

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

**PROTHESE TOTALE DE HANCHE :**  
ETUDE PRATIQUE ET VIDEO SUR LES MOUVEMENTS A  
FAIRE OU A PROSCRIRE POUR EVITER SA LUXATION

Rapport de travail écrit personnel  
présenté par **François JEANMAIRE**  
étudiant en 3<sup>ème</sup> année de kinésithérapie  
en vue de l'obtention du diplôme d'état  
de masseur-kinésithérapeute  
1996-1997.

# SOMMAIRE

	page
RESUME	
1. INTRODUCTION .....	1
2. LES RAISONS D'UNE TELLE VIDEO .....	2
2. 1. La luxation : un phénomène rare ?.....	2
2. 2. Besoins éprouvés par les rééducateurs.....	4
3. LA VOIE D'ABORD POSTERO-EXTERNE .....	5
3. 1. Description d'une prothèse totale de hanche .....	5
3. 2. Description chirurgicale.....	7
3. 2. 1. Disposition du patient .....	7
3. 2. 2. Trajet cutané de l'incision.....	8
3. 2. 3. Section des différents plans sous cutanés .....	8
3. 2. 4. Remplacement prothétique .....	9
3. 2. 5. Fermeture de cette voie d'abord.....	9
3. 3. Risques de cette voie d'abord .....	10
4. REALISATION DU FILM.....	11
4. 1. Démarches réalisées avant l'écriture du scénario .....	11
4. 1. 1. Observations per opératoires.....	11
4. 1. 2. Matériel nécessaire au tournage .....	12
4. 2. Choix des séquences présentées.....	12
4. 3. Présentation des séquences .....	13
4. 3. 1. Choix du lieu de tournage .....	13

4. 3. 2. Ecriture du scénario .....	13
4. 3. 3. Choix des acteurs .....	14
4. 4. Répétitions et tournage.....	14
4. 5. Durée du film .....	15
4. 6. Population ciblée.....	15
5. MODE D'EMPLOI.....	17
5. 1. Séance collective.....	17
5. 2. Séance individuelle .....	19
5. 3. Présentation aux kinésithérapeutes .....	20
5. 4. Présentation au personnel soignant .....	20
6. MODALITE DE REMBOURSEMENT DES AIDES TECHNIQUES .....	21
6. 1. Rencontre avec le médecin conseil .....	21
6. 2. Modalités de remboursement.....	21
7. CONCLUSION.....	23

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

## RESUME

Ce document écrit vient en complément d'un travail audiovisuel intitulé :

« MA PROTHESE DE HANCHE AU QUOTIDIEN ».

Nous avons réalisé une cassette vidéo sur les conseils d'hygiène de vie après mise en place d'une prothèse totale de hanche par voie d'abord postéro-externe.

Nous nous attachons plus particulièrement à décrire le mouvement luxant à proscrire : l'association flexion, adduction et rotation interne.

Dans ce travail écrit, nous décrivons les différentes étiologies des luxations de ce type d'arthroplastie de hanche et nous détaillons les avantages de la vidéo.

Nous étudions des différents éléments de la prothèse.

La voie d'abord postéro-externe est la voie considérée. Nous en rappelons les grands principes et les risques de complications possibles.

L'élaboration du film et les raisons de certains choix font ensuite l'œuvre d'une discussion. Nous avons d'ailleurs constaté que certaines options étaient dictées par la spécificité de la population concernée.

Cette vidéo a fait l'objet d'une demande de la part d'un certain nombre de thérapeutes. Nous leur proposons ses différents modes d'utilisation.

Dans une dernière partie, nous présentons les différentes modalités de remboursement des aides techniques souvent nécessaires suite à cette intervention chirurgicale.

## **AVERTISSEMENT AU LECTEUR**

Ce mémoire est composé de deux parties complémentaires :

- le présent travail écrit
- une cassette vidéo

## **1. INTRODUCTION**

Lorsqu'un patient vient en rééducation après une intervention chirurgicale de mise en place d'une prothèse totale de hanche, cela n'a plus rien d'exceptionnel à nos yeux. En effet, il en est installé plus de 50 000 chaque année en France (6).

Devant une telle affluence et les résultats fonctionnels dans la majorité des cas excellents, il peut être tentant de s'enfermer dans une certaine routine au cours de la prise en charge kinésithérapique de ces patients.

La relative simplicité des techniques de rééducation à mettre en œuvre dans le cadre de cette pathologie peut faire baisser la vigilance du thérapeute et l'intérêt qu'il peut porter à ce type de rééducation.

Il ne faut pas perdre de vue que les risques de complications restent relativement élevés pour les suites d'une intervention jugée banale.

Il est important de rappeler ces facteurs de risques et de les quantifier.

Afin de réduire au maximum la fréquence de ces complications, il est nécessaire de continuer la recherche de nouveaux matériaux prothétiques et de nouvelles techniques opératoires.

Cette évolution doit également avoir lieu au niveau de la rééducation et plus particulièrement au niveau de la prévention.

Dans ce cadre, la vidéo nous semble être une idée intéressante à développer.

Elle doit permettre au patient de mieux comprendre les mouvements à proscrire et la nouvelle hygiène de vie à respecter. Elle a, en particulier, pour finalité de diminuer la fréquence des épisodes de luxation de ces prothèses totales de hanche.

Nous avons choisi, dans ce mémoire, la présentation de la voie d'abord postéro-externe. Celle-ci est utilisée par le chirurgien dans la majorité des cas, car elle présente peu de risques de lésion nerveuse per opératoire et peu de douleurs résiduelles comparée à la voie d'abord antérieure.

Le mouvement luxant étudié est le positionnement de la hanche en flexion - adduction - rotation interne.

## **2. LES RAISONS D'UNE TELLE VIDEO**

### **2. 1. La luxation : un phénomène rare ?**

Après la mise en place d'une prothèse totale de hanche, même si cette opération est devenue très banale et fiable, il persiste une complication majeure : la luxation (fig. 1).

Selon les auteurs, cette luxation peut se produire dans 0.3 à 4% des cas (1). Ce chiffre n'est pas négligeable, vu le nombre de prothèses totales de hanche posées chaque année.



**Figure 1** : Luxation postérieure sur voie d'abord postéro-externe (15).

Il ressort de différentes études que dans un tiers des cas de luxation, elle a lieu entre six mois et un an après la mise en place. Cela correspond à une période où le patient a recouvré la quasi totalité de ses capacités, c'est à dire le moment où il reprend des activités plus intenses. Ayant repris confiance, il commet une imprudence.

Mais dans deux tiers des cas, cette luxation intervient dans les deux mois suivant l'intervention. Ces luxations sont uniques dans la plupart des cas, nous observons rarement de récurrence.

Ces luxations ont pour cause, une cicatrice fragile, un mauvais contrôle musculaire, ou une fausse manoeuvre de la part du patient ou encore un état général altéré.

Ces causes sont transitoires et disparaissent avec la cicatrisation, la rééducation et les conseils prodigués par le kinésithérapeute à son patient.

Il est très important de donner des conseils au patient le plus tôt possible, pour qu'il puisse reprendre une vie normale, sans courir le moindre risque dans ses activités quotidiennes.

Pour cela, lors de son séjour à l'hôpital ou à la clinique, il lui est systématiquement remis une brochure (16) plus ou moins détaillée sur les mouvements à proscrire dans les premiers mois suivant l'opération. (ANNEXES I et II)

Il en est de même lorsque le patient arrive en centre de rééducation. Il peut exister des fiches de bilans pour vérifier si le patient a assimilé ce qu'il ne faut pas faire (ANNEXES III, IV et V).

Ces brochures présentent des limites, dans la mesure où il n'est pas toujours évident pour le patient de transposer une situation statique (dessin) en situation dynamique. Par exemple, un fascicule présente le personnage en décubitus dorsal, avec un oreiller entre les membres inférieurs. Puis on retrouve ce même personnage en latéro-cubitus avec également un coussin entre les cuisses. Le patient va correctement réaliser ces deux situations, mais ne pensera pas à mettre le coussin lors du passage d'une position à l'autre. On peut mesurer les risques encourus tout au long de cette manoeuvre.

Cet exemple nous permet d'envisager l'utilisation de la vidéo, où la situation est présentée dans son ensemble.

