

Le CISSS de Chaudière-Appalaches souhaite réviser et optimiser l'organisation des services pour les personnes dont l'état nécessite une arthroplastie de la hanche ou du genou. Des travaux étant en cours au moment de la publication du présent ouvrage, la recension se concentre sur les meilleures pratiques relatives à la phase postopératoire. Les conclusions serviront à alimenter les travaux du comité qui pilote le projet d'amélioration.

ORGANISATION DES SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT REÇU UNE PROTHÈSE TOTALE DE HANCHE OU DE GENOU – Phase postopératoire

Synthèse des écrits sur les meilleures
pratiques

France C. Fleury
Mylène Trépanier

Pour le Centre intégré de santé et de services sociaux de
Chaudière-Appalaches

Mars 2018

Le Consortium de transfert de connaissances InterS4

regroupe les Centres intégrés de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie, animé par l'UQAR en collaboration avec l'UQAT. Il a pour mission de répondre aux besoins spécifiques des CISSS en région grâce à un partenariat appuyé sur l'utilisation stratégique des connaissances de pointe. Pour ce faire, les membres du Consortium partagent une plateforme de courtage de connaissances.

Le transfert de connaissances est un ensemble de techniques, d'outils, de méthodes, de processus, de structures et de cultures qui favorise les capacités des individus ou d'une organisation à générer, à disséminer, à absorber des connaissances et à s'adapter, de même qu'à se remettre en question [1].

Le courtage de connaissances est un outil appliqué du transfert de connaissances, efficace pour répondre à des problèmes prioritaires en soutenant la prise de décision ou le changement de pratiques. Il emploie pour ce faire des connaissances de pointe provenant d'écrits, de pratiques ou d'avis d'experts.

Auteurs

M. France Charles Fleury, M. Sc., coordonnateur du Consortium (si vous avez des questions ou des commentaires, écrivez à : francecharles_fleury@uqar.ca)

Mme Mylène Trépanier, B. Sc., agente de recherche

Collaborateur

Mme Emmanuelle Jean, Ph. D., UQAR

Demandeur

Mme Mélanie Dupuis pour la Direction des services multidisciplinaires, CISSS de Chaudière-Appalaches

Intention de la synthèse des écrits

Le présent ouvrage cherche à répondre aux préoccupations du demandeur sur les meilleures pratiques applicables à son contexte. Il se centre sur les publications scientifiques récentes. La présentation s'attache à résumer les conclusions des études consultées en vue d'inspirer les membres du comité responsable de la planification du changement. Ces derniers soumettront les connaissances acquises à l'épreuve de la faisabilité et de l'acceptabilité dans leur organisation, en fonction des priorités de l'établissement.

Niveau de fiabilité

Les connaissances produites en courtage de connaissances doivent être comprises en fonction du mandat des demandeurs et du contexte de réalisation. Le document peut avoir franchi différentes étapes de validation. Le fait de le préciser permet au lecteur d'apprécier la valeur des conclusions.

- Le présent ouvrage reflète les travaux et l'analyse des auteurs. Il n'engage qu'eux.
- Le présent ouvrage reflète l'opinion des auteurs et des personnes suivantes qui en ont validé les termes et les contenus :
- Le présent ouvrage est validé par les personnes suivantes, membres du groupe (préciser le nom du groupe et l'organisation) :

Citation suggérée

Fleury, F.C., Trépanier, M., Organisation des services pour les personnes ayant reçu une prothèse totale de hanche ou de genou – phase postopératoire, Synthèse des écrits sur les meilleures pratiques. Mars 2018, Consortium InterS4, 62 p.

Vous pouvez utiliser cet ouvrage en tout ou en partie sans l'approbation des auteurs. Nous vous demandons seulement d'en citer la source.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| EN RÉSUMÉ, TREIZE MESSAGES CLÉS SUR LA PTH ET LA PTG EN CHIRURGIE ÉLECTIVE | 4 |
| FIGURE SYNTHÈSE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES | 6 |
| MISE EN CONTEXTE ET ÉTENDUE DE LA RECENSION | 8 |
| GESTION DU CHANGEMENT ET TRANSFERT DE CONNAISSANCES..... | 8 |
| GÉNÉRALITÉS APPLICABLES À L'ENSEMBLE DE LA TRAJECTOIRE DE SERVICES | 9 |
| Importance d'adopter une trajectoire | 9 |
| Principaux éléments structuraux et de contenu | 9 |
| Mise en évidence du risque pour l'utilisateur | 11 |
| SURVOL SUR LES PRATIQUES PRÉOPÉRATOIRES | 11 |
| RÉSUMÉ DES MEILLEURES PRATIQUES LORS DE LA PHASE POSTOPÉRATOIRE EN MILIEU HOSPITALIER..... | 12 |
| Pratiques communes PTH et PTG | 12 |
| Précocité de la réadaptation | 12 |
| Programme de réadaptation en aigu | 13 |
| Entraînement à l'escalier | 15 |
| Gestion de la maladie | 16 |
| Congé précoce | 16 |
| Pratiques PTH | 19 |
| Programme de réadaptation en aigu | 19 |
| Précautions et restrictions des activités | 20 |
| Pratiques PTG | 23 |
| Programme de réadaptation en aigu | 23 |
| Positionnement du genou | 23 |
| Mobilisation passive continue (CPM)..... | 24 |
| Intervention de groupe | 26 |
| Gestion de la douleur | 26 |
| Bandage et compression | 27 |
| Drainage lymphatique..... | 27 |
| RÉSUMÉ DES MEILLEURES PRATIQUES LORS DE LA PHASE POSTOPÉRATOIRE EN AMBULATOIRE | 29 |
| Pratiques communes PTH et PTG | 29 |
| Programme de réadaptation post-aiguë..... | 29 |
| Intervention de groupe | 31 |
| Téléadaptation..... | 33 |
| Entraînement à l'escalier | 33 |
| Gestion des infections postopératoires et hématogènes | 33 |
| Pratiques PTH | 35 |
| Programme de réadaptation post-aiguë..... | 35 |
| Précautions et restrictions des activités | 38 |
| Programme supervisé ou non supervisé..... | 39 |
| Pratiques PTG | 42 |
| Programme de réadaptation post-aiguë..... | 42 |
| Programme supervisé ou non supervisé..... | 46 |
| Intervention de groupe | 48 |

| | |
|--|----|
| Téléadaptation..... | 49 |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 51 |
| ANNEXE 1 – INFORMATIONS SUR LA GESTION DU CHANGEMENT ET LE TRANSFERT DE CONNAISSANCES..... | 55 |
| ANNEXE 2 – TABLEAU COMPARATIF DES CRITÈRES DE CONGÉ | 58 |
| ANNEXE 3 – INTERVENTIONS DE RÉADAPTATION RECOMMANDÉES EN POST-AIGU (2014) | 62 |

EN RÉSUMÉ, TREIZE MESSAGES CLÉS SUR LA PTH ET LA PTG EN CHIRURGIE ÉLECTIVE

En avant-propos, la valeur des écrits scientifiques dans le processus de changement

1. En s'appuyant sur les meilleures connaissances provenant des écrits scientifiques, le projet d'amélioration des pratiques clinico-administratives accroît largement le potentiel de réussite tant vis-à-vis des usagers et du réseau que de la satisfaction des acteurs impliqués.
2. La littérature scientifique fournit une solide base de connaissances probantes. Ces connaissances doivent être soumise à l'avis des acteurs impliqués dans le cadre d'une démarche consensuelle pour en favoriser la meilleure utilisation possible dans leur réalité.

L'importance d'un parcours intégré de services qui inclut les phases pré-, péri- et postopératoire

3. La conception de l'organisation des services devrait être revue comme un tout intégré qui prend la forme d'un parcours de services depuis la phase préopératoire jusqu'à la phase postopératoire en ambulatoire.
4. L'ensemble du parcours de services repose sur :
 - La différenciation des usagers selon le risque de complications.
 - Une approche d'équipe.
 - La préparation de l'usager.
 - La planification précoce du congé.
 - La présence de protocoles.
 - Une réadaptation débutée précocement.
 - Une réadaptation préconisée en mode ambulatoire.
 - Un parcours spécifique pour chacune des deux arthroplasties bien que plusieurs pratiques soient communes.
5. Le niveau de risque des usagers s'apprécie principalement par :
 - L'état fonctionnel préopératoire.
 - La présence de comorbidités.
 - L'indice de masse corporelle (IMC).
 - L'âge.
 - L'état affectif.
 - Les complications lors de l'opération et lors du séjour hospitalier.

Une phase postopératoire en milieu hospitalier appuyée sur une réadaptation précoce

6. Lors de la phase postopératoire en milieu hospitalier, pour PTH et PTG, les pratiques les plus bénéfiques pour les usagers et pour l'efficacité du réseau comprennent :
 - Une intervention précoce en équipe.
 - Un début précoce en physiothérapie (J0 ou J1) plus avantageux qu'une forte fréquence de traitement.
 - La fréquence d'une séance de traitement en physiothérapie par jour.

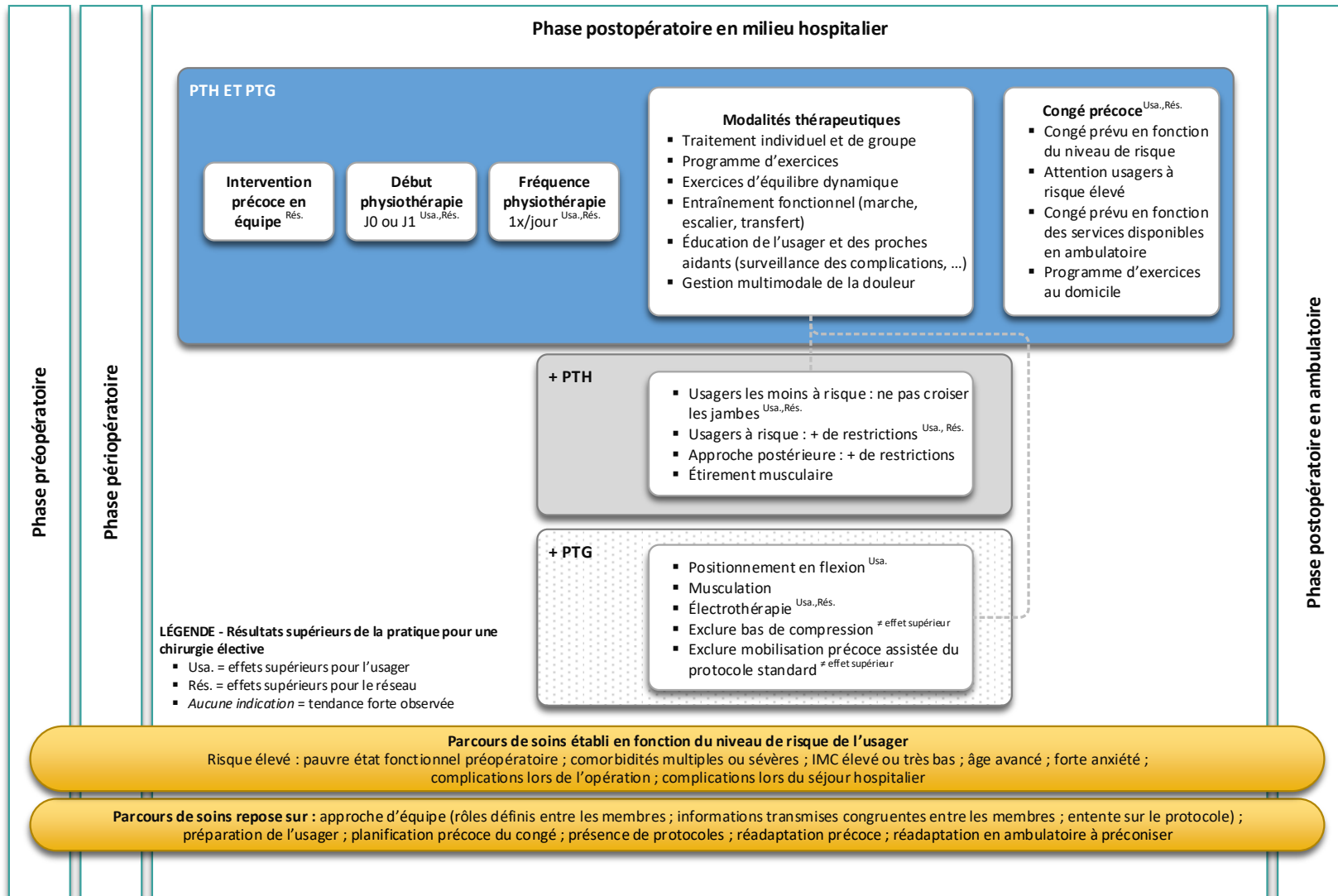
- Des modalités thérapeutiques tels : traitement individuel et de groupe ; programme d'exercices ; exercices d'équilibre dynamique ; entraînement fonctionnel ; éducation de la personne et de ses proches aidants ; gestion multimodale de la douleur.
 - Un possible congé précoce selon le niveau de risque.
7. De plus, pour PTH, les modalités thérapeutiques suivantes s'avèrent également plus bénéfiques : la seule restriction de ne pas croiser les jambes pour les usagers les moins à risque suite à une approche chirurgicale antérolatérale ; et l'étirement musculaire.
 8. De plus, pour PTG, les modalités thérapeutiques suivantes s'avèrent également plus bénéfiques : positionnement en flexion ; musculation ; électrothérapie ; exclusion des bas de compression ; et exclusion de la mobilisation passive continue dans le protocole standard.

