

Prise en charge post-opératoire des prothèses totales de hanche par les médecins généralistes en Picardie : étude descriptive auprès des médecins généralistes picards

Laure Lacompte

▶ **To cite this version:**

Laure Lacompte. Prise en charge post-opératoire des prothèses totales de hanche par les médecins généralistes en Picardie : étude descriptive auprès des médecins généralistes picards. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01496744

HAL Id: dumas-01496744

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01496744

Submitted on 27 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS
UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

ANNÉE 2016

N°2016-195

PRISE EN CHARGE POST-OPÉRATOIRE DES PROTHÈSES TOTALES DE HANCHE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN PICARDIE

Etude descriptive auprès des médecins généralistes picards

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)
Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 Décembre 2016

Par Laure LACOMPTE

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur GABRION

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur DOUTRELLOT

Madame le Docteur TASSEEL-PONCHE

Madame le Docteur MOITIER

DIRECTRICE DE THÈSE : Madame le Professeur BOULNOIS

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Antoine GABRION
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Chirurgie orthopédique et Traumatologique)

Vous me faîtes l'honneur de présider mon jury de thèse, je vous remercie de votre confiance et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Médecine physique et de Réadaptation)
Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique
Pôle "Autonomie"

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Honorée de votre présence, je vous remercie sincèrement. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Sophie TASSEEL-PONCHE
Praticien Hospitalier Universitaire
(Médecine physique et de Réadaptation)

Vous avez accepté spontanément de juger ce travail. Honorée de votre présence, je vous remercie sincèrement et vous adresse ici l'expression de ma considération respectueuse.

Madame le Docteur Julie MOITIER
Praticien Hospitalier
(Gériatrie)
Responsable du réseau de gériatrie et de soins palliatifs à domicile, Palpi

Nous nous croisons depuis quelques années maintenant dans l'exercice de nos fonctions. Vos avis et conseils ont toujours été d'une grande aide pour mes patients et moi-même.
J'espère que notre collaboration en médecine de ville perdurera.
Vous m'avez fait l'honneur de vous intéresser à mon travail et d'avoir accepté de juger ma thèse. Je vous en remercie sincèrement et vous adresse ici l'expression de ma considération respectueuse.

A ma directrice de thèse,

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Professeur de Médecine générale

Coordonnateur du DES de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté de prendre une dernière thésarde sous votre coupe avant votre prise de responsabilité. Je vous en suis infiniment reconnaissante.

Merci pour votre disponibilité et vos conseils précieux.

Je suis ravie d'avoir pu travailler à vos côtés et d'avoir pu bénéficier de votre expérience.

J'espère qu'il y aura d'autres moments de partage.

***A ma mère**. J'aime à croire qu'elle n'est pas étrangère à ma réussite.*

***A mon père**, mon modèle. Merci de nous avoir appris à nous intéresser à tout et à garder l'esprit ouvert. Merci pour le dévouement que tu portes à tes trois enfants.*

***A mon frère, Clément, et à ma sœur, Claire**, pour tous nos fous rires qui m'ont permis de relâcher la pression tout au long de mon cursus.*

***A mes tantes de cœur, Joëlle et Isabelle**, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont permis d'avancer dans les moments de doute.*

***A mes amis de la fac** : Estelle, PH, Aurélie, Mathieu, Thomas, Sheldon pour votre soutien indéfectible. Caroline, Lisa, Anne-Sophie pour nos longues soirées (nuits !) passées à réviser dans des salles lugubres en P1 et P2. Sans vous ces longues années d'études auraient été bien tristes. Mention spéciale à Estelle qui a relu cet ouvrage de nombreuses fois !*

***A mes amis du lycée**, Tiffany, Zézé, Vicky Vallancourt, Titi, Morgan, Jimbo, Nathan, Alex B et Alex L, belle rencontre ! Merci de m'avoir « extraite » du milieu médical le temps de folles soirées ! Vivement la prochaine !*

***A Charlotte**, pour ton amitié et ton amour infaillible.*

***A Elise**, pour ton esprit déjanté égalant le mien et me permettant de me sentir moins seule !!!*

***A Pascal** (Dr Bruandet), je t'ai choisi comme maître de stage, tu m'as fait découvrir et aimer l'exercice de la médecine générale en campagne. Nous nous sommes tout de suite entendus, jusqu'à même envisager que je prenne ta succession. Avec notre belle MSP, nous allons pouvoir travailler un peu ensemble, cela me réjouit. Une belle aventure nous attend !*