La vidéo est également importante dans les cas de luxation multi-récurrente. Ces luxations sont souvent dues à une malposition de la prothèse, à un effet de came anormal (interposition de ciment ou d'un ostéophyte), à une insuffisance des abducteurs ; parfois à l'intrépidité du patient ou à un problème de compréhension.

Le traitement est dans ce cas souvent chirurgical : changement de la prothèse, excision de la came, cerclage capsulaire, butée anti-luxante. L'intervention du kinésithérapeute est alors très importante pour obtenir un bon renforcement musculaire, et pour inculquer au patient une nouvelle hygiène de vie.

Tous les moyens sont bons pour répéter à ce patient à risque les principes à respecter.

Brochures, fiches de bilan après mise en situation, conseils de tous les instants, rappel à l'ordre en cas de mal positionnement involontaire.



La vidéo peut être un atout supplémentaire pour le kinésithérapeute.

## 2. 2. Besoins éprouvés par les rééducateurs

Lors de la réalisation de cette vidéo, nous n'avons pas trouvé de travail similaire sur support audiovisuel. L'idée d'un tel projet avait déjà été évoquée par des chirurgiens ou des kinésithérapeutes, mais n'avait pas débouché, à notre connaissance, sur un résultat concret.

Nous avons appris tardivement l'existence d'un travail similaire diffusé par la SPEK, mais nous n'avons pu en prendre connaissance avant l'achèvement de notre travail écrit, car celui-ci ne nous est pas parvenu.

Nous avons pu disposer du matériel nécessaire : caméra, banc de montage, table de mixage et du temps suffisant pour l'élaboration du scénario, la recherche des meilleurs angles de vue, le tournage et le montage du film, l'écriture des commentaires et l'enregistrement du montage son avec choix du fond musical.

A partir du moment où la réalisation de ce film a débuté, nous nous sommes rendus compte de l'attente des rééducateurs à propos de ce genre de formule, ce qui nous a conforté dans notre travail. Pour réaliser ce film, nous avons pris conseil auprès de chirurgiens orthopédistes qui se sont tous avérés intéressés. Les médecins rééducateurs nous ont encouragés. Les équipes de kinésithérapie et d'ergothérapie, intéressées par ce travail nous ont beaucoup aidés.

Pourquoi cet engouement ?

Nous sommes tous confrontés au problème de luxation de la prothèse totale de hanche. Chacun à son niveau ; du chirurgien au kinésithérapeute, en passant par le médecin de rééducation.

Nous sommes tous confrontés à des difficultés pour faire comprendre aux patients opérés les risques de luxation dans les mois suivant l'intervention.

Pour eux, cette opération est quasiment devenue bénigne et banale. Ils ont tous, dans leur entourage, des amis ou des proches opérés d'une hanche, qui reprennent des activités qu'ils ne faisaient plus avant d'être opérés. Il convient donc de tempérer l'excès d'enthousiasme que suscite ce remplacement prothétique.

Certaines personnes âgées ont aussi parfois du mal à comprendre le mouvement luxant et à évaluer les risques encourus. Nous y reviendrons dans le chapitre consacré au type de population visé.

La vidéo représente une nouvelle arme à la disposition du patient et de l'équipe soignante, pour lutter contre les complications après mise en place d'une prothèse totale de hanche.

Ce mode de communication doit permettre de diminuer la fréquence des luxations, car ce pourcentage de complication n'est pas incompressible. Une meilleure prévention et une plus grande responsabilisation des patients, doit permettre de diminuer encore ce chiffre, pour rendre cette opération plus fiable et plus simple dans ses suites opératoires.

### **3. LA VOIE D'ABORD POSTERO-EXTERNE**

#### **3. 1. Description d'une prothèse totale de hanche**

L'intervention chirurgicale pour mise en place d'une prothèse totale de hanche peut être aujourd'hui qualifiée de routinière. Les matériels sont très fiables.

Depuis 1943 et les travaux de MOORE, qui lui ne remplaçait que la partie fémorale, en passant par MAC KEE-FARRHAR (fig. 2), CHARNLEY dans les années soixante qui fut le premier à utiliser le méthacrylate de méthyle comme ciment (fig. 3), puis MULLER ; si la forme de ces prothèses n'a que peu évolué, du fait de sa qualité excellente dès le départ, les matériaux utilisés ont eux beaucoup évolués (15).

En particulier dans un but de diminuer les phénomènes d'usure et de tolérance : problèmes des granulomes dus à l'usure du ciment, ce qui érode l'os et provoque des descellements, ou problème de biocompatibilité avec des prothèses en carbone, des particules de carbone ayant été retrouvées dans les ganglions lymphatiques et même dans le foie.

Actuellement, les plus utilisés pour la pièce fémorale sont le métal ou la céramique et le polyéthylène pour la pièce cotyloïdienne (ANNEXE VI).

Parmi les nombreux modèles proposés, il y a toujours le même principe : « l'arthroplastie totale de hanche est l'articulation d'un segment de sphère mobile dans une cupule hémisphérique. » (9)

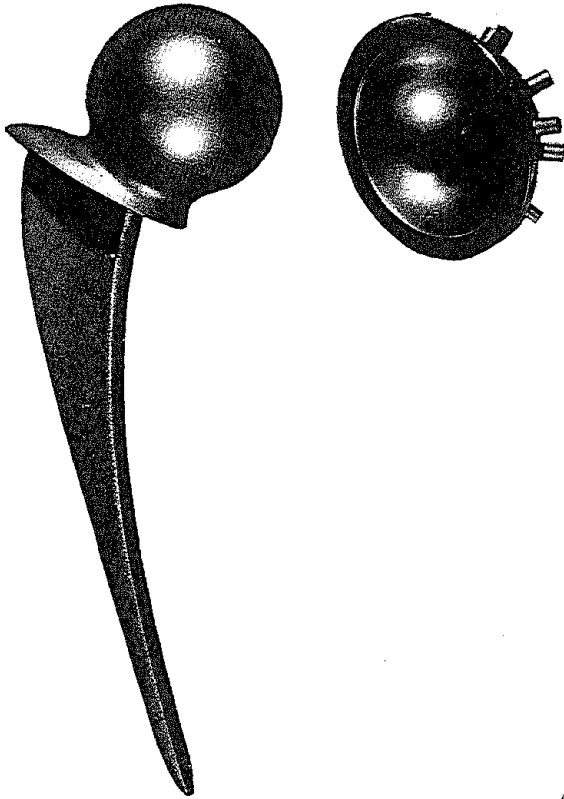


Figure 2 : Prothèse totale de hanche métal-métal de Mac Kee-Farrhar (5).

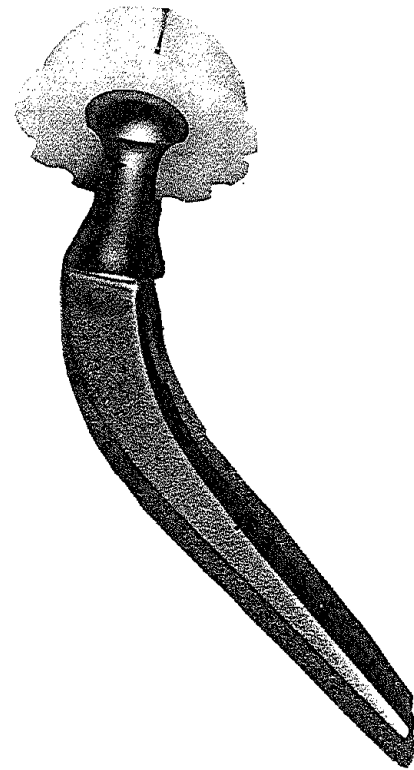


Figure 3 : Prothèse totale de hanche Métal-polyéthylène de Charnley (5).

Pour obtenir une stabilité optimale, la cupule cotyloïdienne doit faire avec l'horizontale, un angle de  $40^{\circ}$  à  $45^{\circ}$  et peut être légèrement antéversée : au maximum  $10^{\circ}$ .

En ce qui concerne la pièce fémorale, elle ne doit pas être varisée, l'angle cervico-diaphysaire étant aux alentours de  $130^{\circ}$  (9) (10).

Quant au diamètre de la tête prothétique, même si les grands diamètres permettent en général une plus grande stabilité et limitent les risques de luxation, les têtes de diamètre plus petit : 22 à 28 millimètres, sont plus utilisées car elles permettent une plus grande mobilité et surtout une masse plus importante de polyéthylène rendant l'usure de ce dernier plus tolérable (11).