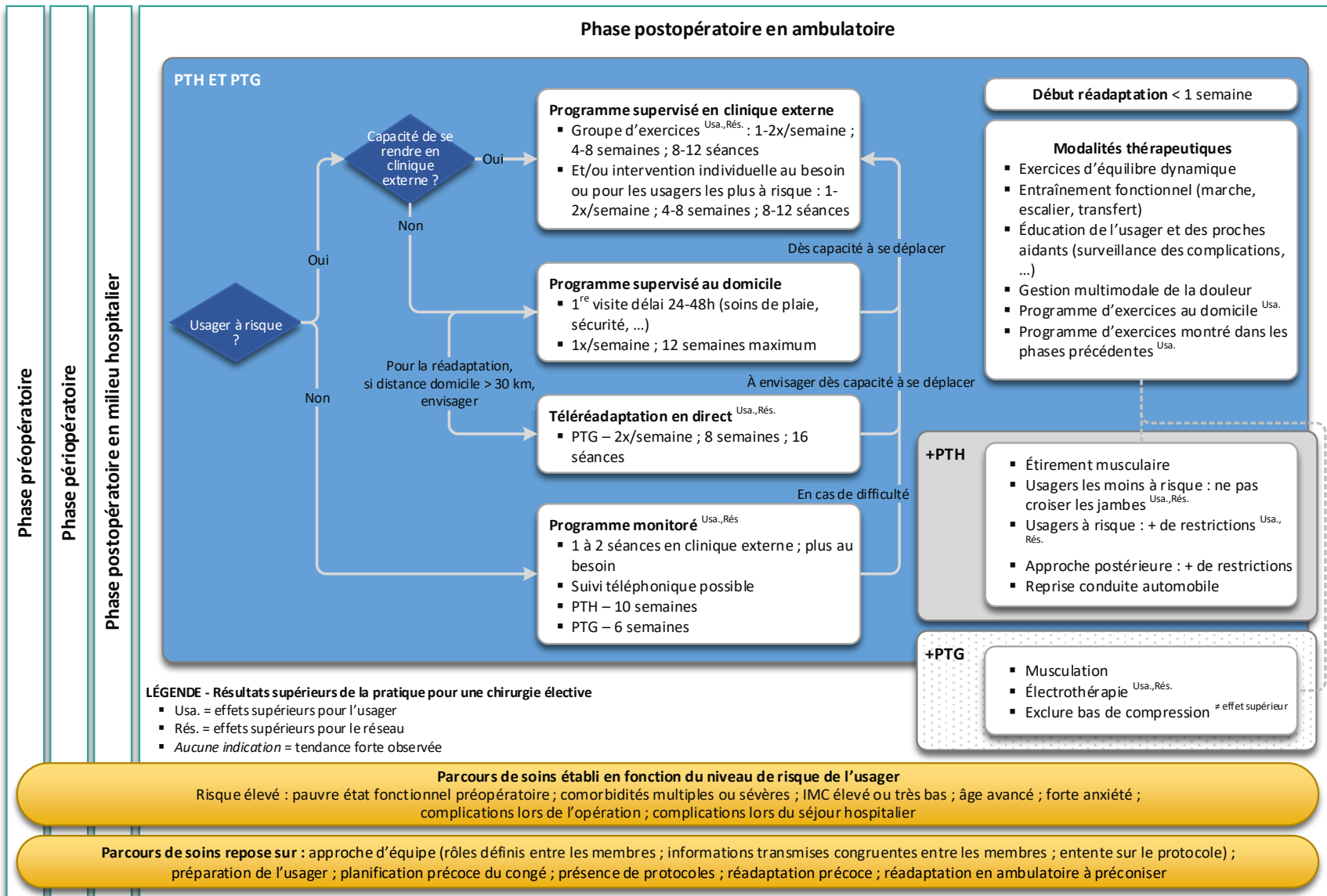
Une orientation en ambulatoire vers des programmes efficaces selon le niveau de risque de l'utilisateur

9. Lors de la phase postopératoire en ambulatoire, pour PTH et PTG, quatre programmes présentent des avantages cliniques comparables, soit :
 - Programme supervisé en clinique externe, en groupe ou en individuel.
 - Programme supervisé au domicile.
 - Téléadaptation synchrone ou en direct.
 - Programme monitoré.
10. L'orientation vers l'un ou l'autre de ces programmes dépend du niveau de risque de l'utilisateur et de la capacité de l'utilisateur à se déplacer.
11. La réadaptation au domicile semble présenter le moins d'avantages en termes d'efficacité pour le réseau sauf pour des usagers à risque.
12. Le programme monitoré apparaît comme le programme le plus efficace pour les personnes les moins à risque.
13. Les modalités thérapeutiques reprennent pour la plupart celles présentées lors de la phase précédente.

FIGURE SYNTHÈSE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES

La figure synthèse expose en deux images les aspects les plus probants des études consultées, l'une en milieu hospitalier, l'autre en ambulatoire. Ces aspects devraient par conséquent se refléter dans l'organisation révisée des services, du moins pour la majorité des usagers qui reçoivent une PTH ou une PTG en chirurgie élektive. Aucune synthèse de ce genre ne peut en effet s'appliquer à toute la clientèle et le jugement clinique demeure requis.





¹ Sauf exception, en post-aigu, le CISSS n'envisage pas de réadaptation à l'interne.

MISE EN CONTEXTE ET ÉTENDUE DE LA RECENSION

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a amorcé des travaux pour optimiser l'organisation des services au sujet de l'arthroplastie de la hanche et du genou en chirurgie électorive. La première étape du projet visait principalement la phase périopératoire et postopératoire à l'hôpital. Les membres du comité de pilotage poursuivent les travaux d'amélioration continue pour le postopératoire à l'hôpital et débuteront le projet pour la phase postopératoire en ambulatoire au cours du printemps 2018.

En vertu des orientations privilégiées et du portrait actuel de la situation, considérant qu'une recension de la littérature grise a été réalisée par le demandeur, la synthèse tente de répondre à la question suivante :

Quelles sont les **meilleures pratiques** rapportées dans les écrits scientifiques

Pour des **interventions électorives** de prothèse totale de hanche (**PTH**) ou de prothèse totale de genou (**PTG**),

Chez une clientèle **adulte et d'âinés** dont certains peuvent être à haut risque,

Lors de la **phase postopératoire**, soit en aigu lors du séjour hospitalier puis en post-aigu pour la réadaptation en ambulatoire (à domicile ou en clinique externe),

Des **pratiques** qui pourraient être décrites en fonction des rôles, du lieu privilégié selon l'état de la personne, des délais pour initier l'intervention, des modalités d'intervention, de la durée, de l'intensité et des critères de fin d'intervention ?

Le demandeur souhaite connaître les meilleures pratiques documentées dans les publications scientifiques en guise d'assise aux travaux à réaliser. Par conséquent, la recension ne s'attarde pas aux « bonnes pratiques » déjà appliquées dans le milieu. Elle ne cherche pas non plus à présenter un portrait exhaustif des publications disponibles mais plutôt à émettre des conclusions à partir d'une sélection raisonnée des meilleurs écrits définie par le besoin du demandeur. Ces conclusions alimenteront les membres du comité responsable du changement. Ils devront en apprécier la faisabilité et l'acceptabilité en fonction de la réalité comme des priorités du milieu.

La synthèse couvre :

- La littérature scientifique récente, soit de 2013 à 2017.
- Les publications affichant les plus forts niveaux de preuve, *i.e.* les méta-analyses, les revues systématiques et les essais randomisés contrôlés.
- Les guides de pratiques provenant d'organisations réputées.
- Des publications provenant d'études canadiennes ou de pays comparables.

GESTION DU CHANGEMENT ET TRANSFERT DE CONNAISSANCES

Le souhait d'améliorer la performance incite à une gestion formalisée du changement. Le transfert de connaissances (TC), tout spécialement la captation et l'appropriation des meilleures connaissances, représente un important levier dans la gestion du changement. Il permet de saisir des pratiques qui démontrent à la fois une valeur ajoutée, à la fois un fort potentiel d'applicabilité.

Bien que la présente synthèse s'avère un fondement nécessaire à une réelle amélioration des services, elle devra être complétée par une démarche consensuelle auprès des acteurs importants. Ces derniers adapteront

les connaissances acquises en fonction de la réalité du milieu. Il en résultera un modèle de pratiques qu'une gestion formalisée de projet permettra d'implanter. La combinaison de ces moyens tendra à accroître la réussite de l'implantation, observable par des bénéfices cliniques pour les usagers, la satisfaction des acteurs concernés et une meilleure efficacité du réseau.

Pour plus d'informations à ce sujet, l'annexe 1 brosse un portrait des facteurs favorables au transfert des connaissances dans le cadre d'une gestion réussie du changement. Ces facteurs sont présentés dans une séquence qui s'amorce avant même la captation des meilleures pratiques et qui se termine par des questions qui aideront le comité de pilotage à s'approprier les connaissances de cette synthèse.

GÉNÉRALITÉS APPLICABLES À L'ENSEMBLE DE LA TRAJECTOIRE DE SERVICES

Importance d'adopter une trajectoire

L'adoption d'une trajectoire de services pour un remplacement articulaire peut significativement améliorer la qualité des soins, la DMS et les coûts d'hospitalisation [2-5]. Cette trajectoire prend la forme d'une « représentation schématique du suivi clinique systématique d'un client qui propose (...) une coordination optimale de la prestation des soins fournis par les médecins et les autres professionnels de la santé » [6]. Il est recommandé de se doter de tels parcours.

Bien que plusieurs pratiques soient appropriées tant pour la PTH que pour la PTG, il est recommandé de produire des guides de pratiques et des programmes de réadaptation distincts [7].

Principaux éléments structuraux et de contenu

Une synthèse produite en 2009 [8] faisait état des meilleures connaissances sur la phase préopératoire et sur la phase postopératoire. Cette dernière couvrait les services à l'hôpital, en réadaptation à l'interne et en réadaptation en ambulatoire, soit à domicile ou en clinique externe. À la lumière des publications récentes consultées, plusieurs rubriques d'alors demeurent pertinentes à propos de l'ensemble de la trajectoire de services, soit :

- L'importance d'établir les services sous la forme d'une trajectoire intégrée.
- Une conception depuis la phase préopératoire jusqu'à la phase postopératoire.
- Une distinction de l'offre de service au regard du niveau de risque de la clientèle, évaluée en préopératoire et ajustée selon l'évolution de la personne.
- Un tronc commun de pratiques applicables à la PTH et à la PTG.
- Une pratique appuyée sur une approche d'équipe, la préparation de l'utilisateur, la planification précoce du congé, la présence de protocoles, une réadaptation précoce et une réadaptation préconisée en ambulatoire.

La conception de la trajectoire doit donc comprendre une phase préopératoire, périopératoire et postopératoire dont les contenus s'appuient sur les données probantes et sur les résultats d'une démarche consensuelle auprès des principaux acteurs impliqués dans le milieu [3, 4, 9, 10]. Des exemples sont disponibles dans la littérature grise [11, 12]. Ce parcours devrait préciser les rubriques indiquées au tableau suivant [3 - p.534, 4 - p.43-44, 10, 12].

Rubriques que la trajectoire de services devrait contenir

| |
|---|
| Préopératoire |
| <input type="checkbox"/> Évaluation médicale et fonctionnelle ; optimisation de l'état de santé |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge appropriée de la douleur préopératoire et des symptômes psychologiques (peur, anxiété, dépression) |
| <input type="checkbox"/> Programme d'éducation du patient |
| <input type="checkbox"/> Exercices |
| Périopératoire |
| <input type="checkbox"/> Admission et procédure chirurgicale |
| <input type="checkbox"/> Développement d'un régime analgésique multimodal complet |
| <input type="checkbox"/> Utilisation du blocage des nerfs périphériques et de l'analgésie continue par cathéters périmébraux |
| Postopératoire en milieu hospitalier² |
| <input type="checkbox"/> Protocole pour la gestion de la douleur postopératoire aiguë |
| <input type="checkbox"/> Méthode normalisée d'évaluation de la douleur en soins infirmiers et documentation dans le dossier médical |
| <input type="checkbox"/> Offre de service intégrée et multidisciplinaire pour la gestion de la douleur aiguë |
| <input type="checkbox"/> Éducation du personnel concernant l'importance de la gestion de la douleur |
| <input type="checkbox"/> Manipulation et intrusions minimales (cathéter vésical, analgésique intraveineux, traitement de la plaie) |
| <input type="checkbox"/> Gestion des symptômes |
| <input type="checkbox"/> Thromboprophylaxie |
| <input type="checkbox"/> Réadaptation précoce |
| <input type="checkbox"/> Gestion du congé |
| Postopératoire en ambulatoire |
| <input type="checkbox"/> Implication du médecin en soins primaires |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie à domicile ou en clinique externe |
| <input type="checkbox"/> Suivi |

Il s'avère également important de préciser les critères de congé, à la fois pour l'équipe, à la fois pour l'utilisateur et ses proches aidants. Bien que les écrits consultés montrent des différences dans les critères à privilégier, des tendances fortes s'observent, incluant le recours à des indicateurs fonctionnels. À partir de ces tendances représentées à l'annexe 2, l'équipe sera en mesure d'établir des critères de congé qui pourront s'appliquer à la majorité des usagers.

² Les noms des phases ne semblent pas faire consensus dans les écrits consultés. Nous avons privilégié dans cet ouvrage les termes indiqués dans ce tableau en fonction du besoin pressenti du demandeur.

Mise en évidence du risque pour l'utilisateur

Le parcours devrait également exposer les services en fonction du niveau de risque de l'utilisateur. Pour établir le niveau de risque, on pourra par exemple référer à la synthèse de Oosting [10], aux nombreux articles ayant de forts niveaux de preuve publiés récemment à ce sujet [13-21] ou à des outils prédictifs de l'orientation (ex. : [22]).

Les facteurs prédictifs d'un risque plus élevé d'infection, de limitations à la marche, de DMS prolongée ou de réadmission comprennent :

- En préopératoire
 - Un pauvre état fonctionnel, incluant des limitations à la marche.
 - Des comorbidités multiples ou sévères.
 - Un IMC élevé ou très bas.
 - Un âge avancé.
 - Une forte anxiété.
 - Un fort dosage de stéroïdes.
- En périopératoire : des complications lors de l'opération.
- En postopératoire : des complications lors du séjour hospitalier.

SURVOL SUR LES PRATIQUES PRÉOPÉRATOIRES

Le présent ouvrage ne s'attarde pas à la phase préopératoire en vertu des besoins formulés par le demandeur. Malgré cela, des indications utiles sont rapportées plus bas. Le lecteur est invité à consulter les publications qui ont permis ce bref survol [8, 23-29] et à compléter la recension pour plus d'informations.

- Les publications recensées révèlent des conclusions parfois contradictoires où les bénéfices des pratiques préopératoires vont d'inexistants à modérés.
- Il existe toutefois un consensus sur l'importance d'une certaine préparation, incluant des pratiques qui contribueront à réduire l'anxiété.
- Les effets de la préparation seraient plus observables chez une clientèle à risque présentant une pauvre autonomie, des comorbidités multiples ou un pauvre soutien social.
- La combinaison de moyens apparaît supérieure à des moyens pris isolément (ex. : éducation combinée à des exercices au domicile), surtout pour une clientèle à risque.
- L'information sur le processus opératoire et sur les suites de la récupération apparaît bénéfique. La présentation de matériel imprimé est généralement encouragée.
- Deux très récentes méta-analyses parviennent à des conclusions différentes sur la valeur ajoutée des exercices en phase préopératoire [23, 29]. La définition même du programme semble responsable des résultats conflictuels. Un programme d'exercices au domicile qui ne nécessite pas la supervision d'un physiothérapeute pourrait être suffisant, tant chez les adultes que chez les aînés.
- Les effets conséquents à une combinaison d'exercices et d'éducation diffèreraient pour PTH et pour PTG.
- La planification du congé s'avère une pratique fortement recommandée.

RÉSUMÉ DES MEILLEURES PRATIQUES LORS DE LA PHASE POSTOPÉRATOIRE EN MILIEU HOSPITALIER³

Le tableau qui suit et les suivants résument chacune des publications recensées. Le courtier de connaissances cherche à rapporter suffisamment d'informations pour que le lecteur soit en mesure d'apprécier rapidement l'essentiel et la valeur des publications, facilitant ainsi son appropriation des contenus. Une lecture subséquente de certaines références peut s'avérer nécessaire.

Pratiques communes PTH et PTG

| SOURCE Type de publication ⁴ | CLIENTÈLE PTH et PTG ⁵ | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|---|--|---|--|---|---|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Précocité de la réadaptation | | | | | | |
| Masaracchio et coll., 2017 [30] ① | - Âge moyen dans les études entre 50,3 et 72,3 ans | - Initiation de la physiothérapie à J0 ou à J1 (en comparaison avec J1 ou J2) - Congé rapide | | → Effets néfastes | ↘ DMS ↘ Coûts | ▪ Manque d'informations sur les interventions dans les études ▪ Recommandation de surveiller les réadmissions pour les clientèles à risque |
| Guerra et coll., 2015 [31] ① ② | - Âge moyen dans les études entre 63 et 68 ans | - Mobilisation précoce visée dans 24h post-op | - 1 séance de physiothérapie par jour - S'asseoir hors du lit < 24h postop. | ↗ Amplitude articulaire ↗ Force musculaire | ↘ DMS 1,8 jour en moyenne → Destination au congé | ▪ Temps exact de la 1 ^{re} mobilisation : selon jugement clinique |

³ Puisqu'aucune réadaptation post-aiguë ne se fait à l'interne selon le demandeur, sauf exception, la phase hospitalière correspond exclusivement à l'état aigu des usagers.

