglas,
 - faites attention à ne pas trébucher ou glisser sur un parquet ciré, sur un tapis (vous pouvez le fixer au sol),
 - faites attention aux fils électriques,
 - faites attention aux animaux domestiques qui peuvent vous faire trébucher.



CONCLUSION

La mise en place d'une prothèse totale de hanche donne de très bons résultats. Pour que ce soit le cas pour vous, respectez ces conseils surtout dans les 3 mois suivant votre opération. Restez tout de même vigilant.

Ne soyez pas trop pressé, avancez à votre rythme, il est inutile de forcer.

Vous retrouverez ainsi rapidement une autonomie et la disparition de vos douleurs et vous pourrez reprendre la majorité de vos activités antérieures et donc une vie normale.

Bon rétablissement.