Toutefois, on peut remarquer qu'il faut considérer le rapport entre le diamètre de la tête et le diamètre du col, plutôt que le diamètre de la tête seul. Un rapport élevé favorise une meilleure mobilité, comme le démontre le schéma suivant (fig. 4).

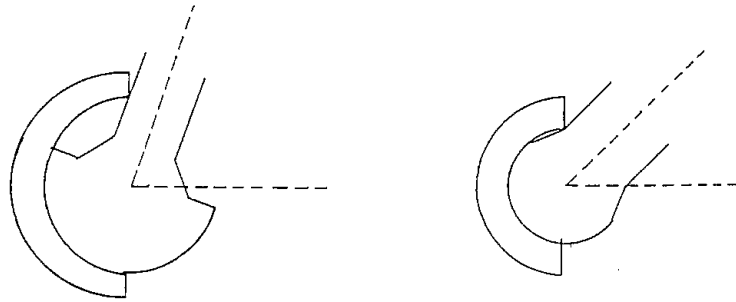


Figure 4 : Influence du rapport entre les diamètres tête-col dans la flexion de la prothèse (15).

Nous ne reviendrons pas sur la discussion des chirurgiens : faut-il ou non cimenter ? Chacune des deux techniques ayant des avantages et des inconvénients. Aucune des deux ne peut, à l'heure actuelle faire l'unanimité, elles peuvent en effet avoir des indications différentes (15) (2) (10).

### 3. 2. Description chirurgicale

#### 3. 2. 1. Disposition du patient

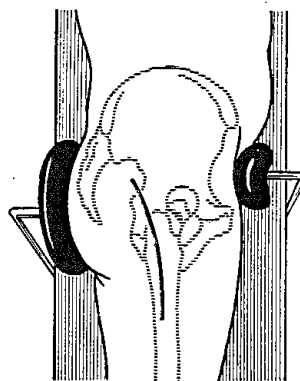


Figure 5 : Disposition du patient.

Le patient est placé en décubitus latéral strict opposé au coté opéré, solidement fixé par un appui antérieur et un contre appui postérieur afin d'éviter la bascule du bassin durant l'opération (fig. 5).

Le membre inférieur est entièrement et rigoureusement aseptisé et recouvert de jersey tubulaire (13).

### 3. 2. 2. Trajet cutané de l'incision

Cette incision dessine une courbe. Elle coupe la région fessière en deux. Elle est incurvée en haut et en arrière dans sa partie supérieure. Elle passe en regard du grand trochanter. La partie basse de l'incision se situe sur la face externe du fémur. Elle s'arrête environ six à dix centimètres en dessous du grand trochanter (fig. 6) (13).

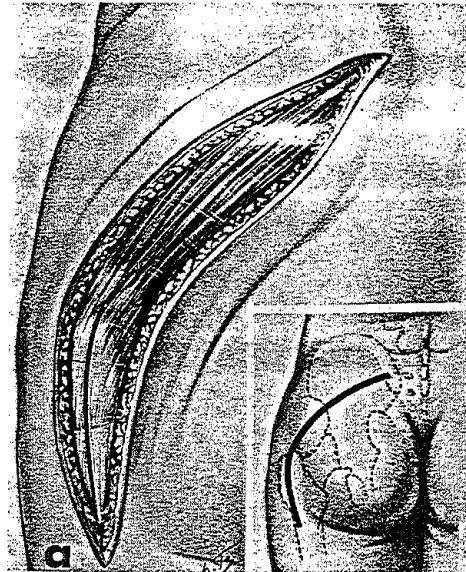


Figure 6 : Trajet de l'incision cutanée (13).

### 3. 2. 3. Section des différents plans sous cutanés

Tout d'abord, le fascia lata est coupé dans le sens de ses fibres.

En haut, le muscle grand fessier est également incisé dans le sens des fibres.

Ensuite, section des bourses séreuses qui entourent le grand trochanter.

L'incision passe en arrière du muscle moyen fessier. Celui-ci est repoussé vers le haut à l'aide d'un écarteur. Il n'est en aucun cas incisé.

Pour ce qui est de la voie de MOORE, les muscles pelvitrochantériens sont coupés à un centimètre de leurs terminaisons (fig. 7).

Dans le cas de la voie de GIBSON-KOCHER-LANGENBECK, il y a section du grand trochanter. Ceci permet de récliner en haut l'éventail fessier : muscles petit et moyen fessier. Parfois, la section du muscle pyramidal est nécessaire.

Enfin, la capsule articulaire peut être atteinte et ouverte (13).

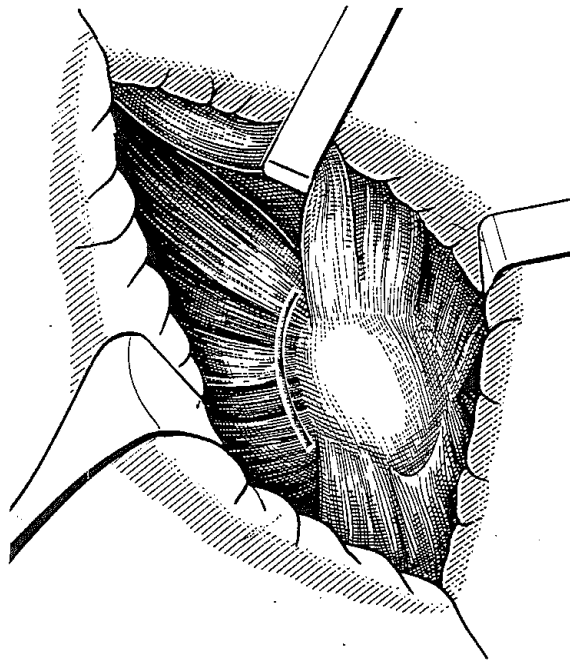


Figure 7 : Section des muscles pelvi-trochantériens (13).

#### 3. 2. 4. Remplacement prothétique

Le chirurgien résèque la tête et le col du fémur et réalise un alésage du cotyle.

Il place ensuite les pièces prothétiques fémorale et cotyloïdienne (2) (7).

### 3. 2. 5. Fermeture de cette voie d'abord

Pour la voie de MOORE, les muscles pelvitrochantériens sont suturés.

Pour la voie de GIBSON-KOCHER-LANGENBECK, le grand trochanter sectionné est réinséré par un cerclage. Ceci permet un meilleur réglage de la tension des muscles fessiers.

Enfin, le muscle grand fessier ainsi que le fascia lata sont suturés (13).

Le chirurgien termine l'intervention par une suture des plans cutanés.

### 3. 3. Risques de cette voie d'abord

Il existe un certain nombre de complications indépendantes de la voie d'abord :

- celles inhérentes à tout acte chirurgical et à l'anesthésie,
- les fractures : elles peuvent être chirurgicales per opératoires, post opératoires par traumatisme majeur indépendant du matériel ou au niveau de la queue de la prothèse, de stress.

Il peut également exister des fractures de la prothèse,

- le stress-shielding dû à une modification de la minéralisation de la diaphyse et de la métaphyse par modification des contraintes biomécaniques suite à la mise en place de l'implant prothétique,

- descellement aseptique par processus biomécanique biologique ou septique,
- descellement par granulome inflammatoire résultant de débris formés par l'usure,
- ossification périprothétique (13) (15).

Il existe ensuite, des complications ayant un lien avec la voie d'abord. Elles peuvent être de deux types dans le cas de la voie postéro-externe :

- les lésions nerveuses et circulatoires durant l'intervention. En particulier les lésions du nerf grand sciatique qui entraînent une paralysie ou une paresthésie des muscles releveurs du pied et les lésions du nerf fessier qui entraînent une défaillance du muscle moyen fessier. La lésion d'un certain nombre de vaisseaux fessiers est aussi un facteur défavorable à la récupération, en particulier au niveau de la trophicité (4) (12),

- la luxation. Elle se produit lors du mouvement associant flexion, adduction et rotation interne de hanche. La tête de la prothèse se luxe vers l'arrière, ce qui fait rechercher systématiquement une lésion du nerf grand sciatique.

Le film réalisé dans le cadre de ce mémoire insiste surtout sur cette dernière complication. Tout doit être entrepris, par le chirurgien et le rééducateur pour diminuer cette fréquence des épisodes de luxation ; une luxation de prothèse est toujours un accident mal vécu, angoissant pour le patient et embarrassant pour le chirurgien.