⁴ Les jetons numérotés indiquent le type de la publication selon la charte qui suit. La numérotation correspond généralement au niveau de preuve, le ① reflétant le niveau le plus élevé. Par contre, dans la présente recension, puisque les guides de pratiques expriment des recommandations sur les pratiques à préconiser, soit les meilleures pratiques, ils revêtent une cotation supérieure aux études d'observation. Ainsi : ① = méta-analyse ; ② = revue systématique ; ③ = essai randomisé contrôlé ; ④ = guide de pratiques ou consensus d'experts ; ⑤ = étude d'observation.

⁵ Pour ce tableau et les suivants, les études concernent une arthroplastie primaire.

⁶ Les résultats reflètent les effets relatifs de la pratique étudiée par rapport à la pratique du groupe contrôle. Les flèches indiquent : ↗ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une augmentation ; ↘ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une diminution ; → = la pratique étudiée ne montre ni effet supérieur, ni effet inférieur.

| SOURCE Type de publication ⁴ | CLIENTÈLE PTH et PTG ⁵ | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|---|--------------------------------------|--|---|--|--|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | - Combiné avec gestion de la douleur | - Marche < 48h postop. | <ul style="list-style-type: none"> ↗ Qualité de vie associée à la santé ↘ Exposition aux maladies → Satisfaction → Effets néfastes | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Interpréter avec réserve la réduction moyenne de la DMS |
| Pelt et coll., 2017 [32] ⑤ États-Unis | - Âge moyen : 61 ans | - Évaluation et mobilisation à JO - Changement dans l'horaire des pht et trp en créant un horaire 11h-20h | | <ul style="list-style-type: none"> ↘ Capacité à débiter la mobilisation à JO suite à une anesthésie générale ↘ Capacité à débiter la mobilisation à JO en présence de comorbidités | <ul style="list-style-type: none"> ↗ 64 à 85% des traitements débutés à JO ↘ Faible de la DMS (de 3,27 à 3,23 jours) ↘ Faible des coûts | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Changement d'horaire peu utile à réduire la DMS pour des usagers vulnérables ▪ Devis enclin aux biais |
| Programme de réadaptation en aigu | | | | | | |
| Haas et coll., 2016 [33] ① ② | - Adultes et aînés | - Augmenter le début, la fréquence ou le nombre de séances (en comparaison avec un plus faible dosage) | <ul style="list-style-type: none"> - Soit débiter l'intervention en équipe multi paramédicale plus tôt (en comparaison avec plus tard) - Soit débiter la physiothérapie plus tôt (en comparaison avec plus tard) - Soit offrir 2 séances de physio par jour (en comparaison avec 1 séance) | <ul style="list-style-type: none"> ↗ Bénéfices avec physio débutée plus tôt (effets PTG > PTH) ↗ Bénéfices avec physio disponible en fin de semaine (effets PTG > PTH) | <ul style="list-style-type: none"> ↘ DMS avec intervention précoce en équipe multi paramédicale ↘ DMS pour PTG avec début physio plus tôt ↘ DMS pour PTG avec addition de | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Début de l'intervention apparemment plus important que la quantité de séances ▪ Impossible de statuer sur la relation dose-réponse ▪ Réduction possible de la DMS de 1 jour avec une séance de physio dès JO |

| SOURCE Type de publication ⁴ | CLIENTÈLE PTH et PTG ⁵ | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|---|--------------------------------------|---|--|--|--|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Soit fournir des traitements 6 ou 7 jours/semaine (en comparaison avec 5 jours/semaine seulement) - DMS moyenne des études ≥ 4 jours | → Fonction avec physio 1x/jour (en comparaison avec 2x/jour) | physio la fin de semaine → DMS avec physio 1x/jour (en comparaison à 2x/jour) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hétérogénéité des interventions entre les études ◦ DMS plus élevées que dans les pratiques actuelles ici |
| Rehabilitative Care Alliance, 2017 [12] ④ ⁷ | - Adultes et aînés | <ul style="list-style-type: none"> - Traitement individuel et de groupe - Entraînement fonctionnel - Éducation du patient et de ses proches aidants - Gestion multimodale de la douleur | <ul style="list-style-type: none"> - Calendrier, fréquence et intensité définis selon : tolérance fonctionnelle et objectifs du patient ; protocole de services ; objectifs nationaux de qualité et de performance - Interventions incluent : exercices actifs pour l'amplitudes articulaire et le renforcement musculaire ; entraînement fonctionnel (marche, escaliers, équilibre, transferts) et éducation aux précautions applicables ; évaluation et entraînement aux AVQ - Programme d'exercices individuels et en groupe | | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Publication grise |

⁷ Cette publication correspond effectivement à un consensus d'experts. Elle ne provient toutefois pas d'une publication scientifique. Le choix de rapporter ici les contenus de cet ouvrage est motivé par l'ampleur du travail réalisé, la date récente d'édition, la signature de collègues ontariens et la rédaction pragmatique.

| SOURCE Type de publication ⁴ | CLIENTÈLE PTH et PTG ⁵ | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|---|--------------------------------------|---|---|--|--------|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Entraînement progressif de la résistance avec intensité et dosage suffisants pour soutenir la motivation de la personne - Réduction de l'œdème au genou - Travail en équipe interprofessionnelle compétente en muscolosquelettique, avec connaissances générales sur l'évaluation et le traitement de l'arthroplastie, ayant accès à la formation pour développer et maintenir compétences et connaissances nécessaires | | | |
| Entraînement à l'escalier | | | | | | |
| Gavin et coll., 2017 [34] ② | - Adultes et aînés | - Entraînement à l'escalier parmi d'autres interventions de réadaptation, en aigu et en ambulatoire | | → Qualité de vie → État fonctionnel | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impact spécifique de l'intervention non démontré ▪ Intervention toutefois importante pour les personnes et pour permettre le congé |

| SOURCE Type de publication ⁴ | CLIENTÈLE PTH et PTG ⁵ | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|---|--|--|---|--|--------------------------------|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Gestion de la maladie ^{8,9} | | | | | | |
| Goodman et coll., 2017 [35] ④ | - Adultes présentant : arthrite rhumatoïde; spondylite ankylosante ; arthrite psoriasique ; ou lupus érythémateux | - Gestion de la médication antirhumatisme | - Poursuivre généralement les médicaments antirhumatisme non biologiques tout au long de la période périopératoire - Suspendre les médicaments biologiques un cycle avant la chirurgie élective et continuer le traitement après guérison de la plaie. | ↘ Possible du risque d'infection | ↘ Possible des réadmissions | ▪ 7 recommandations formulées soutenues généralement par un faible niveau de preuve ▪ Groupe d'experts américains incluant chirurgiens orthopédistes et rhumatologues |
| Congé précoce | | | | | | |
| Pollock et coll., 2016 [9] ② | - Clientèle à faible risque choisie en vertu de l'âge (< 65 ans), de l'IMC et de la sévérité des comorbidités | - Congé à J0 (en comparaison avec un congé plus tardif) | - Sélection appropriée des candidats au congé précoce - Prévention de la douleur et des nausées - Mobilisation précoce - Physiothérapie intensive en ambulatoire débutée | → Complications → Effets cliniques | → Réadmissions ↘ Coûts | ▪ Disparités dans les techniques chirurgicales et dans les populations à l'étude ▪ Faible niveau de preuve ◦ Interpréter avec réserve |

⁸ Au sujet des interventions médicales spécialisées de drainage et de débridement, on pourra au besoin consulter : Volpin, A., et coll., Aggressive Early Debridement in Treatment of Acute Periprosthetic Joint Infections After Hip and Knee Replacements. *Open Orthop J*, 2016. 10: p. 669-678 ; ou Osmon D.R. et coll., Executive summary: diagnosis and management of prosthetic joint infection: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2013; 56(1): 1-10.

⁹ Quant à la prévention des infections suite à une arthroplastie de la hanche, on pourra consulter : Graves, N., et coll., A cost-effectiveness modelling study of strategies to reduce risk of infection following primary hip replacement based on a systematic review. *Health Technol Assess*, 2016. 20(54): p. 1-144. Les auteurs concluent que la meilleure stratégie pour l'usager et pour réduire les coûts réside dans la combinaison de : antibiotiques systémiques ; ciment imprégné d'antibiotiques; et ventilation classique.

| SOURCE Type de publication ⁴ | CLIENTÈLE PTH et PTG ⁵ | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--|--|--|------------------------|----------------------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen PTH : 53,5 à 63 ans - Âge moyen PTG : 55 à 68 ans | | <ul style="list-style-type: none"> - en absence de nausée ou d'hypotension - Traitement analgésique - Technique chirurgicale avancée | | | |
| Sutton et coll., 2016 [36] ⑤ États-Unis | <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen PTH : 61,2 ans (congé J0 à J2) ; 66,2 ans (congé J3 à J4) - Âge moyen PTG : 64,4 ans (congé J0 à J2) ; 67,4 ans (congé J3 à J4) - Exclusions : procédures d'urgence ; fracture ; procédure de révision; temps opératoire < 30 minutes ou > 300 minutes | <ul style="list-style-type: none"> - Congé de J0 à J2 (en comparaison avec un congé de J3 à J4) - Usagers plus jeunes avec moins de comorbidités | <ul style="list-style-type: none"> - Sélection appropriée des candidats au congé précoce selon : comorbidités ; état préopératoire ; âge ; transfusions reçues ; retour à domicile - PTH – facteurs de risque pour des complications majeures : ♂, IMC élevé, prise de corticostéroïde, plus longue durée de chirurgie et transfusions postopératoires - PTG – facteurs de risque pour des complications majeures : ♂, fumeur habituel, urée sanguine haute, plus longue durée opératoire et congé dans une unité de réadaptation | → Complications à J30 | ↘ Réadmissions à J30 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ PTH et PTG: congé précoce non un facteur de risque indépendant à J30 ; comorbidités et état préopératoire influencent effets à J30 ▪ Établir le moment du congé en fonction du niveau de risque ◦ Dans ce contexte, un congé précoce pour des usagers plus âgés avec comorbidités pourrait accroître les complications et les réadmissions à J30 |

| SOURCE Type de publication ⁴ | CLIENTÈLE PTH et PTG ⁵ | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|---|---|--|---|------------------------|--------|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Pitter et coll., 2016 [37] ⑤ Danemark | <ul style="list-style-type: none"> - Aînés ≥ 85 ans - Âge moyen : 87 ans - Exclusions : fracture ; autre arthroplastie dans les trois mois précédents l'étude ; trouble congénital sévère ; infection ; cancer ; procédure bilatérale simultanée | <ul style="list-style-type: none"> - Congé rapide | <ul style="list-style-type: none"> - DMS 3 jours - DMS 4 jours (27,3% des cas) - Majorité des usagers orientés vers leur domicile suite au congé (93,1%) | | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ DMS de 3 jours pertinent pour la majorité des usagers de plus de 85 ans ▪ DMS 4 jours due à complications médicales, reliées souvent à l'anémie et aux problèmes de mobilisation ▪ DMS 4 jours associée avec utilisation aide à la marche ▪ Réadmission à 30 jours : 14,2% ▪ Réadmission à 90 jours nécessitent amélioration du parcours : 17,9%, dont 75,5% pour des raisons médicales |

Pratiques PTH

| SOURCE Type de publication ¹⁰ | CLIENTÈLE PTH | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹¹ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|---|--|---|---|------------------------|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Programme de réadaptation en aigu | | | | | | |
| Royal College of OT, 2017 [38] ④ Royaume-Uni | - Adultes et aînés - Âge moyen personnes opérées au Royaume-Uni : entre 67 et 69 ans | - Programme d'ergothérapie fondé sur ¹² : Indépendance fonctionnelle maximisée ; Anxiété réduite ; Reprise d'une occupation significative ; Précautions pour la hanche ; Récupération améliorée ; Réduction de la demande de services de soutien | - Évaluation complète qui considère les facteurs influençant les besoins personnels, les buts et la récupération, incluant : co- morbidités, histoire traumatique, circonstances personnelles, obésité et fonction préopératoire - Objectifs individualisés - Communication et conseils clairs congruents avec les propos des autres membres de l'équipe - Prise en compte de la dépression et de l'anxiété - Prise en compte de l'état cognitif | ↗ Effets cliniques ↗ Satisfaction | ↗ Efficience réseau | ▪ Auteurs suggèrent une implantation des recommandations dans leur ensemble et non prises isolément ▪ Aux recommandations indiquées ici s'ajoutent des pratiques « suggérées » (plus faible niveau de preuve) ◦ Guide de pratique couvrant tout le parcours de services |

¹⁰ ① = méta-analyse ; ② = revue systématique ; ③ = essai randomisé contrôlé ; ④ = guide de pratiques ou consensus d'experts ; ⑤ = étude d'observation.

¹¹ Les résultats reflètent les effets relatifs de la pratique étudiée par rapport à la pratique du groupe contrôle. Les flèches indiquent : ↗ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une augmentation ; ↘ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une diminution ; → = la pratique étudiée ne montre ni effet supérieur, ni effet inférieur.