***A Florence** (Dr Loiselle), tu m'as accueilli en tant que « chef » à l'IMB et tu es peu à peu devenue une amie. J'ai beaucoup appris à tes côtés, j'aime encore à te consulter quand s'installe un doute dans la prise en charge d'un de mes patients.*

***Au Dr Capronnier**, merci de m'avoir intégrée à l'équipe de l'IMB et de m'avoir soufflé ce sujet de thèse qui m'a passionné.*

***Aux équipes des services** des Urgences de Montdidier, de Pneumologie du CHU d'Amiens, de Médecine de Montdidier, de Pédiatrie de Saint Quentin, de Médecine Polyvalente de l'Institut Médical de Breteuil… merci pour votre accueil et votre bienveillance à mon égard. Vous me manquez ! Petit clin d'œil particulier à Eléonore et à Coraline !*

***Au Dr Nougein et au Dr Luciani** qui m'ont eux aussi fait découvrir la médecine générale.*

***A l'URPS** et plus particulièrement à Mme Stéphanie Cuissette, pour leur soutien logistique, leur confiance et le temps qu'ils m'ont accordé.*

***Aux médecins généralistes** qui ont accepté de participer à ma thèse.*

***A mes patients**, qui m'ont permis d'apprendre.*

Table des matières

ABRÉVIATIONS **8**

1 INTRODUCTION **9**

1.1 Préambule **9**

1.1.1 Historique 9

1.1.2 Les voies d'abord 10

1.1.3 Complications post-opératoires 11

1.2 Contexte **11**

1.3 Problématique **12**

1.4 Objectif **13**

2 MATERIEL ET METHODES **14**

2.1 Bibliographie **14**

2.2 Enquête **14**

2.2.1 Type d'étude 14

2.2.2 Population étudiée 14

2.2.3 Questionnaire 14

2.2.4 Analyse statistique 16

3 RESULTATS **17**

3.1 Taux de participation **17**

3.2 Description de la population cible **17**

3.2.1 Le sexe 17

3.2.2 L'âge 17

3.2.3 Le lieu d'exercice 17

3.2.4 Le mode d'exercice 17

3.2.5 La formation 18

3.3 Les critères d'exclusion du retour à domicile selon les médecins généralistes **19**

3.4 Consultation de médecine générale post-opératoire **20**

3.5 Organisation en préopératoire **20**

3.6 Prophylaxie en fonction de la voie d'abord **21**

3.7 Conduite tenue en cas de logement inadapté **22**

3.8 La récupération fonctionnelle **23**

3.9 Conduite adoptée devant une suspicion d'infection sur matériel de prothèse **24**

3.9.1 Conduite diagnostique 24

3.9.2 Prescription d'une antibiothérapie 24

3.9.3 Critères pour une antibiothérapie 25

3.9.4 Choix de l'antibiothérapie 25

3.10 Réhospitalisation précoce **26**

3.11 Séances de masso-kinésithérapie **26**

3.12 Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge post-opératoire des prothèses totales de hanche. **27**

3.13 Difficultés devant des retours à domicile de plus en plus précoces **28**

3.14 Amélioration des pratiques **29**

4 DISCUSSION **30**

4.1 Discussion de la méthodologie **30**

4.1.1 Forces de l'étude 30

4.1.2 Faiblesses de l'étude 31

4.2 Discussion des résultats **32**

4.2.1 Les critères d'exclusion d'un retour à domicile immédiat 32

4.2.2 Prescription de rééducation en préopératoire 34

4.2.3 Prophylaxie selon la voie d'abord chirurgicale 35

4.2.4 Logement inadapté 35

4.2.5 Séances de masso-kinésithérapie 36

4.2.6 La récupération fonctionnelle 37
4.2.7 La suspicion d'infection sur matériel de prothèse 38
4.2.8 Réhospitalisation précoce 40
4.2.9 La formation 40
4.2.10 Rôle du médecin généraliste, difficultés rencontrées et amélioration des pratiques 41

5 CONCLUSION 44

6 ANNEXES 45
6.1 Annexe N°1 : Score ASA : score de comorbidités 45
6.2 Annexe N°2 : Questionnaire 46
6.3 Annexe N°3 : Courrier d'accompagnement 48
6.4 Annexe N°4 : Score RAPT 49
6.5 Annexe N°5 : Score de Merle d'Aubigné-Postel: hétéro-évaluation 50
6.6 Annexe N°6 : Score de WOMAC : auto-évaluation 50
6.7 Annexe N°7 : Recommandations HAS Mars 2014 : algorithme de la prise en charge d'une suspicion d'infection sur matériel 51
6.8 Annexe N°8 : Fiche pédagogique adressée aux médecins généralistes 52