#### **4. REALISATION DU FILM**

##### 4. 1. Démarches réalisées avant l'écriture du scénario

###### 4. 1. 1. Observation per opératoire

Pour bien comprendre les risques que comporte la voie d'abord postéro-externe, nous avons eu la chance d'avoir accès au bloc opératoire de la clinique de CLUSES (74).

Nous avons pu, grâce à Monsieur le Docteur MACHET, suivre une de ses opérations. Celle-ci était la mise en place d'une prothèse totale de hanche gauche par voie d'abord postéro-externe.

D'une part, il a remplacé le cotyle par une pièce cotyloïdienne vissée. D'autre part, il a scellé la pièce fémorale par du ciment.

Il nous a montré au cours de l'intervention, les différents plans musculaires sectionnés et expliqué le mouvement luxant après mise en place de la prothèse (fig. 8).

Il nous a fait observer la parfaite congruence entre la pièce cotyloïdienne en polyéthylène et la tête fémorale en métal, lors de la vérification du bon ajustement avant de refermer la plaie opératoire.

Remarquons qu'au cours de cette intervention le chirurgien a légèrement antéversé la pièce cotyloïdienne pour limiter les risques de luxation en flexion - adduction - rotation interne. Il n'a pas suturé les muscles pelvitrochantériens sectionnés à l'ouverture. Il les laisse se réinsérer seuls ou se rétracter.



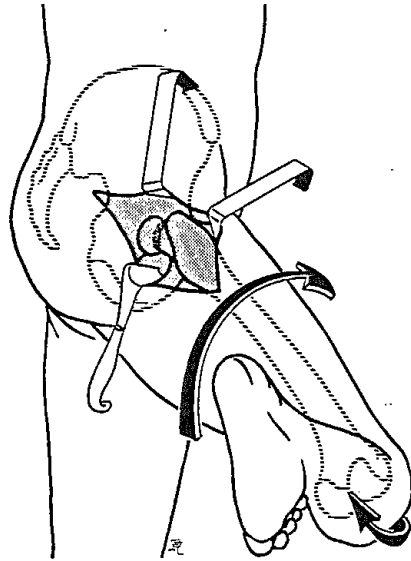


Figure 8 : Démonstration per opératoire du mouvement luxant (13).

#### 4. 1. 2. Matériel nécessaire au tournage

Le matériel nécessaire à l'élaboration de ce film, a aimablement été mis à notre disposition par Pierre BRASIER du laboratoire AESCULAP qui fabrique, en particulier, des prothèses totales de hanche.

Nous avons réalisé le montage avec sa collaboration.

Ceci nous a permis d'avoir accès à du matériel de professionnel pour réaliser un montage avec quelques effets intéressants. (noir et blanc, surimpressions)

#### 4. 2. Choix des séquences présentées

Dans ce style de vidéo, il est impossible de traiter toutes les situations possibles au cours desquelles la personne opérée peut réaliser le mouvement luxant.

Il est important de faire un choix sur les séquences à filmer (14).

Nous avons choisi de suivre le cours d'une journée classique, type, pour une personne porteuse d'une prothèse totale de hanche.

Nous avons décidé de présenter les activités les plus difficiles à expliquer et à mettre en application en rééducation. Nous avons, par exemple, choisi de présenter l'entrée et la sortie de la voiture. De même, nous avons filmé l'entrée et la sortie d'une baignoire.

Nous avons passé sous silence des situations plus faciles à traiter en rééducation, comme la montée et descente des escaliers.

Les situations ne concernant pas la majorité des patients, comme le jardinage, ont également été omises volontairement.

#### 4. 3. Présentation des séquences

##### 4. 3. 1. Choix du lieu de tournage

Une fois les séquences choisies, il fallait trouver les lieux pour les différentes prises de vues.

Le premier impératif était de bénéficier de pièces suffisamment spacieuses pour permettre la mise en place du matériel de tournage.

La disposition des éléments dans la pièce par rapport aux fenêtres et autres sources lumineuses a également été un des facteurs déterminants pour arrêter nos choix.

Le deuxième impératif était de trouver des éléments conformes avec les besoins du tournage : une baignoire à bonne hauteur avec une planche adaptée, un fauteuil suffisamment bas, profond et mou par exemple.

Pour rendre le décor plus chaleureux et moins médical, nous avons opté pour une chambre dont l'ameublement s'approche plus d'une chambre à coucher traditionnelle que d'une chambre d'hôpital.

##### 4. 3. 2. Ecriture du scénario

Une fois le décor planté, nous nous sommes consacrés à la rédaction du scénario.

Nous avons, pour chaque séquence, défini exactement le mouvement qu'auraient à effectuer les acteurs.

Nous avons défini l'endroit exact d'où partirait le personnage, où il s'arrêterait, et où serait coupée la séquence.

Nous pouvons prendre pour exemple, la scène où l'acteur masculin monte dans la voiture. Il doit arriver par la droite, poser ses cannes anglaises et s'asseoir, puis réaliser la manoeuvre proprement dite en décomposant le recul du siège, la rotation sur le siège, ranger ses cannes anglaises et enfin fermer la porte.

Pour la séquence finale, le patient doit démarrer la voiture, passer devant la caméra en marquant un léger temps d'arrêt ; le caméraman réalise ensuite un zoom arrière pour finir la vidéo sur les montagnes en prévision de l'ajout d'un fond sonore terminal.

Lors de l'écriture du scénario, il fallut décider de l'emplacement de la caméra pour chaque scène, afin d'avoir le meilleur angle et la meilleure prise de vue pour bien filmer le mouvement luxant. Les images sont ainsi plus explicites.

Par exemple, pour présenter le personnage féminin couché en chien de fusil, nous nous sommes placés en hauteur pour avoir une vue plongeante sur la scène et bien voir la hanche en position luxante.

#### 4. 3. 3. Choix des acteurs

Il nous fallait tout d'abord une personne porteuse d'une prothèse totale de hanche en période de rééducation afin d'être plus crédible. Cette personne se devait d'être autonome car toutes les séquences n'ont pas été tournées dans le même lieu. Elle devait pouvoir aller d'un lieu à un autre sans trop de contraintes et sans susciter une trop grande fatigue.

Il était convenu que la personne conduise une voiture. L'intervention chirurgicale devait donc dater d'au moins six semaines et nous devions avoir l'accord du médecin de rééducation.

Nous avons rencontré un patient : Monsieur P. , qui s'est très vite intéressé à notre projet et s'est investi au delà de nos espérances.

Il nous fallait ensuite, une personne non opérée d'une prothèse totale de hanche et relativement autonome pour réaliser les mouvements contre-indiqués.

Pour réaliser un contraste entre ce qu'il faut faire, incarné par Monsieur P. , et ce qu'il ne faut pas faire, nous avons opté pour un personnage féminin.

Nous avons rencontré Madame V. , qui s'est montrée très enthousiaste, et n'a pas hésité à nous consacrer un peu de son temps libre.

#### 4. 4. Répétitions et tournage

Après avoir réglé tous ces problèmes techniques, nous avons pu commencer les répétitions.

Pour notre acteur, cela a d'abord consisté en une révision de tous les conseils qui lui avaient été donnés en cours de rééducation. Ensuite, nous avons pu travailler plus spécifiquement chaque scène.

Pour notre actrice, nous avons surtout axé nos répétitions sur la spontanéité du geste et le naturel.

Lors du tournage, nous avons réalisé plusieurs prises de vue pour chaque scène, afin de pouvoir faire un choix lors du montage.

#### 4. 5. Durée du film

Le film, avec les génériques de présentation et de fin, a une durée de douze minutes.

Nous nous étions fixé une durée entre dix et quinze minutes. Pourquoi ?

Nous savons qu'il est difficile de maintenir une concentration constante lorsque l'on regarde un film. Le but de cette vidéo étant de faire passer un message très important, pour qu'il soit efficace, il ne doit pas dépasser quinze minutes. Au delà, l'attention se relâche et les patients ne peuvent pas tout assimiler.

Pour tenir les patients en haleine, nous avons réalisé des séquences relativement courtes, avec un enchaînement d'images : par exemple, pour la présentation des éléments nécessaires à un usage correct de la baignoire. Ces séquences brèves sont en alternance avec des plans plus longs. Ceci permet d'empêcher la monotonie.