¹² Les modalités décrites dans la colonne suivante ne rapportent que les plus forts niveaux de preuve applicables à la présente phase.

| SOURCE Type de publication ¹⁰ | CLIENTÈLE PTH | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹¹ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ○ Du courtier |
|--|--|--|--|---|---|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Implication de la personne dans les décisions - Conseils pour la gestion de la douleur - Rôles définis entre les membres de l'équipe dès que possible - Rapide discussion sur les objectifs de retour dans la communauté - Entente en équipe sur les précautions à prendre pour la hanche - Si le protocole inclut des précautions, enseigner les comportements à adopter en lien avec les AVQ - Optimisation de la durée de séjour au regard du parcours de soins établi - Implication rapide en postopératoire, soit à l'interne ou au domicile | | | |
| Précautions et restrictions des activités | | | | | | |
| Van der Weegen et coll., 2016 [39] ② | - Âge moyen dans les études entre 57,3 et 69,3 ans | - Peu de restrictions en évitant surtout de croiser les jambes en position assise (en comparaison avec les restrictions) | - Principales restrictions en comparaison : prévenir la flexion de la hanche au-delà de 90°; rotation interne ; adduction ; jambes croisées en position | → Luxations, voire même ↘ luxations ↗ Reprise AVQ ↗ Satisfaction | ↘ DMS ↘ Coûts associés aux équipements | ▪ Pour prévenir la luxation, niveau de restriction établi selon : le profil de l'utilisateur ; l'approche chirurgicale |

| SOURCE Type de publication ¹⁰ | CLIENTÈLE PTH | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹¹ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--|--|--|---|---------|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | - Approches antérolatérale et postérieure | habituelles de mouvement et d'activités) | assise ; utilisation d'un siège de toilette surélevé ; coussin d'abduction ; restrictions pour environ 6 semaines | | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Approche postérieure nécessiterait plus de restrictions ▪ Aucune évidence sur les effets supérieurs d'une approche sur la récupération |
| Barnsley et coll., 2015 [40] ② | - Approche antérolatérale | - Restrictions des mouvements et des activités dans le but de favoriser la guérison et de prévenir la luxation de la prothèse (en comparaison avec un programme moins restrictifs) | - Restrictions pour 6 semaines - Restrictions habituelles : flexion <90° ; rotation interne ou externe <45° ; adduction ; en position assise, éviter de croiser les jambes, avoir les genoux plus hauts que les hanches et utiliser un siège avec accoudoirs ; en position couchée, dormir sur le dos avec un coussin entre les jambes. | → Aucun bénéfice à restreindre les activités pour prévenir la luxation ↘ Reprise des activités ↘ Satisfaction | ↗ Coûts | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible risque de luxation, accru toutefois chez les personnes ≥ 80 ans ◦ Interpréter les conclusions avec réserve |
| Kornuijt et coll., 2016 [21] ⑤ Pays-Bas | - Âge moyen 68,9 ans - Approche postéro-latérale - Pas de critères d'exclusion sauf PTH controlatérale | - Restriction minimale des mouvements (en comparaison avec une forte restriction) | - Restriction minimale : pas de restriction pour le sommeil ; coussin d'abduction jusqu'à la 1 ^{re} mobilisation ; coussin seulement pour le confort ; combinaison pleine extension de la hanche, rotation interne et | → Luxation de l'articulation à 3 mois postop. | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Restriction minimale recommandée ▪ DMS 2 jours ▪ Puissance statistique insuffisante mais choisie pour des raisons de sécurité |

| SOURCE Type de publication ¹⁰ | CLIENTÈLE PTH | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹¹ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|-----------------------|-----------------------------------|---|-------------------------|--------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | (biais de mémoire) | | <p>adduction non permise ; conduite automobile permise lorsque la marche se fait sans béquilles ; siège normal de toilette ; chaise normale ; béquilles selon besoin ; pas de croisement de la jambe en position assise ; se pencher avec la jambe opérée envoyée vers l'arrière</p> <p>- Forte restriction : dormir en supination pour 6 semaines ; coussin d'abduction pendant le séjour hospitalier ; coussin au domicile ; flexion de la hanche > 90°, rotation interne et adduction non permises ; conduite automobile après 6 semaines ; siège élevé de toilette ; chaise élevée ; béquilles pour 6 semaines ; pas de croisement de la jambe en position assise ; se pencher avec la jambe opérée envoyée vers l'arrière</p> | | | |

Pratiques PTG

| SOURCE Type de publication ¹³ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁴ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Programme de réadaptation en aigu | | | | | | |
| Kolber et coll., 2013 [41] ② | - Adultes et aînés | - Deux séances par jour de physiothérapie, semaine et week- end (en comparaison avec 1 séance) - Début à J0 | | | → DMS (2x/jour en comparaison avec 1x/jour) ↘ DMS (séances de fin de semaine en comparaison avec semaine seulement) | ▪ Faible niveau de preuve au sujet des effets de l'offre de service en fin de semaine mais tendance confirmée ◦ Peu d'études retenues ; plus récente de 2011 |
| Positionnement du genou | | | | | | |
| Jiang et coll., 2017 [42] ① | - Adultes et aînés | - Positionnement en flexion après l'opération (en comparaison avec positionnement en extension) | | ↘ Perte de sang ↗ Taux d'hémoglo- bine à 48h et 6 jours postop. → Taux d'hémoglo- bine à 24h postop. ↗ Amplitude articulaire à 5- | | ▪ Effet supérieur envisagé sur une réadaptation plus rapide ▪ Différences des degrés d'amplitude dans les études recensées (de 45 à 90° pour les études réalisées depuis 2010) |

¹³ ① = méta-analyse ; ② = revue systématique ; ③ = essai randomisé contrôlé ; ④ = guide de pratiques ou consensus d'experts ; ⑤ = étude d'observation.

¹⁴ Les résultats reflètent les effets relatifs de la pratique étudiée par rapport à la pratique du groupe contrôle. Les flèches indiquent : ↗ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une augmentation ; ↘ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une diminution ; → = la pratique étudiée ne montre ni effet supérieur, ni effet inférieur.

| SOURCE Type de publication ¹³ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁴ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ○ Du courtier |
|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | | 7 jours postop. → Amplitude articulaire à 6 semaines postop. → Drainage de la plaie à 24h postop. | | ▪ Conclusions basées sur peu d'études |
| Mobilisation passive continue (CPM) | | | | | | |
| Joshi et coll., 2015 [43] ③ | - Âge moyen comparable : 68,5 ans (CPM) et 70,5 ans (pas de CPM) | - Mobilisation passive continue avec physiothérapie (en comparaison avec physiothérapie seulement) | - Mobilisation passive continue : 3 séances/jour x 2h chacune ; amplitude augmentée selon la tolérance ; début J1 jusqu'au congé - Physiothérapie : début à J0 ou J1 ; 2 séances/jour de physiothérapie + séance de marche par autre intervenant - Critères de congé : transfert indépendant au lit, chaise et toilette ; marche autonome sur 150 pieds avec ou sans assistance technique ; autonomie dans les escaliers, avec ou sans soutien sur les rampes ou sur une canne | → Flexion, extension et pleine amplitude articulaire à 6 semaines et 3 mois | ↗ DMS légèrement ↗ Coûts (235\$US/usager) | ▪ DMS : 3,5 jours ▪ Effet comparable même pour les patients avec des genoux plus rigides en préop. ▪ CPM ne devrait pas faire partie du protocole standard |

| SOURCE Type de publication ¹³ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁴ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|-------------------------|---|-----------------------------|--|--|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Harvey et coll., 2014 [44] ② | - Âge moyen > 60 ans | - Mobilisation passive continue et physiothérapie (en comparaison avec physiothérapie seulement) | | <ul style="list-style-type: none"> → Amplitude articulaire en flexion active du genou à moins de 6 semaines (niveau moyen de preuve) → Amplitude articulaire en flexion active du genou à moyen et long termes (6 sem. à 6 mois) (faible niveau de preuve) → Douleur à court terme (faible niveau de preuve) → Fonction à moyen terme (niveau moyen de preuve) → Qualité de vie à moyen terme (niveau moyen de preuve) ↘ Effets néfastes (faible niveau de preuve) | <ul style="list-style-type: none"> ↘ Manipulation sous anesthésie légèrement (très faible niveau de preuve) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas d'effets cliniques qui justifie l'utilisation de routine du CPM |

| SOURCE Type de publication ¹³ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁴ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--|--|---|--|---|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Intervention de groupe | | | | | | |
| Hiyama et coll., 2016 [45] ⑤ Japon | <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen comparable 70,6 ans (intervention) et 71,1 ans (contrôle) - Exclusions : hypertension ou diabète non contrôlé ; troubles neurologiques; autres conditions orthopédiques affectant la marche ; arthrite rhumatoïde | <ul style="list-style-type: none"> - Groupe d'exercices complémentaire au traitement en individuel 2x/jour : exercices ambulatoires et activités fonctionnelles (en comparaison avec traitement individuel seulement) | <ul style="list-style-type: none"> - Exercices : massage avec glace ; série pour quadriceps ; mouvements des chevilles ; rotations hanche ; glissement actif assisté des talons | <ul style="list-style-type: none"> ↗ Amplitudes articulaires au congé ↗ Force quadriceps au congé ↘ Douleur | <ul style="list-style-type: none"> ↘ Coûts possible | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effet motivant du groupe chez les aînés ◦ DMS nettement supérieure à nos pratiques actuelles : 6,2 jours pour la meilleure intervention, soit celle avec groupe ◦ Devis de faible niveau de preuve |
| Gestion de la douleur | | | | | | |
| Tedesco et coll., 2017 [46] ① ② | <ul style="list-style-type: none"> - Âge médian des études entre 61 et 76 ans | <ul style="list-style-type: none"> - Approche non pharmacologique pour réduire la douleur ou la consommation d'opioïdes (en comparaison avec l'approche pharmacologique) | <ul style="list-style-type: none"> - Électrothérapie - Acupuncture - Mobilisation passive continue - Exercices préopératoires - Cryothérapie | <ul style="list-style-type: none"> ↘ Douleur avec électrothérapie (à 1, 2 et 6 mois) ↘ Faible de la douleur avec acupuncture (à J2) → Douleur avec mobilisation passive continue et exercices | <ul style="list-style-type: none"> ↘ Consommation opioïdes avec électrothérapie ↘ Consommation reportée des opioïdes avec acupuncture (à J2) ↘ Très faible consommation opioïdes | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible qualité des études recensées ▪ Considérer électrothérapie et acupuncture suite à PTG |

| SOURCE Type de publication ¹³ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁴ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--|---|---|--|---|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | | | avec cryothérapie → Consomma- tion opioïdes avec mobilisation passive continue et exercices | |
| Bandage et compression | | | | | | |
| Munk et coll., 2013 [47] ③ | - Âge moyen comparable 65 ans (intervention) et 63 ans (contrôle) | - Application de bas de compression avec programme habituel de réadaptation (en comparaison avec programme habituel seulement) | - Bandage de compression appliqué 12-24h postop. - Bas appliqué de J1 à J30 (classe II) - Ambulation débutée de 4-6h postop. - Analgésiques - Héparine - Examen en clinique externe à 1, 2 et 4 semaines | → Œdème → Flexion du genou → Douleur au repos → Douleur à la marche | | ▪ Fort niveau de preuve |
| Drainage lymphatique | | | | | | |
| Ebert et coll., 2013 [48] ③ | - Âge moyen comparable 70,8 ans (intervention) et 69,2 ans (contrôle) | - Drainage lymphatique manuel avec programme habituel (en comparaison avec programme habituel seulement) | - Drainage dès J2, 30 min/jour ; thérapeute expérimenté - Physio débutée à J1, 2x/jour pendant 3 jours ; 1x/jour ensuite, soit dès J4, jusqu'au congé - Exercices 3x/jour, dont 2x avec le physio - Cryothérapie 20 minutes 3-4x/jour | ↗ Flexion active du genou (J4 et à 6 semaines) → Effets fonctionnels → Douleur | | ▪ Description détaillée du drainage ▪ Description du programme habituel ◦ Signification clinique des résultats non précisée |

| SOURCE <i>Type de publication</i> ¹³ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN MILIEU HOSPITALIER | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁴ | | COMMENTAIRES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|---------------|--------------------------------|--|-------------------------|--------|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | - Mobilisation passive continue 1h, 2x/jour dès J1 | | | ◦ DMS non précisée mais séjour d'au moins 4 jours |

RÉSUMÉ DES MEILLEURES PRATIQUES LORS DE LA PHASE POSTOPÉRATOIRE EN AMBULATOIRE

Pratiques communes PTH et PTG

| SOURCE <i>Type de publication</i> ¹⁵ | CLIENTÈLE PTH et PTG ¹⁶ | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁷ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|---|--|--|-------------------------|--------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Programme de réadaptation post-aiguë | | | | | | |
| Westby et coll., 2014 [7] ④ | <ul style="list-style-type: none"> - Adultes et aînés - Arthroplastie primaire - Ostéoarthrite | <ul style="list-style-type: none"> - Programme amorcé en préopératoire incluant une évaluation des besoins en réadaptation post-aiguë sur la base des facteurs personnels et environnementaux - Prise en compte des besoins et préférences du patient lors de l'application des meilleures pratiques - Réadaptation procurée par des professionnels formés sur la base des données probantes, ayant des connaissances | <ul style="list-style-type: none"> - Interventions comprennent : exercices thérapeutiques et fonctionnels ; entraînement à la marche ; entraînement cardiovasculaire ; modalités électriques ou thermales ; thérapie manuelle ; éducation du patient (<i>voir l'annexe 3 pour plus de détails</i>) - Début de la réadaptation PTH : < 3 semaines, avec forte tendance à < 1 semaine - Début de la réadaptation PTG : < 1 semaine | | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consensus parmi des cliniciens canadiens et américains (MD, erg, pht, inf, ...), des chercheurs, des gestionnaires et des usagers (n PTH = 38; n PTG = 42) ▪ Consensus également sur : <ul style="list-style-type: none"> □ Facteurs qui influencent l'offre de service et les effets (p.415) □ Aspects à évaluer (p.417) □ Outils et méthodes d'évaluation (p.419) |

¹⁵ ① = méta-analyse ; ② = revue systématique ; ③ = essai randomisé contrôlé ; ④ = guide de pratiques ou consensus d'experts ; ⑤ = étude d'observation.

¹⁶ Pour ce tableau et les suivants, les études concernent une arthroplastie primaire.

¹⁷ Les résultats reflètent les effets relatifs de la pratique étudiée par rapport à la pratique du groupe contrôle. Les flèches indiquent : ↗ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une augmentation ; ↘ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une diminution ; → = la pratique étudiée ne montre ni effet supérieur, ni effet inférieur.

| SOURCE Type de publication ¹⁵ | CLIENTÈLE PTH et PTG ¹⁶ | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁷ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--|---|---|-------------------------|--------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | <p>et une expérience clinique dans l'arthrite et la réadaptation suite à une chirurgie articulaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation systématique postop. de l'état des structures et de la capacité fonctionnelle | <ul style="list-style-type: none"> - Pas de consensus sur le dosage et la fréquence des traitements - Supervision du traitement favorisé - Suivi minimal recommandé de 2 ans ; fréquence des visites non consensuelle | | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des études publiées depuis le consensus changeraient certaines conclusions (ex. : plus de groupes ; moins de traitements supervisés pour certaines clientèles) |
| <p>Rehabilitative Care Alliance, 2018 [12]</p> <p>④¹⁸</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Adultes et aînés | <ul style="list-style-type: none"> - Réadaptation en clinique externe - Traitement individuel et en groupe - Entraînement fonctionnel | <ul style="list-style-type: none"> - Exercices pour amplitude articulaire et force, incluant des exercices à domicile - Entraînement fonctionnel, incluant des exercices à domicile - Entraînement d'intensité progressive suffisant pour contribuer à motiver la personne - Format individuel et groupe d'exercices - Niveau de supervision du professionnel adapté aux besoins de la personne - Professionnel possédant des | | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Publication grise |

¹⁸ Cette publication correspond effectivement à un consensus d'experts. Elle ne provient toutefois pas d'une publication scientifique. Le choix de rapporter ici les contenus de cet ouvrage est motivé par l'ampleur du travail réalisé, la date récente d'édition, la signature de collègues ontariens et la rédaction pragmatique.

| SOURCE Type de publication ¹⁵ | CLIENTÈLE PTH et PTG ¹⁶ | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁷ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|---|---|---|--|--|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | connaissances et une expérience clinique en matière d'arthrite et de chirurgie réparatrice - Formation basée sur les données probantes | | | |
| Rehabilitative Care Alliance, 2018 [12] ④ ¹⁹ | - Adultes et aînés - Usager incapable de se rendre en clinique externe à cause de son état de santé ou fonctionnel | - Réadaptation à domicile - Traitement individuel - Entraînement fonctionnel | - Voir les modalités spécifiques à PTH et à PTG | | | ◦ Publication grise |
| Intervention de groupe | | | | | | |
| Coulter et coll., 2009 [49] ⑤ ^{Australie} | - Âge moyen : 68 ans - Capacité de mise en charge | - Groupe d'exercices (en comparaison avec intervention individuelle en physio à domicile) | - Programme pour tous : éducation préopératoire ; anesthésie générale ou épidurale ; début physio à J1 ; DMS anticipé 5 jours ; programme d'exercices à réaliser 3x/jour - Programme de physio comprend exercices de réadaptation et | → WOMAC à 12 semaines postop. → Qualité de vie à 12 semaines → Marche à 12 semaines → Amplitudes articulaires à 12 semaines → Satisfaction des usagers | ↗ Temps total direct du personnel (surtout à cause des groupes > 6 usagers) ↘ Temps de physio par patient, direct et indirect, par visite | ▪ Format de groupe serait optimal ▪ Usagers avec conditions particulières pourraient plus bénéficier de l'intervention individuelle (ex. : comorbidités multiples ; pauvre environnement domiciliaire ; |