ABRÉVIATIONS

PTH : Prothèse Totale de Hanche

ASIA : Anterior Supine Intermuscular Approach

DMS : Durée Moyenne de Séjour

ARS : Agence Régionale de Santé

SSR : Soins de Suites et de Réadaptation

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

MSAP : Mise Sous Accord Préalable

MK : Masso-kinésithérapie

HAS : Haute Autorité de Santé

ASA : American Society of Anesthesiologists

T2A : Tarification à l'Acte

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MKDE : Masso-kinésithérapeute Diplômé d'Etat

MG : Médecin Généraliste

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

SOFMER : Société Française de Médecine Physique et Réadaptation

SOFCOT : Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

CRP : Protéine C-Réactive

VS : Vitesse de Sédimentation

PCT : Procalcitonine

FMC : Formation Médicale Continue

SFR : Société Française de Rhumatologie

RAPT : Risk Assessment and Prediction Tool

FEDMER : Fédération Française de Médecine et Réadaptation

COFEMER : Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation

PRADO : Programme de Retour à Domicile

EPU : Enseignements Post-Universitaires

1 INTRODUCTION

1.1 Préambule

1.1.1 Historique

Le mot « prothèse » vient du bas latin « *prosthesis* » (1) signifiant « action d'ajouter » venant lui-même du grec « *prostithenai* » qui signifie « placer auprès, contre, en plus » (2). L'utilisation du mot prothèse dans le sens chirurgical apparaît au milieu du XVIIème siècle. De nombreux chirurgiens ont contribué à l'invention de la prothèse totale de hanche (PTH). C'est Gluck, chirurgien allemand, qui présenta la première PTH en 1890 au Congrès international de Berlin (3). Elle était composée d'une tête fémorale et d'une cupule en ivoire, fixées à l'os par du colophane (mélange de pierre ponce et de plâtre). En 1946 à Paris, les frères Judet mirent au point une prothèse fémorale en plexiglass. En 1950, Moore, chirurgien orthopédique à l'Hôpital psychiatrique de Columbia, créa une tête fémorale en vitallium (cobalt, chrome et molybdène) avec une tige fémorale auto bloquante qu'il testa avec succès sur 153 patients dans les suites d'une fracture du col fémoral. Mc Kee, lui, fût à l'origine, en 1951, d'une prothèse avec tête fémorale et cotyle en vitallium. La technique fût importée en France en 1965 par Teinturier et Merle D'Aubigné. C'est en 1962, en Angleterre, que Charnley inventa une prothèse fémorale en métal fixée à un cotyle en polyéthylène par du ciment acrylique. Elle fût implantée en France dès 1969, et demeure à ce jour le *gold standard* (4). De multiples couples ont été testés et abandonnés au fil des années et des échecs. Les PTH sont aujourd'hui constituées de polyéthylène, titane, chrome, cobalt, céramique, hydroxyapatite, … matériaux plus résistants. La PTH classique se compose d'un implant fémoral, la tige, et d'un implant acétabulaire, la cupule. Actuellement, la durée de vie des PTH dépasse les vingt ans mais il existe une grande variabilité selon l'âge, l'activité physique et professionnelle et les antécédents du patient (5).

Autrefois chirurgie lourde nécessitant de longs séjours hospitaliers, elle est devenue, avec l'amélioration des techniques, peu invasive jusqu'à même permettre la sortie le jour même de l'intervention. En effet, en 2012 fût implantée la première PTH en ambulatoire en France à la clinique Paulmy de Bayonne (6). L'équipe du service d'orthopédie du CHU d'Amiens a, quant à elle, réalisé sa première pose ambulatoire en août 2015 (7). Pour les patients nécessitant une hospitalisation, celle-ci est optimisée et devenue très courte grâce au protocole de récupération rapide (8).

1.1.2 Les voies d'abord

Les voies d'abord pratiquées conditionnent les suites opératoires et la rééducation. En effet la stabilité de la hanche est due aux muscles rotateurs de hanche et aux fessiers. Selon la voie d'abord, certains muscles sont sectionnés et le risque de luxation post-opératoire augmenté. Les voies d'abord les plus pratiquées sont la voie postéro-externe et la voie antérieure.