La séquence du parapente, vers le milieu du film, permet une petite coupure, pour laisser souffler le spectateur.

#### 4. 6. Population ciblée

Comme nous le verrons, cette vidéo est destinée au personnel soignant, et surtout aux personnes opérées d'une prothèse totale de hanche.

Cette population possède certaines caractéristiques.

Tout d'abord, elle n'est pas toujours bien habituée à l'utilisation d'un magnétoscope. Ceci peut être gênant pour les séances particulières ou pour visionner la cassette à domicile ; même si maintenant la majorité des foyers possède un magnétoscope.

Ensuite, il s'agit de personnes n'ayant, dans la plupart des cas, aucune connaissance médicale, ce qui nécessite un effort pédagogique dans la communication.

Nous nous adressons le plus souvent à des personnes âgées, ceci implique qu'elles peuvent avoir des problèmes pour maintenir une attention constante durant un long moment. Ceci nous a influencé dans la durée du film et le rythme des séquences présentées.

En raison de l'âge relativement avancé de la population ciblée, nous sommes confrontés dans certains cas à des problèmes de compréhension, dus à la sénescence. Ces personnes ont parfois des troubles de la mémoire, ce qui nous oblige à présenter des images marquantes, quelque fois à la limite de la caricature et de l'exagération. Par exemple lorsque nous montrons la dame sortant de la voiture, elle insiste délibérément sur la rotation interne de hanche.

Ces problèmes de mémoire donnent une importance particulière à la vidéo, car elle permet de répéter une fois de plus les conseils maintes fois définis par le kinésithérapeute.

Pour faciliter la compréhension et la mémorisation de ces conseils, nous avons utilisé des moyens mnémotechniques. Nous recommandons de poser les mains sur les genoux pour penser à les garder légèrement écartés lorsque l'on se met debout.

Pour éviter la confusion entre ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire, nous avons respectivement utilisé un patient et une patiente.

Afin de renforcer le contraste, nous avons modifié les couleurs et placé la signalétique « DANGER » sous forme d'un panneau.

Pour les commentaires, nous avons utilisé des voix différentes : l'une masculine, l'autre féminine, pour marquer le changement entre deux séquences.

La musique choisie a également un rôle à jouer. Nous utilisons plusieurs morceaux pour changer de rythme et éviter la monotonie. Néanmoins, ce fond sonore doit plaire à la population concernée et ne pas être trop agressif mais entraînant.

Dans le but de capter l'attention des patients, nous avons mis en place un jeu.

Après le tournage, nous nous sommes aperçus lors du contrôle des séquences que le personnage masculin, dans la scène de la descente de voiture, avait commis une petite erreur. Il n'avait pas remonté la fermeture éclair de sa bottine gauche car il ne pouvait se baisser pour l'atteindre. Dans sa précipitation entre deux prises de vue, il n'a pas sollicité notre aide. Ceci représente un risque d'instabilité de la bottine et un risque de chute.

Au lieu de réaliser une nouvelle prise de vue, nous avons immédiatement songé à exploiter cette erreur d'inattention pour mettre en place un jeu. Cela nous fournit une arme supplémentaire dans notre pédagogie.

Nous prévenons les patients avant la projection du film, que ce personnage, sensé être irréprochable, a commis une petite erreur.

Il leur est demandé de déceler cette imprudence. Ceci va aviver leur curiosité et renforcer leur attention, produire une « rivalité », une compétition entre eux, pour être le premier à donner la bonne réponse à la fin du film.

## **5. MODE D'EMPLOI**

### **5. 1. Visualisation collective**

En centre de rééducation, il est possible d'organiser des séances une fois par semaine pour les patients arrivés la semaine précédente. Cette séance, obligatoirement organisée sous la direction d'un kinésithérapeute, se déroule en deux temps :

- lecture de la cassette,
- discussion ouverte avec le kinésithérapeute.

Durant cette deuxième partie, le kinésithérapeute peut apporter des réponses aux questions particulières des patients. L'un d'eux pense à une situation personnelle non traitée dans le film et demande de plus amples informations. Un autre demande s'il peut continuer une activité particulière qu'il pratiquait avant l'opération, comme un sport : par exemple la bicyclette, la natation, ou un sport plus spécifique.

Le kinésithérapeute peut revenir sur certains détails, s'il perçoit un problème de compréhension. Il peut préciser un point resté flou dans l'esprit des patients. Par exemple, représenter et mimer le mouvement de flexion - adduction - rotation interne, en décomposant chaque phase.

Il peut être conduit à remonter un passage du film en apportant des commentaires supplémentaires et personnels.

Le point de départ de cette discussion peut être le jeu mis en place comme nous l'avons vu plus haut. Quand le thérapeute va demander quelle erreur a pu commettre le personnage masculin sensé être irréprochable, les patients ne manqueront pas de trouver la bonne réponse, ce qui permettra au kinésithérapeute de parler des problèmes pour se chausser, des risques que représentent les terrains accidentés ou glissants.

Les patients penseront aussi trouver d'autres erreurs, ce qui permettra de déceler d'éventuels contresens ou confusions dans leur esprit, et de préciser certains points.

L'avantage de ces séances en groupe est que chaque personne va profiter des questions des autres. Elle va obtenir des informations qui la concernent sur des situations auxquelles elle n'avait pas pensé.

De plus, certains patients peuvent faire part de leur expérience et en faire profiter les autres.

Nous avons en rééducation, un nombre croissant de patients avec deux prothèses totales de hanche. C'est à dire des personnes opérées une première fois d'un côté, il y a une ou plusieurs années, et maintenant opérées de la deuxième hanche.

Nous avons également des patients pour une reprise de prothèse. C'est à dire une population opérée, il y a en général une dizaine ou une quinzaine d'années, et réopérée pour changer cette première prothèse usée ou descellée.

Il est important que ces patients assistent à ces séances, car même s'ils connaissent déjà ces conseils, il est toujours bon de les leur rappeler, car ils peuvent avoir trop confiance en eux en pensant tout savoir et commettre une imprudence.

Ces personnes ont souvent des anecdotes à raconter et peuvent aussi être le témoin vivant de choses réalisables avec une prothèse totale de hanche. Par exemple, pratiquer régulièrement le cyclisme, le ski de fond, ou faire son jardin.

Cette séance collective peut être un moyen de rassurer les patients anxieux. Il arrive que des personnes terrifiées par tous les conseils qu'on leur prodigue, et les précautions qu'on leur demande de prendre, ne vont plus oser bouger de peur de luxer leur prothèse.

En voyant des malades opérés comme eux, dynamiques et pleins d'énergie, il peut se produire une évolution chez ces patients. Elle va les sortir de leurs peurs et leur redonner confiance en leurs capacités à reprendre une vie normale.

Ils comprennent que l'intervention, en traitant leur pathologie, améliore désormais leur qualité de vie.

Au cours de cette réunion, le kinésithérapeute peut faire un petit chapitre sur les aides techniques. Il peut parler de ce qui existe et dire où l'on peut se procurer ces ustensiles, ou s'il est possible de les réaliser soit même si on est un peu bricoleur (3) (6) (14). Dans ce cas, il doit bien préciser que cet objet artisanal doit être fiable. Par exemple, une poignée d'appui fixée au mur est obligatoirement solide. Elle ne doit rompre en aucun cas, et être la source d'accident.

Le kinésithérapeute conclut son exposé sur les modalités de remboursement de ces aides techniques. Comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur, certaines choses peuvent être prescrites par le médecin et remboursées par la sécurité sociale ou les mutuelles. Il est bon de renseigner les patients sur ce qu'ils peuvent prétendre obtenir, car souvent, une fois rentrés à domicile ils se passent de ces aides nécessaires par manque de moyens.

## 5. 2. Séance individuelle

Une autre manière d'utiliser cette vidéo est de la présenter de façon individuelle au patient.

Ceci peut avoir lieu en centre de rééducation s'il n'est pas possible d'organiser des séances collectives. Cette formule peut trouver plus d'application en cabinet libéral.



Si le kinésithérapeute possède le matériel nécessaire, cela peut avoir lieu au cabinet. Sinon, il peut prêter la cassette et le patient la visionne chez lui.

Toutefois, cette formule ne doit pas supprimer la présence du kinésithérapeute, ou se substituer à lui dans cette phase de conseils d'hygiène de vie.