¹⁹ Cette publication correspond effectivement à un consensus d'experts. Elle ne provient toutefois pas d'une publication scientifique. Le choix de rapporter ici les contenus de cet ouvrage est motivé par l'ampleur du travail réalisé, la date récente d'édition, la signature de collègues ontariens et la rédaction pragmatique.

| SOURCE Type de publication ¹⁵ | CLIENTÈLE PTH et PTG ¹⁶ | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁷ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|---------------------------------------|----------------------------|--|-------------------------|-------------------------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | <p>entraînement à la marche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercices de réadaptation : squats muraux ; séries pour les quadriceps ; assis à debout ; escaliers ; fentes ; séries pour les fessiers ; séries pour les abducteurs de la hanche ; pédaler - Possibilité de référer à un autre professionnel ou d'obtenir plus d'interventions en physio - Groupe d'exercices : en physio ; circuit d'exercices ; 2x/semaine pour 4 semaines ; 60 min/séance ; début à la prochaine séance de groupe suite au congé ; 1 pht + 1 assistant de 2 à 6 patients ; 2 pht + 1 assistant > 6 patients - Intervention à domicile : en physiothérapie ; début entre 48-72h post-congé ; 1x/semaine pour 4 semaines, avec possibilité de 2x/semaine si besoin | | <p>↘ Temps indirect</p> | <p>manque de soutien social)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 séance de groupe par semaine pourrait peut-être apporter les mêmes résultats cliniques selon les auteurs ▪ Temps moyen des visites à domicile : 38,2 min direct ; 25,6 min indirect (surtout transport) ▪ Nombre moyen de visites à domicile : 3,96 ▪ Participation moyenne au groupe : 7,5 séances ▪ Transport vers la clinique externe peut occasionner des difficultés ◦ Étude de 2009 avec faible n et faible niveau de preuve ◦ DMS hospitalière plus longue par rapport à pratiques actuelles ici (6,5 jours) |

| SOURCE Type de publication ¹⁵ | CLIENTÈLE PTH et PTG ¹⁶ | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁷ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|---------------------------------------|---|--|--|--------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Téléreadaptation | | | | | | |
| Pastora-Bernal et coll., 2017 [50] ② | - Adultes et aînés | - Téléreadaptation (en comparaison avec entrevue en face à face ou aux soins usuels) | - Téléreadaptation en temps réel, soit une vidéoconférence (effets plus convaincants) - Intervention téléphonique - Programmes d'exercices en vidéo asynchrone | → Effets positifs pour les usagers sur la fonction et la douleur | | ▪ Alternative efficace aux rencontres en face à face ▪ Fort niveau de preuve sur l'efficacité ▪ Grande variété des interventions dans les études recensées |
| Entraînement à l'escalier | | | | | | |
| Gavin et coll., 2017 [34] ② | - Adultes et aînés | - Entraînement à l'escalier parmi d'autres interventions de réadaptation, en aigu et en ambulatoire | | → Qualité de vie → État fonctionnel | | ▪ Impact spécifique de l'intervention non démontré ▪ Intervention toutefois importante pour les personnes et pour permettre le congé |
| Gestion des infections postopératoires et hémato-gènes²⁰ | | | | | | |
| Haute autorité de santé, 2014 [51] ④ | - Adultes et aînés | - Prise en charge de l'infection dans le mois qui suit la chirurgie | - Intervention d'urgence - Repérage de l'infection - Diagnostic clinique - Synovectomie par arthrotomie reprenant au minimum la voie | | | ▪ Recommandations principalement appuyées sur le consensus des experts, à défaut de données probantes |

²⁰ Quant à la prévention des infections suite à une arthroplastie de la hanche, on pourra consulter : Graves, N., et coll., A cost-effectiveness modelling study of strategies to reduce risk of infection following primary hip replacement based on a systematic review. Health Technol Assess, 2016. 20(54): p. 1-144. Les auteurs concluent que la meilleure stratégie pour l'utilisateur et pour réduire les coûts réside dans la combinaison de : antibiotiques systémiques ; ciment imprégné d'antibiotiques; et ventilation classique.

| SOURCE <i>Type de publication</i> ¹⁵ | CLIENTÈLE PTH et PTG ¹⁶ | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ¹⁷ | | COMMENTAIRES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|---------------------------------------|----------------------------|--|-------------------------|--------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | d'abord initiale et emportant tous les tissus macroscopiquement infectés (p.2) - Antibiothérapie - Gestion de la douleur - Reprise de la réadaptation comparable au traitement offert suite à la chirurgie initiale | | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Algorithmes disponibles : diagnostic ; prise en charge |

Pratiques PTH

| SOURCE Type de publication ²¹ | CLIENTÈLE PTH | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²² | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--|--|--|---|------------------------|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Programme de réadaptation post-aiguë | | | | | | |
| Royal College of OT, 2017 [38] ④ Royaume-Uni | - Adultes et aînés - Moyenne âge usagers opérés au Royaume- Uni : entre 67 et 69 ans | - Programme d'ergothérapie fondé sur ²³ : Indépendance fonctionnelle maximisée ; Anxiété réduite ; Reprise d'une occupation significative ; Précautions pour la hanche ; Récupération améliorée ; Réduction de la demande de services de soutien | - Évaluation complète qui considère les facteurs influençant les besoins personnels, les buts et la récupération, incluant : co- morbidités, histoire traumatique, circonstances personnelles, obésité et fonction préopératoire - Objectifs individualisés - Communication et conseils clairs congruents avec les propos des autres membres de l'équipe - Prise en compte de la dépression et de l'anxiété - Prise en compte de l'état cognitif - Implication de la personne dans les décisions | ↗ Effets cliniques ↗ Satisfaction | ↗ Efficience réseau | ▪ Implantation des recommandations dans leur ensemble et non prises isolément ▪ Aux recommandations indiquées s'ajoutent des pratiques « suggérées » (plus faible niveau de preuve) ◦ Guide de pratique couvrant tout le parcours de services |

²¹ ① = méta-analyse ; ② = revue systématique ; ③ = essai randomisé contrôlé ; ④ = guide de pratiques ou consensus d'experts ; ⑤ = étude d'observation.

²² Les résultats reflètent les effets relatifs de la pratique étudiée par rapport à la pratique du groupe contrôle. Les flèches indiquent : ↗ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une augmentation ; ↘ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une diminution ; → = la pratique étudiée ne montre ni effet supérieur, ni effet inférieur.

²³ Les modalités décrites dans la colonne suivante ne rapportent que les plus forts niveaux de preuve applicables à la présente phase.

| SOURCE Type de publication ²¹ | CLIENTÈLE PTH | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²² | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ○ Du courtier |
|--|--------------------|---|---|--|--------|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Conseils pour la gestion de la douleur - Rôles définis entre les membres de l'équipe dès que possible - Entente en équipe sur les précautions à prendre pour la hanche - Si le protocole inclut des précautions, enseigner les comportements à adopter en lien avec les AVQ - Implication rapide en postopératoire, soit à l'interne ou au domicile | | | |
| Monaghan et Cusack, 2014 [52] ② | - Adultes et aînés | - Programme tardif d'exercices après 12 semaines post-op, supervisé en externe ou non au domicile (en comparaison avec aucun programme) | | <ul style="list-style-type: none"> → Effets cliniques ↗ Marche | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible niveau de preuve des études consultées ▪ Aucune évidence pour soutenir ou rejeter la réadaptation tardive |
| Rehabilitative Care Alliance, 2018 [12] ④ ²⁴ | - Adultes et aînés | <ul style="list-style-type: none"> - Réadaptation en clinique externe - Traitement individuel et en groupe | <ul style="list-style-type: none"> - Intervention individuelle ou de groupe - Début de 2 à 6 semaines post-congé | | | <ul style="list-style-type: none"> ○ Publication grise |

²⁴ Cette publication correspond effectivement à un consensus d'experts. Elle ne provient toutefois pas d'une publication scientifique. Le choix de rapporter ici les contenus de cet ouvrage est motivé par l'ampleur du travail réalisé, la date récente d'édition, la signature de collègues ontariens et la rédaction pragmatique.

| SOURCE Type de publication ²¹ | CLIENTÈLE PTH | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²² | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--------------------|--|--|-------------------------|--------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Entraînement fonctionnel - Éducation de la personne et de ses proches aidants - Gestion de la douleur | <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence dépend de la condition et des objectifs de la personne - Fréquence : 1 à 2 séances de groupe et/ou en individuel pour 75-80% des usagers ; jusqu'à 8 séances individuelles pour 20-25% des usagers - Orientation vers un groupe ou vers un traitement individuel selon : statut pré-chirurgical (contractures de longue durée ; déséquilibre musculaire) ; complexité de la chirurgie (fracture, ostéotomie, reconstruction, ...) ; et facteurs socioculturels (barrière de langage, difficulté à suivre les instructions) | | | |
| Rehabilitative Care Alliance, 2018 [12] ④ | - Adultes et aînés | <ul style="list-style-type: none"> - Réadaptation au domicile - Traitement individuel - Entraînement fonctionnel - Gestion de la douleur | <ul style="list-style-type: none"> - Début en physio ou ergothérapie dans un délai maximal de 7 jours ; moins pour un usager à haut risque - Première visite 24-48h post-congé (soins de plaie, sécurité, ...) | | | ◦ Publication grise |

| SOURCE Type de publication ²¹ | CLIENTÈLE PTH | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²² | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|---|--|---|---|---|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - 1 visite/semaine pour les premières semaines ; puis selon les progrès - Dosage selon objectifs et condition de la personne - Durée selon atteinte des objectifs de la personne - Durée maximale : 12 semaines si la personne ne peut pas aller en clinique externe | | | |
| Précautions et restrictions des activités | | | | | | |
| Van der Weegen et coll., 2016 [39] ② | <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen dans les études entre 57,3 et 69,3 ans - Approches antérolatérale et postérieure | <ul style="list-style-type: none"> - Peu de restrictions en évitant surtout de croiser les jambes en position assise (en comparaison avec les restrictions habituelles de mouvement et d'activités) | <ul style="list-style-type: none"> - Principales restrictions en comparaison : prévenir la flexion de la hanche au-delà de 90°; rotation interne ; adduction ; jambes croisées en position assise ; utilisation de sièges surélevés ; coussin d'abduction ; restrictions pour environ 6 semaines | <ul style="list-style-type: none"> → Luxations, voire même <ul style="list-style-type: none"> ↳ Luxations ↗ Reprise AVQ ↗ Satisfaction | <ul style="list-style-type: none"> ↳ DMS ↳ Coûts associés aux équipements | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour prévenir la luxation, niveau de restriction établi selon : le profil de l'utilisateur ; l'approche chirurgicale ▪ Approche postérieure nécessiterait plus de restrictions ▪ Aucune évidence sur les effets supérieurs d'une approche pour la récupération |
| Smith et coll., 2016 [53] ② | <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen dans les études entre 57,4 à 71,1 ans | <ul style="list-style-type: none"> - Précautions pour la hanche avec des aides techniques et | <ul style="list-style-type: none"> - Sièges surélevés - Restrictions de mouvement : flexion > 90°, adduction, rotation | <ul style="list-style-type: none"> → Autonomie → Luxation à 12 mois postop. → Satisfaction | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible niveau de preuve des études ▪ Peu d'études |

| SOURCE Type de publication ²¹ | CLIENTÈLE PTH | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²² | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|---|--|--|---|---------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | des modifications environnementales - Entraînement pour prévenir la luxation et accroître la fonction, pendant 6 semaines postop. (en comparaison avec l'absence en tout ou en partie de ces interventions) | interne passée la ligne médiane | → Qualité de vie | | ▪ Auteurs ne parviennent pas à tirer de conclusion |
| Barnsley et coll., 2015 [40] ② | - Adultes et aînés - Approche antérolatérale | - Restrictions des mouvements et des activités dans le but de favoriser la guérison et de prévenir la luxation de la prothèse (en comparaison avec un programme moins restrictifs) | - Restrictions pour 6 semaines - Restrictions habituelles : flexion <90° ; rotation interne ou externe <45° ; adduction ; en position assise, éviter de croiser les jambes, avoir les genoux plus hauts que les hanches et utiliser un siège avec accoudoirs ; en position couchée, dormir sur le dos avec un coussin entre les jambes. | → Aucun bénéfice à restreindre les activités pour prévenir la luxation ↘ Reprise des activités ↘ Satisfaction | ↗ Coûts | ▪ Faible risque de luxation, accru toutefois chez les personnes ≥ 80 ans ◦ Interpréter les conclusions avec réserve |
| Programme supervisé ou non supervisé | | | | | | |
| Coulter et coll., 2013 [54] ② | - Adultes et aînés | - Exercices en physiothérapie supervisés par un physiothérapeute, en clinique externe (en comparaison | - Modalités très variables | → Renforcement musculaire, marche ↗ Locomotion et équilibre (1,8 | | ▪ Grande variété des études consultées ◦ Étude retenue la plus récente : 2008 |

| SOURCE Type de publication ²¹ | CLIENTÈLE PTH | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²² | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|---|--|---|---|---|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | avec un programme non supervisé à domicile) | | seconde au TUG) | | |
| Austin et coll., 2017 [55] ③ | <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen comparable : 62,3 ans (intervention) ; 61,2 ans (contrôle) - DMS comparable : 1,12 j (intervention) ; 1,15 j (contrôle) - IMC (contrôle> intervention) | <ul style="list-style-type: none"> - Programme non supervisé d'exercices à domicile (en comparaison avec un traitement supervisé de physiothérapie) | <ul style="list-style-type: none"> - 10 semaines d'exercices progressifs, 3x/jour - Manuel des exercices (images et explications écrites) - Exercices montrés par un physiothérapeute à l'hôpital - Évaluation à 2 semaines : ceux jugés en retard dans leur rétablissement ou qui souhaitaient assister à la thérapie ambulatoire passaient au groupe contrôle - En comparaison : 2 semaines de physiothérapie au domicile ; suivi de 8 semaines de physiothérapie en externe ; 2 à 3 séances/semaine ; exercices optionnels à faire à la maison - Tous tiennent un journal quotidien de leur traitement | <ul style="list-style-type: none"> → Motricité → Qualité de vie ↘ Coûts personnels | <ul style="list-style-type: none"> ↘ Coûts | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usagers plus à risque devraient suivre le traitement supervisé ◦ Peu de précisions sur la clientèle |
| Coulter et coll., 2017 [56] | <ul style="list-style-type: none"> - Adultes et aînés | <ul style="list-style-type: none"> - Programme d'exercices supervisé en | <ul style="list-style-type: none"> - Programme supervisé : 1x/semaine en physiothérapie ; 4 | <ul style="list-style-type: none"> → Fonction à 6 mois postop. | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réadaptation rapide à encourager dès le |

| SOURCE Type de publication ²¹ | CLIENTÈLE PTH | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²² | | COMMENTAIRES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--|--|--|--|--------|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| ③ | <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen comparable : 66 ans (intervention) ; 63 ans (contrôle) - Approche chirurgicale postérieure pour la majorité (91,9%) - Exclusions : maladie métastatique ; fracture ; infection ; PTH secondaire ; incapacité à fournir un consentement éclairé ; échelle d'activité (UCLA) < 2 en préopératoire ; incapacité de mise en charge au congé ; requiert réadaptation à l'interne | clinique externe (en comparaison avec un programme non supervisé à domicile) | <p>semaines ; circuit d'exercices</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme non supervisé : instructions écrites et en image ; invitation à l'hôpital à poursuivre les exercices appris ; usagers invités à augmenter le nombre de répétitions ; enseignement sur l'abandon graduel des aides techniques à la marche ; possibilité de contacter le physio au besoin par téléphone ; relance téléphonique de suivi par le physio - À l'hôpital, tous recevaient : physio débutée à J1 ; 2 séances de physio dès J2 (physiothérapeute et TRP) | <ul style="list-style-type: none"> → Qualité de vie à 6 mois postop. → Marche à 6 mois postop. | | <ul style="list-style-type: none"> congé de l'hôpital grâce à un programme d'exercices au domicile pour les usagers les moins à risque ▪ Recommandation d'attribuer les services de physiothérapie à des usagers plus vulnérables ▪ Congé à J5 ◦ DMS non précisée ◦ Programme d'exercices reproduit dans l'article |