Les voies d'abord classiques dites « invasives », c'est à dire impliquant une section des muscles fessiers et pelvi trochantériens, constituent le *gold standard*.

La technique la plus répandue, car la plus simple, est la voie d'abord postéro-externe ou technique de Moore. Son principal inconvénient est de rendre instable l'articulation par section des muscles pelvi-trochantériens. Elle est donc la plus génératrice de luxation post-opératoire et nécessite une prophylaxie rigoureuse : limiter l'adduction ou le croisement des membres inférieurs (coussin d'abduction), limiter l'hyperflexion de la hanche (rehausseur de siège), limiter la rotation interne en position assise et nécessité d'utiliser de cannes anglaises pendant un mois. Une éviction de la conduite automobile est conseillée pendant 6 semaines.

La voie antérieure ou technique de Hueter est la plus anatomique en respectant le hauban fessier. Mais elle nécessite une table orthopédique spécifique et une grande expérience du chirurgien. Les suites opératoires sont alors simples (luxations exceptionnelles) et rapides avec un arrêt du béquillage de 7 à 10 jours, une reprise de la conduite à J7 et à la plupart des activités sportives à 2 mois.

De nouvelles techniques moins invasives (dites « mini-invasives ») sont de plus en plus pratiquées. Elles sont définies par une incision de moins de 10 cm et respectent mieux les structures musculo-tendineuses autour de la hanche (9). La technique ASIA (Anterior Supine Intermuscular Approach) est la plus répandue. Elle allie les avantages de la voie de Hueter sans en avoir les inconvénients (10). Ainsi, sur une table d'opération ordinaire, la voie est antérieure et aucune section musculaire n'est faite. Des études ont démontré une réduction des journées d'hospitalisation, du temps opératoire et de la rééducation grâce à la pratique de ces voies mini-invasives (9).

A noter que les chirurgies par « mini-incision », restent invasives par section des muscles et des tendons, n'ont pas montré d'intérêt par rapport aux voies d'abord classiques.

1.1.3 Complications post-opératoires

Le risque médical de cette chirurgie est considéré comme faible : 0,33% de décès, 5% de complications médicales graves dont 40% sont thromboemboliques (4). La prophylaxie thrombo-embolique est alors recommandée jusqu'au 35ème jour post-opératoire (11) par une héparine de bas poids moléculaire (enoxaparine par exemple), le fondaparinux ou par les anticoagulants oraux directs (apixaban par exemple).

Les complications immédiates (48 à 72h) sont les saignements, l'hématome, l'infection, la thrombose et l'embolie, les lésions neurologiques et la luxation. Les complications précoces (moins d'un mois) sont les luxations, les fractures péri-prothétiques, la thrombose et l'embolie, l'infection et le descellement prothétique (12).

1.2 Contexte

Chaque année, le nombre d'implantations de prothèse totale de hanche augmente. En 2015, environ 150 000 PTH ont été posées en France. Environ 135 000 étaient de première intention, sur coxarthrose primitive essentiellement, 15 000 étaient des reprises chirurgicales. La prévalence des PTH est de 226 pour 100 000 habitants en France, comme dans les autres pays de l'Europe (4). Une augmentation est encore à attendre dans les prochaines décennies du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies telles que l'arthrose ou les fractures du col fémoral. De plus, les personnes du 3ème âge veulent, de nos jours, avoir une bonne qualité de vie pour rester actif.

La tendance actuelle est à la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS), qui est passée d'une quinzaine de jours dans les années 2000 à 2 à 5 jours actuellement. Et depuis deux ans, les implantations de PTH en ambulatoire se multiplient. Et ce pour plusieurs raisons :

- D'une part, l'hospitalisation prolongée augmente le risque de complication. En effet, il convient à tout prix d'éviter la survenue d'infections nosocomiales dont le nombre augmente avec la durée du séjour, selon différentes études (13). Il convient également de lutter contre l'hospitalisme, principe selon lequel, lors des premiers jours post-opératoires, les patients souhaitent un retour à domicile prompt mais qui, passé un délai de 7 à 8 jours, s'accoutument au confort hospitalier et appréhendent la sortie.
- D'autre part, dans un contexte de difficultés économiques, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Sécurité Sociale ont restreint l'entrée dans les centres de rééducation après implantation de PTH. Cette décision a été confortée par des études démontrant que la récupération fonctionnelle, dans les suites d'une implantation de PTH, après