Il doit vérifier si tout a bien été assimilé par le patient. Il doit répondre à d'éventuelles questions, comme nous l'avons vu dans le mode de séance collective.

L'avantage principal de cette façon d'utiliser la cassette, est que le patient peut tranquillement la regarder et s'arrêter quand il le désire ou retourner en arrière s'il y a quelque chose qu'il n'a pas bien compris.

Cela lui permet de prendre son temps pour intégrer le nombre important d'informations présentées en très peu de temps. Il est en effet difficile de tout comprendre et surtout de tout retenir au premier passage.

La personne peut visionner le film plusieurs fois et fixer les images fortes dans sa mémoire.

On peut remettre au patient une copie de la cassette s'il en exprime le souhait, ou s'il pense avoir besoin de la revoir régulièrement de peur d'oublier certains détails.

### 5. 3. Présentation aux kinésithérapeutes

Le kinésithérapeute connaît tous ces conseils d'hygiène de vie dans le suivi d'une opération de prothèse totale de hanche.

En centre de rééducation, les membres de l'équipe provenant d'écoles différentes, n'ont pas reçu des formations identiques. Il existe parfois de petites disparités sur certains points.

Par exemple, certaines écoles préconisent le chaussage par l'arrière. Ceci est appréciable dans les cas où il existe une limitation importante de la flexion de hanche. Mais cette position peut s'avérer dangereuse si la manoeuvre n'est pas correctement effectuée : le genou tend à partir en dedans, en adduction - rotation interne. D'autres écoles préconisent le passage entre les jambes pour enfiler la chaussure. Ceci nécessite un peu plus de flexion, mais ne risque pas d'aboutir à une position luxante, la hanche étant placée en abduction - rotation externe. C'est cette version que nous avons choisie pour ce film.

Il est de bon ton d'uniformiser la prise en charge de l'équipe de rééducation, pour éviter des confusions dans l'esprit des patients, ceux-ci étant parfois amenés à changer de kinésithérapeute en cours de traitement.

A l'occasion de cette mise au point, le kinésithérapeute peut prendre connaissance des modalités de remboursement des différentes aides techniques présentées dans ce travail écrit.

Il ne connaît que rarement cet aspect de la prise en charge, car il n'a jamais reçu de formation sur ce sujet. Pourtant, ce détail peut devenir important pour certains patients ; et la demande de leur part est assez régulière à ce sujet, lors du retour à domicile.

Par exemple, le remboursement d'un réhausse WC, ou de soins de pédicurie quand la personne ne peut pas atteindre ses pieds.

#### 5. 4. Présentation au personnel soignant

Ce terme s'adresse à tout le personnel ayant à prendre en charge des patients porteurs d'une prothèse totale de hanche. Cela va de l'aide soignante, à l'infirmière, jusqu'au brancardier.

Ces membres de l'équipe soignante ont plus affaire aux patients à risque. Ils interviennent plus souvent auprès des personnes ayant du mal à se déplacer seules et ayant des problèmes pour faire leur toilette.

Ces personnes ont un état général altéré et un mauvais état musculaire. Ce sont des patients chez qui le risque de luxation de la prothèse est plus élevé.

Cette équipe soignante doit redoubler de vigilance lors de la manutention de ces malades. Il est important qu'elle soit très sensibilisée à ce risque.

Ce film peut être une façon de réaliser cette sensibilisation.

## **6. MODALITE DE REMBOURSEMENT DES AIDES TECHNIQUES**

### **6. 1. Rencontre avec le médecin conseil**

Lors de nos interventions auprès des patients pour leur prodiguer des conseils d'hygiène de vie et leur parler du mouvement luxant, nous leur présentons un certain nombre d'aides techniques.

Il est capital de savoir où on peut se les procurer et ce qu'il est possible de se faire rembourser par la sécurité sociale ou les mutuelles.

Ceci est le but de notre rendez-vous avec le médecin conseil chef de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de NANCY : Monsieur le Docteur SIMONIN.

### **6. 2. Modalités de remboursement**

L'intervention chirurgicale pour la mise en place d'une prothèse totale de hanche est cotée K supérieur à 50, sa prise en charge par la sécurité sociale des frais de rééducation est faite à 100%. Pour les centres de rééducation, elle s'effectue sur une base forfaitaire ou d'un tarif journalier. Les séances chez un kinésithérapeute libéral sont remboursées à l'acte AMK selon la nomenclature générale des actes professionnels sur entente préalable adressée au service médical.

Les séances de kinésithérapie, dans le cadre d'un K supérieur à 50 sont directement remboursables par le bureau payeur. Le patient n'a donc pas à avancer l'argent du coût des actes. Il peut néanmoins le faire s'il en exprime le désir ou si le praticien le lui demande.

Les aides techniques vont être classées en deux catégories : celles inscrites au TIPS (Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires) et celles hors TIPS.

Toutes ces aides techniques sont considérées comme du petit appareillage.

Il existe deux cas : soit l'appareil est inscrit au TIPS et est remboursé au titre des prestations légales, soit il est hors TIPS et n'est pas remboursé au titre des prestations légales mais peut éventuellement l'être au titre des prestations supplémentaires.

Dans ce deuxième cas, la demande de remboursement au titre des prestations légales est refusée d'office. Le patient doit alors faire une demande de prise en charge au titre des

prestations supplémentaires au service social de la caisse. La commission des prestations supplémentaires se réunit. Elle est constituée de membres du conseil d'administration et d'un médecin conseil qui siège comme conseiller technique pour avis médical. Il informe la commission de la nécessité médicale et du bien fondé ou non de la demande.

Cette commission statue en fonction des ressources du patient et de sa famille, et décide d'une prise en charge partielle ou totale de la dépense. (Cette décision est inversement proportionnelle aux ressources.)

Les aides techniques pouvant être prises en charge dans le cadre des prestations légales sont : les cannes anglaises, le déambulateur, la canne simple car elles sont effectivement inscrites au TIPS.

Il est à noter qu'il existe une règle de la plus stricte économie, dictant la décision d'achat ou de location du matériel. La location ne peut excéder treize semaines.

La location nécessite une entente préalable alors que l'achat n'est soumis qu'à la prescription médicale.

Toutes les autres aides techniques : réhausseur de WC, planche ou siège de baignoire, siège amovible pour la douche, barre d'appui et tout ce qui est aménagement de l'appartement, ne sont pas inscrites au TIPS.

Il est alors nécessaire de faire une demande de prestation supplémentaire qui est partiellement ou totalement acceptée ou refusée selon les ressources du patient comme nous l'avons vu précédemment.

Les petites aides techniques : pince à long manche, enfile chaussette, ne sont pas remboursées.

Les soins de pédicurie ne sont pas pris en charge dans le cadre d'affections relatives à la hanche. Ils ne le sont que dans le cadre de pathologies du pied (évolution d'un diabète par exemple). Ces soins répondent à la nomenclature générale des actes professionnels.

Signalons enfin, que le matériel pris en charge dans le cadre de la prothèse de hanche, l'est pour une durée de trois mois suivant l'intervention chirurgicale.

## 7. CONCLUSION

Au cours de ce travail écrit, nous nous sommes intéressés aux différentes prothèses totales de hanche proposées actuellement, à leur mise en place et aux résultats fonctionnels.

Nous avons pu mesurer les progrès effectués tant au niveau des matériaux que des techniques.

Ces progrès permettent aujourd'hui, de considérer cette intervention chirurgicale comme fiable et surtout très banalisée. Les résultats sont excellents, et on parle souvent de « miracle fonctionnel » suite à cette opération.

Cependant, il ne faut pas se laisser entraîner par cet enthousiasme général, car nous risquons de voir apparaître une dérive où les patients se font opérer dès les premiers signes fonctionnels. Par exemple, si un jour ils ne peuvent plus jouer au tennis, ils réclament l'opération pour retrouver leur niveau antérieur.

Cette dérive est dangereuse dans la mesure où une intervention chirurgicale n'est jamais anodine et sans risques et qu'il persiste tout de même un taux élevé de complications : la luxation, mais aussi l'usure de la prothèse, pour ne citer que les plus importantes.

Revenons un instant sur la luxation. Celle-ci est fonction du mouvement qui l'induit, donc de la voie d'abord. Nous avons traité dans ce mémoire uniquement la voie d'abord postéro-externe. Le même travail pourrait être réalisé à partir de la voie d'abord antérieure de SMITH-PETERSEN, où le mouvement luxant est l'association de l'extension et de la rotation externe de hanche (8).