Pratiques PTG

| SOURCE Type de publication ²⁵ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--|--|--|--|--------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Programme de réadaptation post-aiguë | | | | | | |
| Ko et coll., 2013 [57] ③ | <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen 70 ans - Inclusion des usagers avec de multiples comorbidités | <ul style="list-style-type: none"> - Intervention individuelle en clinique externe débutée à 2 semaines postop. (en comparaison avec un programme de groupe ; et en comparaison avec un programme monitoré au domicile) | <ul style="list-style-type: none"> - Programme d'exercices remis à l'hôpital, à débiter dès le congé - Intervention individuelle : 12 séances en 6 semaines ; thérapie manuelle ; modalités thérapeutiques (ex. : cryothérapie) ; exercices spécifiques - Groupe : 6 semaines, totalisant 12 séances ; circuit d'exercices ; durée 50 minutes ; ratio 1 : 8 - Programme monitoré au domicile : 2 séances en clinique externe à 2 semaines d'écart - Programme monitoré, séance 1 : explication et démonstration des exercices à faire au domicile ; exercices | <ul style="list-style-type: none"> → Effets cliniques auto-rapportés à 1 an → Douleur à 10 semaines et 1 an → Fonction à 10 semaines et 1 an → Effets néfastes → Satisfaction à 10 semaines | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention individuelle non supérieure aux autres approches, à court et long termes ▪ Intervention individuelle pas nécessairement la plus appréciée par les usagers ▪ Trop peu de séances selon les usagers du programme monitoré, un avis probablement influencé par la connaissance des 12 séances dans les autres interventions ▪ Fort niveau de preuve |

²⁵ ① = méta-analyse ; ② = revue systématique ; ③ = essai randomisé contrôlé ; ④ = guide de pratiques ou consensus d'experts ; ⑤ = étude d'observation.

²⁶ Les résultats reflètent les effets relatifs de la pratique étudiée par rapport à la pratique du groupe contrôle. Les flèches indiquent : ↗ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une augmentation ; ↘ = la pratique étudiée montre des effets supérieurs traduits par une diminution ; → = la pratique étudiée ne montre ni effet supérieur, ni effet inférieur.

| SOURCE Type de publication ²⁵ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ○ Du courtier |
|--|---|--|---|-------------------------|--------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | <p>comparables à ceux du groupe ; remise d'un DVD et livret ; possibilité de contacter le physio au besoin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme monitoré, séance 2 : vérifier évolution et difficultés ; ajustement de l'intensité des exercices ; ajout possible de séances en clinique externe au besoin - Programme monitoré, relance téléphonique : 2 semaines après seconde séance pour vérifier progrès | | | |
| <p>Westby et coll., 2014 [7]</p> <p>④</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Adultes et aînés - Ostéoarthrite | <ul style="list-style-type: none"> - Réadaptation assurée par la supervision directe d'un professionnel - Réadaptation autodirigée non recommandée | | | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consensus parmi des cliniciens canadiens et américains (MD, erg, pht, inf, ...), des chercheurs, des gestionnaires et des usagers (n PTH = 38; n PTG = 42) ▪ Des études publiées depuis le consensus changeraient certaines conclusions (ex. : moins de traitements supervisés pour |

| SOURCE Type de publication ²⁵ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--------------------|---|--|-------------------------|--------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | | | | certaines clientèles). |
| Rehabilitative Care Alliance, 2018 [12] ④ ²⁷ | - Adultes et aînés | - Réadaptation en clinique externe - Traitement individuel et en groupe - Entraînement fonctionnel - Éducation de la personne et de ses proches aidants - Gestion de la douleur | - Intervention individuelle ou de groupe - Exercices intensifs - Début maximum 7 jours post-congé - Durée jusqu'à 12 semaines postop., basé sur l'atteinte des objectifs de la personne - Fréquence dépend de la condition et des objectifs de la personne - Fréquence : 2 à 3 séances par semaine - Orientation vers un groupe ou vers un traitement individuel selon : statut pré-chirurgical (contractures de longue durée ; déséquilibre musculaire) ; complexité de la chirurgie (fracture, ostéotomie, reconstruction, ...) ; et facteurs socioculturels (barrière de langage, | | | ◦ Publication grise |

²⁷ Cette publication correspond effectivement à un consensus d'experts. Elle ne provient toutefois pas d'une publication scientifique. Le choix de rapporter ici les contenus de cet ouvrage est motivé par l'ampleur du travail réalisé, la date récente d'édition, la signature de collègues ontariens et la rédaction pragmatique.

| SOURCE Type de publication ²⁵ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--|--|--|-------------------------|--------|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | <p>difficulté à suivre les instructions)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usagers qui nécessitent une supervision étroite devraient de recevoir que de l'individuel - Groupe pour environ 90% des usagers - Thérapie individuelle pour environ 10% des usagers | | | |
| Rehabilitative Care Alliance, 2018 [12] ④ | <ul style="list-style-type: none"> - Adultes et aînés | <ul style="list-style-type: none"> - Réadaptation au domicile - Traitement individuel - Entraînement fonctionnel - Gestion de la douleur | <ul style="list-style-type: none"> - Début en physio ou ergothérapie dans un délai maximal de 7 jours ; moins pour un usager à haut risque - Première visite 24-48h post-congé (soins de plaie, sécurité, ...) - 2-3 visites/semaine pour les premières semaines, tant qu'il y a risque de contracture ou perte d'amplitude - Dosage selon objectifs et condition de la personne - Durée selon atteinte des objectifs de la personne - Durée maximale : 12 semaines si la personne ne peut pas aller en clinique externe | | | <ul style="list-style-type: none"> ◦ Publication grise |

| SOURCE Type de publication ²⁵ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ○ Du courtier |
|--|--------------------|---|-----------------------------|---|--------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Programme supervisé ou non supervisé | | | | | | |
| Florez-Garcia et coll., 2017 [58] ① ② | - Âge moyen 65 ans | - Programme d'exercices non supervisés à domicile (en comparaison avec un traitement supervisé en clinique externe) | | → Fonction physique à 3, 6 et 12 mois → Amplitude articulaire à 3, 6 et 12 mois | | ▪ Grande variété des interventions dans les études comparées |
| Artz et coll., 2015 [59] ① ② | - Adultes et aînés | - Intervention basée sur des exercices en physiothérapie (en comparaison avec le traitement usuel ou une intervention minimale en physiothérapie) - Intervention basée sur des exercices réalisés au domicile (en comparaison avec externe) - Exercices réalisés en piscine (en comparaison avec gymnase) | | ↗ Fonction physique avec exercices (à 3-4 mois) ↘ Douleur avec exercices (à 3-4 mois) → Effets cliniques à 6 mois en comparant exercices ou seulement physio → Effets cliniques, en comparant exercices en externe ou au domicile → Effets cliniques, en comparant exercices en piscine ou en gymnase | | ▪ Importantes variations dans les contenus et la durée des interventions étudiées, de même que dans les interventions des groupes contrôle ▪ Conclusions appuyées sur peu d'études de faible puissance ▪ Stratégie bénéfique évoquée : accroître l' <i>empowerment</i> des usagers pour des bénéfices accrus à long terme ▪ Recommandation de favoriser physiothérapie pour des usagers présentant une fonction physique plus limitée |

| SOURCE Type de publication ²⁵ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ○ Du courtier |
|--|---|--|--|---|---|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| Han et coll., 2015 [60] ③ | <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen comparable de 64,1 ans (intervention) et 65,4 ans (contrôle) - Exclusions des usagers plus à risque : arthroplastie secondaire ; autre arthroplastie dans les précédents 6 mois ; anticipation d'une arthroplastie dans les prochains 12 mois ; comorbidités réduisant la capacité cardiaque de 50-60% ; arthrite rhumatoïde ; problème neurologique majeur ; impossibilité de se rendre en clinique externe | <ul style="list-style-type: none"> - Programme d'exercices de 6 semaines monitoré à domicile (en comparaison avec le traitement usuel en clinique externe, offert en individuel ou en groupe) - Programme débuté dans la semaine suivant le congé de l'hôpital | <ul style="list-style-type: none"> - 1 séance d'instruction des exercices à l'hôpital par un pht - Programme d'exercices remis par écrit - Instructions sur l'utilisation de la glace - Semaines 1 et 2 : 6 exercices pour accroître l'amplitude articulaire passive et active en positions assise et de supination - Semaines 3 à 6 : 6 exercices fonctionnels et de mise en charge pour accroître l'amplitude et maintenir la force musculaire - Fréquence : 10 répétitions ; 3x/jour - 1 visite en clinique externe à la semaine 1 pour vérifier adhésion au traitement et capacité à faire les exercices - Appels téléphoniques 1x/semaine ensuite - Selon les résultats des appels, autres visites possibles en clinique externe | <ul style="list-style-type: none"> → Douleur à 6 semaines postop. → Fonction physique à 6 semaines postop. → Flexion et extension du genou à 6 semaines postop. → Vitesse de marche sur 50' | <ul style="list-style-type: none"> → Réadmissions à 6 semaines | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultats légèrement favorables au traitement usuel mais écart cliniquement non significatif ▪ Programme d'exercices disponible ▪ Vu le risque d'absence lors de la visite dans la semaine 1, envisager faire la rencontre au domicile ▪ Biais en défaveur de l'intervention à l'étude mais qui ne change pas la conclusion des auteurs sur les effets comparables de deux interventions |

| SOURCE Type de publication ²⁵ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|---|--|---|---|--------|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | | | - Traitement usuel : physiothérapie en externe | | | |
| Intervention de groupe | | | | | | |
| Madsen et coll., 2013 [61] ③ | - Âge moyen comparable de 66,9 ans (intervention) et 66,2 ans (contrôle) - Exclusions des usagers plus à risque : trouble neuromusculai re ou neurodégéné ratif ; infection ou autres complications majeures ; arthroplastie secondaire ; autre arthroplastie dans les précédents 6 mois ; anticipation d'une arthroplastie dans les prochains 12 mois ; comorbidités | - Programme de groupe de 6 semaines, débuté 4 semaines postop. (en comparaison avec intervention individuelle à domicile) | - Programme en 12 séances (2 séances/semaine) - Comprend : renforcement musculaire ; éducation ; autogestion ; exercices à domicile - Jusqu'à 4 semaines : mobilisation dès J0 ; entraînement supervisé à l'hôpital, incluant supervision dans l'exécution des exercices à poursuivre au domicile ; à 4 semaines, visite du pht en externe pour ajuster le plan d'exercices | → Fonction au suivi à 3 et 6 mois → Qualité de vie au suivi à 3 et 6 mois → Rapidité de récupération | | ▪ Programme de groupe détaillé dans l'article ◦ Pratique dans les 4 premières semaines éloignée de nos habitudes au Québec |

| SOURCE Type de publication ²⁵ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--|--|---|--|---|---|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | réduisant la capacité cardiaque de 50-60% ; arthrite rhumatoïde ; problème neurologique majeur ; impossibilité de se rendre en clinique externe | | | | | |
| Téléreadaptation | | | | | | |
| Moffet et coll., 2015 [62-64] ③ Québec | <ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen comparable de 65 ans (intervention) et 67 ans (contrôle) - Exclusions : état de santé pouvant interférer avec la réadaptation ; autre chirurgie prévue ; problèmes cognitifs ou de collaboration ; complications postop. majeures ; restrictions de | <ul style="list-style-type: none"> - Téléreadaptation à domicile (en comparaison avec un programme en face à face au domicile) - Même intervention pour les deux groupes | <ul style="list-style-type: none"> - Téléreadaptation synchrone (en direct) en visioconférence - Durée : 8 semaines post congé de l'hôpital - Intervention : 16 séances de 45-60 minutes supervisées par physio ; exercices à domicile ; gestion de la douleur ; aides à la marche ; reprise des activités - Séquençage des exercices selon évolution et tolérance de la personne | <ul style="list-style-type: none"> → Fonction physique à 4 mois post congé → Douleur à 4 mois post congé → Satisfaction à 4 mois post congé | <ul style="list-style-type: none"> ↘ Coûts (18% au moins), si domicile éloigné de plus de 30 km du centre de santé (incluant : salaire et frais physio ; salaire et frais technicien installation équipement ; service Internet ; équipements → Coûts si domicile à moins de 30 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alternative efficace aux visites à domicile, 50% du temps de traitement pouvant y être affecté ▪ Face à face demeure pertinent dans certaines occasions et pour certains patients ▪ 75% des usagers ont reçu les 16 séances ; 20% ont reçu au moins une visite en face à face) ◦ Hic! Dosage basé sur un consensus d'experts de 2004 |

| SOURCE <i>Type de publication</i> ²⁵ | CLIENTÈLE PTG | PRATIQUE EN AMBULATOIRE | MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES | RÉSULTATS ²⁶ | | COMMENTAIRES ▪ Des auteurs ◦ Du courtier |
|--|--|-------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| | | | | Usager | Réseau | |
| | mise en charge pour période > 2 semaines | | | | km du centre de santé | |