Aucune voie d'abord ne fait, à ce jour, l'unanimité et le choix de l'une ou l'autre est souvent fonction de l'habitude du chirurgien à la pratiquer et de la formation qu'il a reçue. Il est coutume de dire que la meilleure voie d'abord est celle que l'on a l'habitude de pratiquer.

Nous allons refermer ce document en indiquant une échelle de temps pendant laquelle les conseils d'hygiène de vie doivent être strictement suivis.

Nous fixons cette durée à environ trois mois à partir de l'intervention chirurgicale. Sauf cas particulier, à partir de cette date, tous les tissus sont cicatrisés, la tonicité et la force musculaire sont récupérées. Avec un bon maintien de la tête dans le cotyle, les risques de luxation de la prothèse sont très faibles.

Après cette date, la survenue d'un épisode de luxation est rare. La cause peut être un traumatisme violent ou un mauvais état musculaire et trophique secondaire à une autre affection.

Signalons que cette règle des trois mois est indicative. Le médecin de rééducation et le chirurgien peuvent prolonger cette période en fonction de la récupération de chaque patient.

## BIBLIOGRAPHIE

1. BOISROBERT B. - Réunion d'information réciproque chirurgicale et kinésithérapie. A propos des prothèses totales de hanche - Kinésithérapie Scientifique N° 363 - Janvier 1997 - p60.
2. BONNORET F. et KEMPF J-F. - Technique de mise en place des prothèses totales de hanche sans ciment. - Editions techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) - Techniques chirurgicales orthopédie, traumatologie - 44667 - 1993 - 12p.
3. CORRIOL M-H., GEY C., VOLLET V. et MONNIER M. - Les prothèses totales de hanche. Conseils et réflexion sur la vie quotidienne des patients opérés. - Journal d'ergothérapie - MASSON - Paris - Tome 4 - 1982 - 10p.
4. DARNAULT A. et PARANCE C. - La coxarthrose - Editions techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) - Kinésithérapie rééducation fonctionnelle - 26295A10 - 1991.
5. DELBARRE F. - La coxarthrose - Roger DACOSTA - Paris - 1973 - 101p.
6. IZARD M-H., MOULIN M. et NESPOULOS R. - Expérience en ergothérapie - Rencontres en rééducation - MASSON - Paris - 10p.
7. KERBOULL M. - Arthroplastie totale de hanche par voie transtrochantérienne - Editions techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) - Techniques chirurgicales orthopédie, traumatologie - 44665(2<sup>ème</sup> édition) - 1994 - 12p.

8. LESUR E. et MISSENARD G. - Arthroplastie totale de hanche par voie antérieure - Editions techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) - Techniques chirurgicales orthopédie, traumatologie - 44667B - 1992 - 5p.
9. MOLE D., BRESLER F., SCHMITT D., REGENT D., BLUM A., ROLAND J. - La hanche : pathologies congénitales, inflammatoires, sportives et dégénératives - 4<sup>ème</sup> journée de pathologie et d'imagerie ostéoarticulaire - Palais des congrès - Nancy - 1995 - 22p.
10. MÜLLER M.E. et NAZARIAN S. - Technique d'implantation des prothèses totales de hanche de Müller par voie latérale transglutéale - Editions techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) - Orthopédie - 44666 - 1991 - 25p.
11. OLIVIER H. - Traitement chirurgical des coxarthroses - Editions techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) - Appareil locomoteur - 14315A10 - 4 . 1988 - 14p.
12. POSTEL M. - Complications des prothèses totales de hanche - Editions techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) - Techniques chirurgicales orthopédie - 4. 3. 05, 44668.
13. POSTEL M. - Voie d'abord de la hanche orthopédie - Editions techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris, France) - Techniques chirurgicales orthopédie - 4. 0. 12, 44600.
14. VALENTIN C. - Vivre avec une prothèse totale de hanche - Bruxelles, Belgique - ROCHE - 1988 - 61p.
15. VIDAL J. et SIMON L. - Prothèses totales de hanche et de genou - Collection de pathologie locomotrice - MASSON - 1988.
16. BROCHURES :
  - AUGEREAU B. - Service de rééducation fonctionnelle - Hôpital Rothschild - Paris.



• Clinique de traumatologie et d'orthopédie - Bien vivre avec votre prothèse totale de hanche - Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Nord-Est - Nancy.

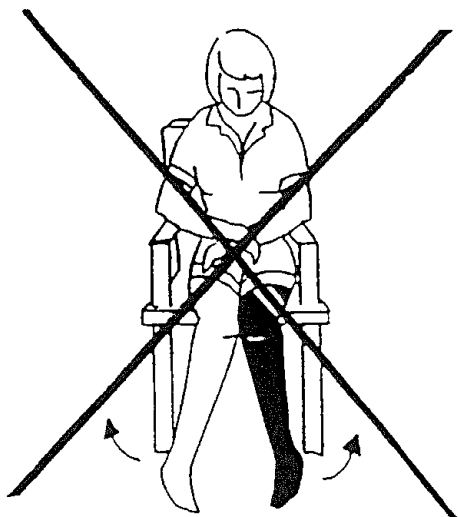
• Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal - Prothèse totale de la hanche, conseils et exercices à domicile - Centre hospitalier intercommunal Annemasse-Bonneville.

• VIVES P. - Conseils au malade opéré d'une prothèse totale de hanche - Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens.

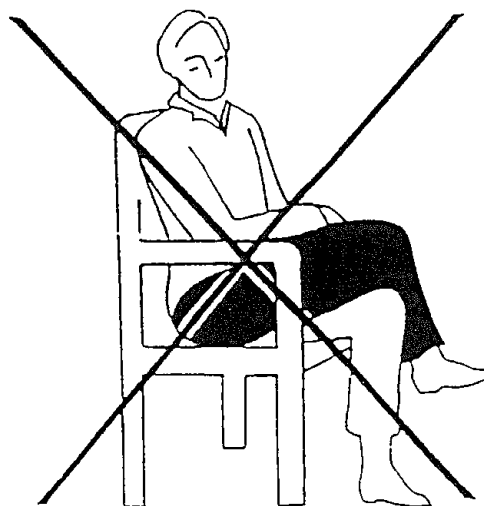
# **ANNEXES**

## ANNEXE I

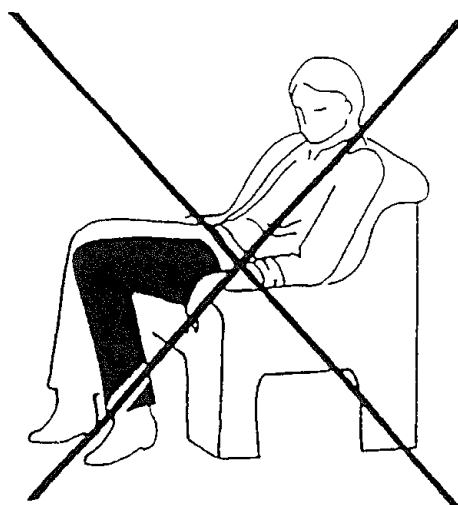
### CENTRE HOSPITALIER ANNEMASSE-BONNEVILLE (16)



Vos genoux ne doivent plus jamais se toucher lorsque vos pieds sont éloignés. (ne tournez jamais les genoux vers l'intérieur).



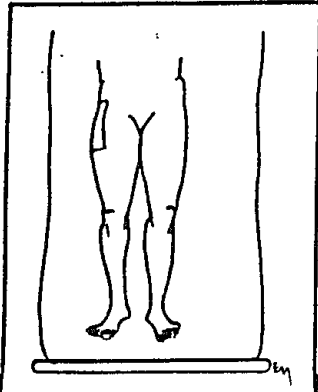
Ne croisez jamais vos jambes



Évitez les fauteuils bas et profonds.

## ANNEXE II

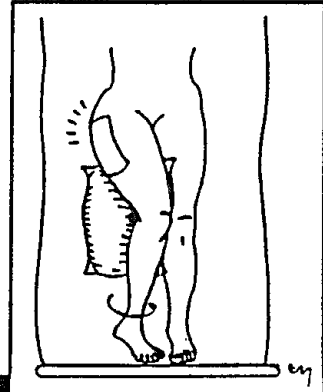
### CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'AMIENS (16)



**CE QU'IL FAUT FAIRE**

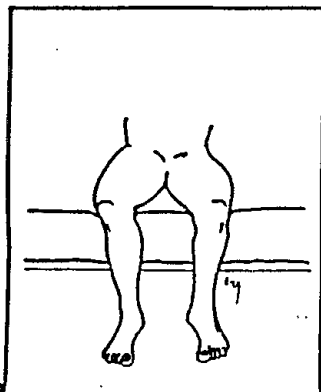
Se coucher sur le dos, les membres inférieurs restant parallèles

**COUCHE**



**CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE**

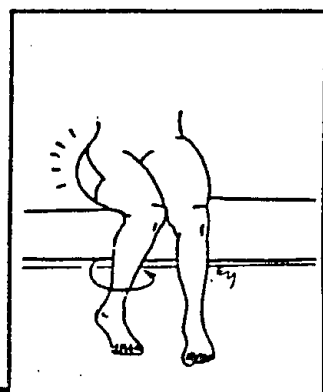
Mettre un oreiller sous le genou ou tourner le pied vers l'intérieur



**CE QU'IL FAUT FAIRE**

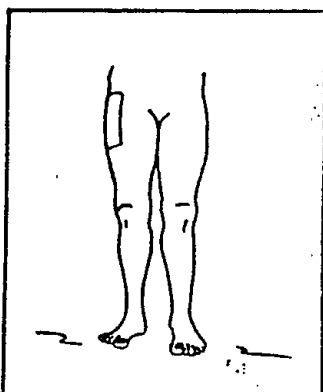
S'asseoir sur un siège suffisamment haut, genoux pliés légèrement écartés, pieds parallèles ou tournés vers l'extérieur

**ASSIS**



**CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE**

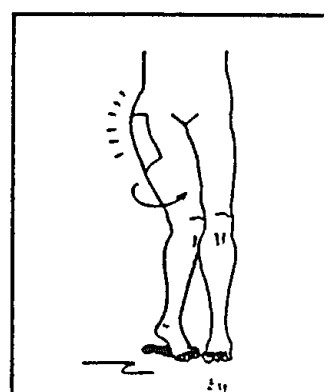
S'asseoir sur un siège trop bas, genou côté opéré trop plié et le pied tourné vers l'intérieur



**CE QU'IL FAUT FAIRE**

Pieds légèrement tournés vers l'extérieur

**DEBOUT**



**CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE**

Genou et pied, côté opéré, tournés vers

## ANNEXE III

### CRF SANCELLEMOZ : PROTHESE DE HANCHE

DATE	DEMONSTRATION CONSEILS	MISE EN SITUATION	NOM DU PATIENT:.....	M.K.:.....
<i>DEAMBULATION</i>				
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Rotation en appui sur membre prothésé
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Montée-descente des escaliers avec cannes
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Se baisser pour ramasser un objet au sol
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Mise à genou (un et deux genoux au sol)
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Périmètre de marche et port de charges
<i>TOILETTE</i>				
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Choix douche ou baignoire adaptée
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Entrée-sortie baignoire adaptée
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Barres d'appui douche-baignoire
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Siège douche-baignoire
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Tabouret devant le lavabo
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Réhausseur de siège W.C.
<i>HABILLAGE</i>				
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Chaussage et déchaussage
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Aide technique enfile chaussette
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Aide technique tire-botte
<i>LIT</i>				
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Se mettre au lit, se lever
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Ne pas croiser les jambes, coussin de nuit
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Hauteur du lit
<i>POSITION ASSISE</i>				
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Hauteur de l'assise / taille
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Ne pas croiser les genoux
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I NI	Entrée - sortie de voiture
<i>LOISIRS</i>				
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Etude des activités de loisirs/ bicyclette / piscine
../..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Bricolage / jardinage (longs manches, "agenouilloir")

## ANNEXE IV

### TESTING D'INDEPENDANCE (14)

(cochez et mettez la date à côté de chaque activité réalisée)

#### 1. TOILETTE ET HABILLAGE :

- se laver
  - la cheville
  - le talon
  - les orteils
- mettre
  - sa culotte
    - avec accessoire
    - sans accessoire
  - son pantalon
    - avec accessoire
    - sans accessoire
  - sa chaussette
    - avec accessoire
    - sans accessoire
  - son bas ou son panty
    - avec accessoire
    - sans accessoire
  - son soulier
    - avec accessoire
    - sans accessoire
- nouer ses lacets
- se couper les ongles des pieds
- s'asseoir sur les WC d'une
  - hauteur adaptée
    - avec aide
    - avec poignée murale
    - sans aucune aide
  - hauteur normale
    - avec aide
    - avec poignée murale
    - sans aucune aide

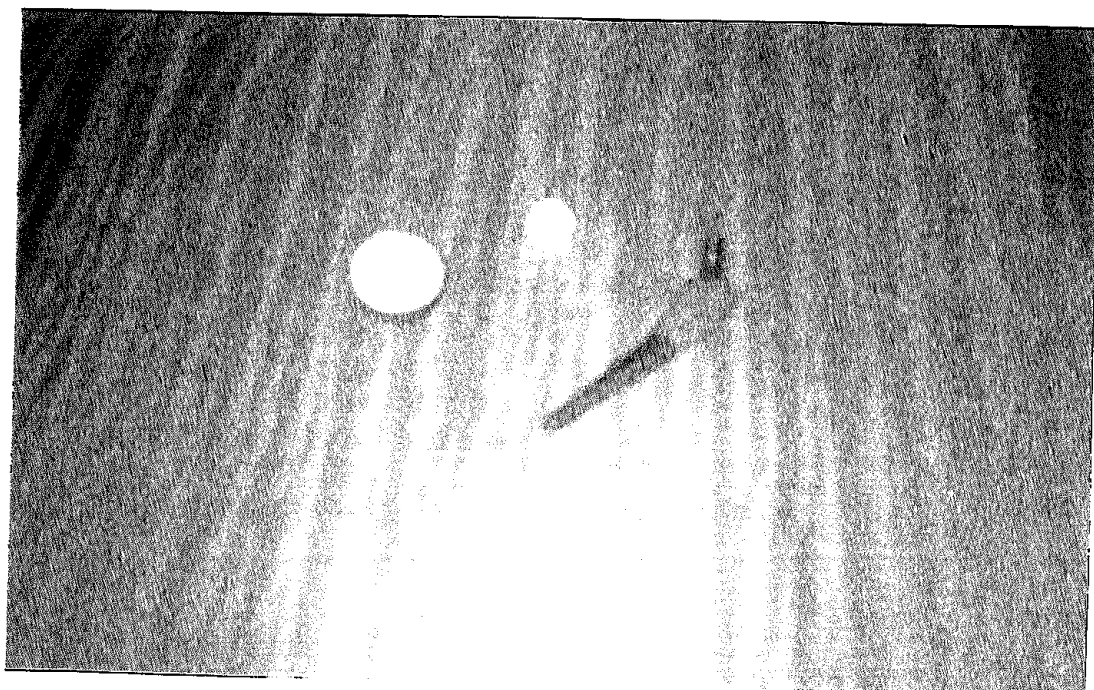
## ANNEXE V

- entrer et sortir du bains avec un siège de bain  
s'asseoir et se relever du fond de la baignoire.

### 2. DEPLACEMENT :

- à l'intérieur :
  - avec le cadre de marche
  - avec deux cannes
  - avec une canne
  - sans canne
  - monter un escalier
    - avec canne + rampe
    - avec rampe sans canne
    - avec canne sans rampe
    - sans aide
  - descendre un escalier
    - avec canne + rampe
    - avec rampe sans canne
    - avec canne sans rampe
    - sans aide
- à l'extérieur :
  - marcher avec canne sur terrain plat
    - 500m
    - 1km
  - marcher avec canne sur terrain accidenté
    - 500m
    - 1km
  - marcher sans canne sur terrain plat
    - 500m
    - 1km
  - marcher sans canne sur terrain accidenté
    - 500m
    - 1km
  - monter en voiture
  - conduire sa voiture
  - prendre le bus (hauteur de marche = 36cm)

## ANNEXE VI



- Prothèse totale de hanche :
- queue en alliage de titane
  - tête en céramique (alumine)
  - cupule en polyéthylène