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Raymond, L., et al., *Coffre à outils sur le transfert de connaissances, une approche proactive*, Laboratoire de recherche sur la dynamique du transfert de connaissances, Editor. 2009, Université de Sherbrooke. p. 46.
2. Barbieri, A., et al., *Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis*. BMC Med, 2009. 7: p. 32.
3. Duncan, C.M., et al., *A self-paired comparison of perioperative outcomes before and after implementation of a clinical pathway in patients undergoing total knee arthroplasty*. Reg Anesth Pain Med, 2013. 38(6): p. 533-8.
4. Van Herck, P., et al., *Key interventions and outcomes in joint arthroplasty clinical pathways: a systematic review*. J Eval Clin Pract, 2010. 16(1): p. 39-49.
5. van der Sluis, G., et al., *What augmented physical activity and empowerment can bring to patients receiving total knee replacement: content, implementation, and comparative effectiveness of a new function-tailored care pathway in a routine care setting*. Biomed Res Int, 2015. 2015: p. 745864.
6. Office québécois de la langue française. [cited 2018 4 janvier]; Available from: <http://www.granddictionnaire.com/>.
7. Westby, M.D., A. Brittain, and C.L. Backman, *Expert consensus on best practices for post-acute rehabilitation after total hip and knee arthroplasty: a Canada and United States Delphi study*. Arthritis Care Res (Hoboken), 2014. 66(3): p. 411-23.
8. Fleury, F.C., *Recueil des meilleures pratiques concernant l'organisation des services et les interventions pour les personnes ayant reçu une prothèse totale de hanche ou de genou*. Mars 2009, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie: Longueuil. p. 41.
9. Pollock, M., et al., *Outpatient Total Hip Arthroplasty, Total Knee Arthroplasty, and Unicompartmental Knee Arthroplasty: A Systematic Review of the Literature*. JBJS Rev, 2016. 4(12).
10. Oosting, E., *Optimization of physical functioning of patients before and after total hip arthroplasty*. 2017, Gelderse Vallei Hospital, Ede, Scientific College Physical Therapy (WCF) of the Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF), Anna Fonds, Leiden. : Maastricht. p. 186.
11. Vendittoli, P.A., et al., *CHIRURGIE D'UN JOUR PTG/PTH - Information pour équipe de soin*. 2017, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. p. 28.
12. Rehabilitative Care Alliance. *Rehabilitative Care Best Practices for Patients with Primary Hip & Knee Replacements*. Janvier 2018; Available from: http://rehabcarealliance.ca/uploads/File/Initiatives_and_Toolkits/QBP/UPDATED_January_2018_TJR_QBP_Rehabilitative_Best_Practices_Framework.pdf.
13. Kunutsor, S.K., et al., *Patient-Related Risk Factors for Periprosthetic Joint Infection after Total Joint Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis*. PLoS One, 2016. 11(3): p. e0150866.
14. Hofstede, S.N., et al., *Preoperative predictors for outcomes after total hip replacement in patients with osteoarthritis: a systematic review*. BMC Musculoskelet Disord, 2016. 17: p. 212.
15. Sher, A., et al., *Predictors of Same-Day Discharge in Primary Total Joint Arthroplasty Patients and Risk Factors for Post-Discharge Complications*. J Arthroplasty, 2017. 32(9S): p. S150-S156 e1.
16. George, D.A., et al., *Predicting lower limb periprosthetic joint infections: A review of risk factors and their classification*. World J Orthop, 2017. 8(5): p. 400-411.
17. Winemaker, M., et al., *Not all total joint replacement patients are created equal: preoperative factors and length of stay in hospital*. Can J Surg, 2015. 58(3): p. 160-6.
18. Wylde, V., et al., *Preoperative psychosocial risk factors for poor outcomes at 1 and 5 years after total knee replacement*. Acta Orthop, 2017. 88(5): p. 530-536.
19. Pua, Y.H., et al., *Factors associated with gait speed recovery after total knee arthroplasty: A longitudinal study*. Semin Arthritis Rheum, 2017. 46(5): p. 544-551.

20. Pua, Y.H., et al., *Development of a Prediction Model to Estimate the Risk of Walking Limitations in Patients with Total Knee Arthroplasty*. J Rheumatol, 2016. 43(2): p. 419-26.
21. Kornuijt, A., et al., *The rate of dislocation is not increased when minimal precautions are used after total hip arthroplasty using the posterolateral approach: a prospective, comparative safety study*. Bone Joint J, 2016. 98-B(5): p. 589-94.
22. Hansen, V.J., et al., *Does the Risk Assessment and Prediction Tool predict discharge disposition after joint replacement?* Clin Orthop Relat Res, 2015. 473(2): p. 597-601.
23. Wang, L., et al., *Does preoperative rehabilitation for patients planning to undergo joint replacement surgery improve outcomes? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. BMJ Open, 2016. 6(2): p. e009857.
24. McDonald, S., et al., *Preoperative education for hip or knee replacement*. Cochrane Database Syst Rev, 2014(5): p. CD003526.
25. Chesham, R.A. and S. Shanmugam, *Does preoperative physiotherapy improve postoperative, patient-based outcomes in older adults who have undergone total knee arthroplasty? A systematic review*. Physiother Theory Pract, 2017. 33(1): p. 9-30.
26. Gill, S.D. and H. McBurney, *Does exercise reduce pain and improve physical function before hip or knee replacement surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Arch Phys Med Rehabil, 2013. 94(1): p. 164-76.
27. Matassi, F., et al., *Range of motion after total knee arthroplasty: the effect of a preoperative home exercise program*. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2014. 22(3): p. 703-9.
28. Huber, E.O., et al., *Effect of preoperative neuromuscular training (NEMEX-TJR) on functional outcome after total knee replacement: an assessor-blinded randomized controlled trial*. BMC Musculoskelet Disord, 2015. 16: p. 101.
29. Moyer, R., et al., *The Value of Preoperative Exercise and Education for Patients Undergoing Total Hip and Knee Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis*. JBJS Rev, 2017. 5(12): p. e2.
30. Masaracchio, M., et al., *Timing of rehabilitation on length of stay and cost in patients with hip or knee joint arthroplasty: A systematic review with meta-analysis*. PLoS One, 2017. 12(6): p. e0178295.
31. Guerra, M.L., P.J. Singh, and N.F. Taylor, *Early mobilization of patients who have had a hip or knee joint replacement reduces length of stay in hospital: a systematic review*. Clin Rehabil, 2015. 29(9): p. 844-54.
32. Pelt, C.E., et al., *Improving value in primary total joint arthroplasty care pathways: changes in inpatient physical therapy staffing*. Arthroplast Today, 2017. 3(1): p. 45-49.
33. Haas, R., et al., *Early commencement of physical therapy in the acute phase following elective lower limb arthroplasty produces favorable outcomes: a systematic review and meta-analysis examining allied health service models*. Osteoarthritis Cartilage, 2016. 24(10): p. 1667-1681.
34. Gavin, J.P., T. Immins, and T. Wainwright, *Stair negotiation as a rehabilitation intervention for enhancing recovery following total hip and knee replacement surgery*. Int J Orthop Trauma Nurs, 2017. 25: p. 3-10.
35. Goodman, S.M., et al., *2017 American College of Rheumatology/American Association of Hip and Knee Surgeons Guideline for the Perioperative Management of Antirheumatic Medication in Patients With Rheumatic Diseases Undergoing Elective Total Hip or Total Knee Arthroplasty*. J Arthroplasty, 2017. 32(9): p. 2628-2638.
36. Sutton, J.C., 3rd, et al., *Hospital Discharge within 2 Days Following Total Hip or Knee Arthroplasty Does Not Increase Major-Complication and Readmission Rates*. J Bone Joint Surg Am, 2016. 98(17): p. 1419-28.
37. Pitter, F.T., et al., *Postoperative Morbidity and Discharge Destinations After Fast-Track Hip and Knee Arthroplasty in Patients Older Than 85 Years*. Anesth Analg, 2016. 122(6): p. 1807-15.
38. Royal College of Occupational Therapists, *Occupational therapy for adults undergoing total hip replacement - Practice guideline*, L. Porter, M. Sainty, and Angie Thompson, Editors. 2017: London. p. 180.
39. van der Weegen, W., A. Kornuijt, and D. Das, *Do lifestyle restrictions and precautions prevent dislocation after total hip arthroplasty? A systematic review and meta-analysis of the literature*. Clin Rehabil, 2016. 30(4): p. 329-39.

40. Barnsley, L., L. Barnsley, and R. Page, *Are Hip Precautions Necessary Post Total Hip Arthroplasty? A Systematic Review*. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*, 2015. 6(3): p. 230-5.
41. Kolber, M.J., et al., *Does Physical Therapy Visit Frequency Influence Acute Care Length of Stay Following Knee Arthroplasty? A systematic review*. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 2013. 29(1): p. 25-29.
42. Jiang, C., et al., *Impact of flexion versus extension of knee position on outcomes after total knee arthroplasty: a meta-analysis*. *Arch Orthop Trauma Surg*, 2017. 137(2): p. 257-265.
43. Joshi, R.N., et al., *Prospective Randomized Trial of the Efficacy of Continuous Passive Motion Post Total Knee Arthroplasty: Experience of the Hospital for Special Surgery*. *J Arthroplasty*, 2015. 30(12): p. 2364-9.
44. Harvey, L.A., L. Brosseau, and R.D. Herbert, *Continuous passive motion following total knee arthroplasty in people with arthritis*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(2): p. CD004260.
45. Hiyama, Y., et al., *Effects of Group-Based Exercise on Range of Motion, Muscle Strength, Functional Ability, and Pain During the Acute Phase After Total Knee Arthroplasty: A Controlled Clinical Trial*. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2016. 46(9): p. 742-8.
46. Tedesco, D., et al., *Drug-Free Interventions to Reduce Pain or Opioid Consumption After Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA Surg*, 2017. 152(10): p. e172872.
47. Munk, S., et al., *Effect of compression therapy on knee swelling and pain after total knee arthroplasty*. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2013. 21(2): p. 388-92.
48. Ebert, J.R., et al., *Randomized trial investigating the efficacy of manual lymphatic drainage to improve early outcome after total knee arthroplasty*. *Arch Phys Med Rehabil*, 2013. 94(11): p. 2103-11.
49. Coulter, C.L., J.M. Weber, and J.M. Scarvell, *Group physiotherapy provides similar outcomes for participants after joint replacement surgery as 1-to-1 physiotherapy: a sequential cohort study*. *Arch Phys Med Rehabil*, 2009. 90(10): p. 1727-33.
50. Pastora-Bernal, J.M., et al., *Evidence of Benefit of Telerehabilitation After Orthopedic Surgery: A Systematic Review*. *J Med Internet Res*, 2017. 19(4): p. e142.
51. Haute autorité de santé, *Prothèse de hanche ou de genou : diagnostic et prise en charge de l'infection dans le mois suivant l'implantation - Recommandation de bonne pratique*. Mars 2014. p. 24.
52. Monaghan, B. and T. Cusack, *Effectiveness of delayed rehabilitation programmes in patients following total hip replacement*. *Physical Therapy Reviews*, 2014. 19(2): p. 94-104.
53. Smith, T.O., et al., *Assistive devices, hip precautions, environmental modifications and training to prevent dislocation and improve function after hip arthroplasty*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. 7: p. CD010815.
54. Coulter, C.L., et al., *Physiotherapist-directed rehabilitation exercises in the outpatient or home setting improve strength, gait speed and cadence after elective total hip replacement: a systematic review*. *J Physiother*, 2013. 59(4): p. 219-26.
55. Austin, M.S., et al., *Formal Physical Therapy After Total Hip Arthroplasty Is Not Required: A Randomized Controlled Trial*. *J Bone Joint Surg Am*, 2017. 99(8): p. 648-655.
56. Coulter, C., et al., *Supervised or Unsupervised Rehabilitation After Total Hip Replacement Provides Similar Improvements for Patients: A Randomized Controlled Trial*. *Arch Phys Med Rehabil*, 2017. 98(11): p. 2253-2264.
57. Ko, V., et al., *One-to-one therapy is not superior to group or home-based therapy after total knee arthroplasty: a randomized, superiority trial*. *J Bone Joint Surg Am*, 2013. 95(21): p. 1942-9.
58. Florez-Garcia, M., et al., *Efficacy and safety of home-based exercises versus individualized supervised outpatient physical therapy programs after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis*. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 2017. 25(11): p. 3340-3353.
59. Artz, N., et al., *Effectiveness of physiotherapy exercise following total knee replacement: systematic review and meta-analysis*. *BMC Musculoskelet Disord*, 2015. 16: p. 15.

60. Han, A.S., et al., *Early rehabilitation after total knee replacement surgery: a multicenter, noninferiority, randomized clinical trial comparing a home exercise program with usual outpatient care*. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2015. 67(2): p. 196-202.
61. Madsen, M., et al., *Late group-based rehabilitation has no advantages compared with supervised home-exercises after total knee arthroplasty*. *Dan Med J*, 2013. 60(4): p. A4607.
62. Moffet, H., et al., *In-Home Telerehabilitation Compared with Face-to-Face Rehabilitation After Total Knee Arthroplasty: A Noninferiority Randomized Controlled Trial*. *J Bone Joint Surg Am*, 2015. 97(14): p. 1129-41.
63. Tousignant, M., et al., *Cost analysis of in-home telerehabilitation for post-knee arthroplasty*. *J Med Internet Res*, 2015. 17(3): p. e83.
64. Moffet, H., et al., *Patient Satisfaction with In-Home Telerehabilitation After Total Knee Arthroplasty: Results from a Randomized Controlled Trial*. *Telemed J E Health*, 2017. 23(2): p. 80-87.
65. Litvak, E., et al., *Des connaissances en action : le Laboratoire d'innovation en gestion et en gouvernance des services de santé et des services sociaux - Rapport final*. 2013, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé: Ottawa (Ontario). p. 28.
66. Kairy, D., et al., *Évaluation multi-sites de projets d'implantation d'une pratique clinique fondée sur des données probantes dans le cadre du plan d'action en transfert des connaissances du comité directeur de la recherche en traumatologie aerdpa-aqesss 2012-2014*. 2015. p. 45.
67. Chaire CJM-IU-UQAM, *Projet SACO - Stratégies pour l'application des connaissances dans les organisations*. 2014. p. 15.
68. Fleury, F.C., *Ateliers de résolution de problème - 1. Présentation générale sur le courtage de connaissances ; 2. Captation et analyse efficaces des meilleures connaissances à partir des écrits ; 3. Recension des meilleures pratiques et exercices consensuels pour des groupes d'experts ; 4. Présentation et appropriation des meilleures connaissances - Autres outils de courtage*. 2017, Consortium de transfert de connaissances.
69. Zech, A., S. Hendrich, and K. Pfeifer, *Association Between Exercise Therapy Dose and Functional Improvements in the Early Postoperative Phase After Hip and Knee Arthroplasty: An Observational Study*. *PM R*, 2015. 7(10): p. 1064-72.
70. Van Egmond, J.C., H. Verburg, and N.M. Mathijssen, *The first 6 weeks of recovery after total knee arthroplasty with fast track*. *Acta Orthop*, 2015. 86(6): p. 708-13.
71. Klingenstein, G.G., et al., *Rapid Discharge to Home After Total Knee Arthroplasty Is Safe in Eligible Medicare Patients*. *J Arthroplasty*, 2017. 32(11): p. 3308-3313.

ANNEXE 1 – INFORMATIONS SUR LA GESTION DU CHANGEMENT ET LE TRANSFERT DE CONNAISSANCES

La présente rubrique évoque les prérequis et les facteurs favorables à l'utilisation des connaissances contenues dans la recension. Elle vise à accroître le transfert de connaissances dans la démarche plus large de gestion du changement.

Légitimer le changement pour mieux se l'approprier

La réussite d'un changement dans un environnement complexe suscite des enjeux de légitimation, de réalisation et d'appropriation. La légitimation réfère à la vision, au diagnostic et aux orientations sur lesquels s'appuie le changement [65]. En s'y attardant au début du processus, la réalisation (pilotage, ressources et efforts) et l'appropriation y gagneront en efficacité.

L'appropriation, un « processus [individuel et organisationnel] d'adoption progressive du changement » [65, p.13], nécessite qu'il y ait :

- Une reconnaissance de la valeur du changement.
- Des conditions incitatives à procéder au changement.
- L'anticipation de retombées valables.
- Des expérimentations prévues des nouvelles pratiques.
- La mise en place d'une démarche d'amélioration continue associée à la mesure des résultats.

Conditions gagnantes à l'appropriation du changement

Les écrits consultés relatent des conditions gagnantes pour qu'il y ait appropriation du changement et, par conséquent, une implantation réussie des nouvelles pratiques [66, 67]. Les voici représentées sous quatre catégories. Parmi celles-ci se retrouvent des références directes à l'acquisition des nouvelles connaissances.

Contexte

- Changement valorisé par l'organisation.
- Changement inscrit dans les orientations.
- Culture organisationnelle favorable à l'application des nouvelles pratiques.
- Climat organisationnel d'ouverture au changement.
- Habitudes de collaboration entre les gens.
- Coordination dédiée et présence d'une équipe d'implantation des nouvelles pratiques.
- Soutien organisationnel de l'établissement.
- Présence d'une personne ressource en transfert des connaissances maillée avec les équipes.
- Disponibilité des ressources matérielles, humaines ou financières.

Processus

- Analyse des conditions inhérentes à l'implantation.
- Consultation initiale des cliniciens.
- Leadership des gestionnaires dans le projet.

- Préparation d'un plan détaillé d'implantation.
- Libération de professionnels pour des séances d'information ou de formation, incluant les trois quarts de travail.
- Adoption d'une diversité d'activités réflexives.

Caractéristiques des pratiques en soi à implanter

- Caractère fiable et valide des nouvelles pratiques, particulièrement lorsqu'elles sont en lien avec des préoccupations déjà identifiées par les équipes.
- Capacité de modifier certaines composantes des outils ou des composantes périphériques des interventions.
- Présentation d'un processus d'évaluation et d'intervention construit en étapes selon la présentation clinique.

Stratégies de TC

- Utilisation d'au moins deux stratégies d'implantation visant l'organisation du travail.
- Utilisation d'une grande variété de stratégies d'implantation adaptée au contexte de chaque site, visant les professionnels concernés.

Facteurs de succès à l'appropriation des meilleures connaissances

L'appropriation des connaissances contenues dans la recension sera d'autant plus réussie que les facteurs suivants seront respectés. La manière dont nous avons procédé dans cette recension respecte ces énoncés. Pour plus d'informations, le lecteur pourra se référer aux *Ateliers de résolution de problèmes* [68] offerts par le Consortium.

- Le besoin de connaissances est bien identifié et validé.
- Le processus de production est formalisé et crédible.
- Le processus de production a été adopté au départ par les demandeurs.
- Les demandeurs sont impliqués régulièrement dans la production pour en valider les avancements.
- La présentation des contenus est claire et fait sens pour les demandeurs.
- Les connaissances essentielles sont mises en évidence.
- Le caractère probant des connaissances est mis en évidence (effets cliniques, économiques et efficacité réseau).
- Un moment d'échanges est prévu au sujet de la manière d'implanter les connaissances acquises : aspects à mettre en œuvre et séquence.

Deux certitudes au sujet de l'application des connaissances de la recension

En lisant la recension, il faut savoir dans tous les cas que

1. Il n'est pas possible d'appliquer toutes les connaissances acquises
 - Parce qu'il n'est pas possible de généraliser tous les résultats ;
 - Et parce qu'il y a des limites au processus de changement (écart avec la réalité actuelle ; temps requis pour changer ; ...).
2. Les meilleures connaissances implantées répondront à la majorité des usagers, pas à tous, et le jugement clinique est toujours requis.

Des questions à se poser face à la synthèse

Après avoir lu la recension, prenez un moment pour vous poser les questions suivantes. Vos réponses refléteront la direction que pourrait prendre votre gestion de projet.

1. Quelles sont les pratiques qui éveillent chez vous le plus d'intérêt pour amorcer le changement ?
2. Quels sont les aspects actuels de l'organisation des services qui nécessitent le plus un changement et pour lesquels la recension vous donne des solutions ?
3. Quelles sont les changements qui pourraient avoir le plus d'effets selon les données probantes ?
4. Quelle serait la pratique à implanter qui occasionnerait à votre avis un maximum de résultats pour un minimum d'effort ?
5. Quelles sont les références qu'il vous faudrait lire attentivement parmi celles rapportées dans la recension pour consolider votre bagage au sujet d'une pratique ou pour confirmer son adoption ?
6. Quelle serait la meilleure séquence d'implantation des pratiques dans le temps ?

La prochaine étape dans le processus de transfert de connaissances

Un comité consultatif, un groupe d'experts ou de sages dit autrement, devrait idéalement déterminer deux choses : comment les connaissances acquises seront adaptées à votre réalité ; et quelles sont les failles dans les meilleures connaissances qu'il vous faudra combler grâce à votre propre expertise pour que le parcours de services soit complet.

Pour un résultat optimal, il est conseillé de suivre une démarche consensuelle formalisée (voir l'Atelier proposé par le Consortium à ce sujet [68]).

ANNEXE 2 – TABLEAU COMPARATIF DES CRITÈRES DE CONGÉ

Le tableau suivant expose sous forme comparative les critères employés dans les publications recensées. Il a comme intention de refléter des tendances car les critères rapportés s'avèrent le résultat de consensus. La présentation servira donc à soutenir la réflexion des membres du comité de pilotage.

| CATÉGORIES DE CRITÈRES | PTH et PTG | PTH | PTG |
|--|---|---|---|
| Critères de congé du milieu hospitalier | | | |
| Facteurs médicaux | <ul style="list-style-type: none"> ▪ TA artérielle et pouls stables et dans la limite de la normale [11] ▪ Saturation à 95 % à l'air ambiant, aucun besoin d'oxygène via canule nasale [11] ▪ Aucune ou légère nausée au repos : assis ou couché [11] ▪ Saignement considéré minime ; pas de changement de pansement nécessaire [11] ▪ Signes neurologiques : extension du gros orteil, flexion dorsale éversion et flexion plantaire normales et idem bilatéral [11] ▪ Dermatomes comparables aux deux membres inférieurs sauf dans la région du pansement opératoire [11] ▪ Aucun signe circulatoire à risque : pouls pédieux ou tibial postérieur palpé ; et remplissage capillaire au 1^{er} orteil présent [11] ▪ Aucun signe de rétention urinaire [11] | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité de l'utilisateur à respecter les précautions et les restrictions pour la hanche [56] | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement médical complété en orthopédie et en anesthésie [5] |
| Douleur | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur sous contrôle [69] ▪ Douleur faible ou absente située entre 0 et 4/10 à l'ÉVA ; considérée acceptable par l'utilisateur ; et contrôlée par la médication [11] | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soulagement suffisant de la douleur : score de douleur à l'échelle de notation numérique (NRS) inférieur à 3 au repos et inférieur à 5 pendant la mobilisation [70] |

| CATÉGORIES DE CRITÈRES | PTH et PTG | PTH | PTG |
|-----------------------------|--|---|--|
| Amplitude et force | <ul style="list-style-type: none"> Amplitude articulaire adéquate (environ 90° flexion du genou ; ou environ 15° d'abduction de la hanche) [69]²⁸ Amplitude articulaire fonctionnelle au membre inférieur opéré permettant ses déplacements au lit et hors du lit [11] | <ul style="list-style-type: none"> Amplitude articulaire adéquate (environ 15° d'abduction de la hanche) [69] | <ul style="list-style-type: none"> Amplitude articulaire adéquate (environ 90° flexion du genou) [69] Flexion du genou à 90° ou bons progrès vers cette amplitude [71] Pleine extension du genou ou bonne progression en ce sens [71] |
| Marche et transfert | <ul style="list-style-type: none"> Mise en charge au membre inférieur opéré possible [11] Démarche solide avec aide technique marchette ou béquilles avec absence d'étourdissement [11] Marche autonome et transferts sécuritaires avec ou sans aide technique [11, 12, 69] Monter et descendre les escaliers de manière autonome et sécuritaire avec une aide technique, si requis [11, 12] | <ul style="list-style-type: none"> Marche indépendante sur 40 à 60 m (130 à 200 pi) avec une aide technique [56]²⁹ Capacité de monter et descendre les escaliers si requis [56] Transfert autonome avec ou sans aide technique [56] | <ul style="list-style-type: none"> Transfert indépendant au lit, chaise et toilette [43]³⁰ Capacité de transfert avec ou sans supervision [71] Marche autonome sur 46 m (150 pi) avec ou sans assistance technique [43] Marche de 30 mètres (100 pi) avec des béquilles [70]³¹ Utilisation fonctionnelle d'une aide à la marche sur une distance d'au moins 15 m (50 pi), avec ou sans supervision [71]³² Autonomie dans les escaliers, avec ou sans soutien sur les rampes ou sur une canne [43, 70, 71] |
| Autres aspects fonctionnels | <ul style="list-style-type: none"> Capacité de réaliser de manière sécuritaire ses AVQ avec ou sans aide technique ou humaine [12] Patient orienté dans les 3 sphères [11] | <ul style="list-style-type: none"> Capacité de réaliser ses AVQ [56] | <ul style="list-style-type: none"> Récupération fonctionnelle suffisante pour la destination prévue [5] Réalisation fonctionnelle des activités par rapport au niveau de base [71] S'habiller de façon autonome [70] Aller aux toilettes de façon autonome [70] |

²⁸ Les critères de Zech et coll., 2015 [69], s'appliquent pour un congé où une majeure partie de la réadaptation se fait à l'interne, soit de 15 à 19 jours. On peut se demander si ces critères sont pertinents comme indicateurs de congé en ambulatoire.

²⁹ Les critères de Coulter et coll., 2017 [56], s'appliquent pour un congé à 5 jours postopératoire (J5).

³⁰ Les critères de Joshi et coll., 2015 [43] s'appliquent pour un congé à 3,5 jours postopératoire.

³¹ Les critères de Van Egmond et coll., 2015 [70] s'appliquent pour un congé à 2,5 jours postopératoire.

³² Les critères de Kligenstein et coll., 2017 [71] s'appliquent pour un congé très précoce entre J0 et J2.

| CATÉGORIES DE CRITÈRES | PTH et PTG | PTH | PTG |
|------------------------|--|---|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité de se laver, s'habiller et effectuer sa toilette avec ou sans supervision, avec ou sans aide technique [71] ▪ Fonctionnement cognitif comparable au niveau de base [71] ▪ Compréhension verbale des précautions pour la sécurité au domicile [71] |
| Autres | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reprise de l'alimentation orale [11] ▪ Programme de réadaptation en ambulatoire mis en place [12] | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autonomie dans la réalisation des exercices au domicile, en position couchée et debout [56] | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitements adéquats disponibles au temps prévu dans la destination du congé [5] ▪ Capacité d'effectuer le programme d'exercices à domicile [71] |

| CATÉGORIES DE CRITÈRES | PTH et PTG |
|---|---|
| Critères de congé en ambulatoire | |
| Objectifs du plan [12] | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Objectifs fonctionnels atteints ▪ Plateau dans la progression |
| En clinique externe [12] | |
| Facteurs médicaux | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enflure résorbée ou autogérée ▪ Plaie cicatrisée ou autogérée ▪ Connaissance de la reprise sécuritaire des activités et d'un mode de vie actif |
| Douleur | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur contrôlée avec ou sans médicaments |
| Amplitude et force | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amplitude articulaire fonctionnelle (tenir compte du statut préopératoire et du mode de vie) ▪ Force fonctionnelle (tenir compte du statut préopératoire et du style de vie) |
| Marche, transfert et autres aspects fonctionnels | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déplacement autonome à l'intérieur et à l'extérieur, avec ou sans aide (tenir compte du statut préopératoire) ▪ Utilisation sécuritaire des escaliers si nécessaire |
| Autres | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance du programme d'exercices à domicile |
| Au domicile en vue d'une poursuite en clinique externe [12] | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrer et sortir de la maison et se déplacer en sécurité pour se rendre à la clinique externe |
| Au domicile [12] | |

| CATÉGORIES DE CRITÈRES | PTH et PTG |
|------------------------|---|
| Facteurs médicaux | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enflure résorbée ou autogérée ▪ Plaie cicatrisée ou autogérée ▪ Connaissance de la reprise sécuritaire des activités et d'un mode de vie actif |
| Douleur | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur contrôlée avec ou sans médicaments |
| Amplitude et force | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amplitude articulaire fonctionnelle (tenir compte du statut préopératoire et du mode de vie) ▪ Force fonctionnelle (tenir compte du statut préopératoire et du style de vie) |
| Fonction et marche | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déplacement autonome à l'intérieur et à l'extérieur, avec ou sans aide (tenir compte du statut préopératoire) ▪ Utilisation sécuritaire des escaliers si nécessaire |

ANNEXE 3 – INTERVENTIONS DE RÉADAPTATION RECOMMANDÉES EN POST-AIGU (2014)

Consensus d'experts canadiens et américains³³ [7]

| Exercices thérapeutiques et fonctionnels | PTH | PTG | Modalités électriques ou thermiques | PTH | PTG |
|---|-----|-----|---|-----|-----|
| Mobilisation articulaire active | + | + | Glace (cryothérapie) | | + |
| Mobilisation articulaire passive | | + | Thérapie manuelle | PTH | PTG |
| Musculation | + | ++ | Massage pour l'œdème | | + |
| Étirement musculaire | ++ | + | Massage des cicatrices | | + |
| Entraînement postural | + | + | Exercices d'étirement passif | | + |
| Entraînement de stabilité de base | + | | Facilitation neuromusculaire proprioceptive (étirement) | | + |
| Exercices à la maison | ++ | ++ | Mobilisation des articulations (ex. : glissements) | | + |
| Équilibre statique | + | + | Éducation des patients | PTH | PTG |
| Équilibre dynamique | ++ | ++ | Surveillance des complications | ++ | ++ |
| Rééducation neuromusculaire | | + | Restrictions sur les postures et mouvements | ++ | + |
| Monter les escaliers | ++ | ++ | Reprise de la conduite automobile | ++ | + |
| S'asseoir sur une chaise et se relever | ++ | ++ | Positionnement dans les activités sexuelles | + | + |
| Descendre au sol et se relever | + | + | Utilisation sécuritaire des toilettes | + | + |
| Entrer dans la voiture et en sortir | + | + | Utilisation sûre de la baignoire ou de la douche | + | + |
| Entrer dans la baignoire et en ressortir | + | + | Reprise des activités récréatives et sportives | + | + |
| Transfert aux toilettes | + | + | Adaptation du poste de travail | + | + |
| Habillage | + | | Utilisation des aides techniques | + | + |
| Entraînement à la marche | PTH | PTG | Chaussures appropriées | + | + |
| Utilisation correcte et progressive des aides à la marche | ++ | + | Utilisation des médicaments pour la gestion de la douleur | + | + |
| Correction du patron de marche | ++ | + | Utilisation de techniques non médicamenteuses pour la gestion de la douleur | + | + |
| Assurer un port de poids adéquat sur le membre opéré | ++ | | Protection des articulations à long terme | + | + |
| Entraînement à l'intérieur puis à l'extérieur | | + | Exercices sécuritaires en intensité et en progression | + | + |
| Entraînement sur des surfaces différentes | | + | | | |
| Entraînement cardiorespiratoire | PTH | PTG | | | |
| Entraînement cardiorespiratoire de faible à moyenne intensité | | + | | | |
| Utilisation de machines appropriées (ex. : vélo stationnaire) | | + | | | |

Légende : ++ = intervention appropriée et très importante par 80% et plus des experts ; + = intervention appropriée et quelque fois importante ou appropriée et très importante par 80% et plus des experts ; vide = intervention appropriée mais non importante

³³ Rappelons que les auteurs estiment que le consensus est conservateur par rapport aux écrits scientifiques disponibles lors de la publication de l'étude.

Source : Tableau reproduit et traduit de Westby, M.D., A. Brittain, and C.L. Backman, Expert consensus on best practices for post-acute rehabilitation after total hip and knee arthroplasty: a Canada and United States Delphi study. *Arthritis Care Res* (Hoboken), 2014. 66(3): p.416