rééducation en centre est identique à celle obtenue en ambulatoire (14)(15). Ainsi depuis fin 2011, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie soumet les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) à une mise sous accord préalable (MSAP) (16) pour certaines indications opératoires. Elle vise les prestations d'hospitalisation liées à des actes chirurgicaux qui ne nécessitent pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie (MK), de recourir à une hospitalisation, entre autre l'arthroplastie totale de hanche de première intention. Cela fait suite aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) parues en 2006 (17). Dans la décision d'orientation vers un centre de rééducation entrent en compte des critères médico-sociaux d'éligibilité : l'isolement social, un logement inaccessible, les pathologies associées, un score ASA (American society of Anesthesiologists) supérieur ou égal à 3 (Annexe N°1), des difficultés de compréhension du patient et les complications post-opératoires locales, régionales ou générales.

- Enfin, le passage à la tarification à l'acte des établissements de santé (T2A) tend lui aussi à réduire la DMS.

1.3 Problématique

En milieu hospitalier, ou MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), et en milieu SSR spécialisé (MPR) ou indifférencié, l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge le patient opéré comprend des médecins, des infirmiers, des masso-kinésithérapeutes diplômés d'état (MKDE), et bien souvent des ergothérapeutes, des éducateurs APAS (Activité Physique Adaptée et Santé), des podologues ainsi que des diététiciens et des assistants de service social qui travaillent en complémentarité avec un coordonnateur, le chirurgien en MCO ou le médecin rééducateur en MPR ou SSR. En ville, les cabinets de MKDE se raréfient ou sont surchargés, ainsi les séances de MK au domicile du patient sont de moins en moins fréquentes. Les ergothérapeutes sont quasiment absents du secteur ambulatoire alors qu'ils jouent un rôle majeur dans la prise en charge des porteurs de PTH. Les médecins généralistes (MG), quant à eux, sont surchargés par leur activité et ne peuvent bien souvent pas assurer de consultations à domicile supplémentaires. Seul l'infirmier se rend régulièrement au domicile du patient, le temps de la cicatrisation de la voie d'abord. La prise en charge pluridisciplinaire paraît donc incomplète et reste à organiser. Ainsi, lors du retour à domicile, la surveillance d'une éventuelle complication, l'éducation du patient ainsi que la rééducation sont primordiales dans le but d'obtenir une récupération fonctionnelle satisfaisante. Pour ce faire, il est essentiel que soit mise en place une prise en charge adaptée et coordonnée.

Cependant, les MG sont peu, voire non formés, à la prise en charge spécifique en post-opératoire après implantation de PTH. Pour ma part, lors de mon cursus, je n'ai reçu qu'une très brève formation sur les prothèses de hanche. Elle concernait surtout les critères d'indication de l'implantation mais en aucun cas la prise en charge post-opératoire (critères de récupération fonctionnelle, prophylaxie, …). D'autre part, au cours de mon dernier stage d'internat dans un service de MPR, j'ai pu constater que les prescriptions d'hospitalisation en centre de rééducation pour cette indication sont encore pratique courante, malgré les restrictions indiquées par la Sécurité Sociale. En effet, certains de mes patients auraient pu, selon les critères définis par la HAS, être pris en charge en ambulatoire dès la sortie du service de chirurgie orthopédique. De plus, lors de mes remplacements en médecine de ville, j'ai pu constater que les patients arrivaient le plus souvent en consultation sans compte-rendu d'hospitalisation et sans conduite à tenir précise. Ils avaient beaucoup de questions pratiques (« puis-je me baigner ? prendre l'avion ? reprendre le sport ? ») qu'ils n'ont pas osé ou eu l'occasion de poser pendant l'hospitalisation et auxquelles je ne savais pas, pour la plupart du temps, répondre avec certitude.

A l'issue de ces constatations, je me suis interrogée sur la façon dont ces patients, sortant de plus en plus précocement, sont pris en charge en médecine de ville par leur MG. Quelles sont leurs connaissances, leurs difficultés actuelles et leurs craintes vis-à-vis de la prise en charge en post-opératoire immédiat ?

1.4 Objectif

L'objectif de ce travail était d'analyser la prise en charge globale, par les MG picards, des patients en post-implantation de PTH, sortis directement au domicile sans passer par un service de SSR ou MPR. Il tentait également de mettre en évidence les difficultés de ces mêmes MG dans la prise en charge post-opératoire lors du retour à domicile afin de proposer des axes d'amélioration.

Mon hypothèse de départ était que les MG sont peu formés à la prise en charge post-opératoire des PTH et sont donc par conséquent peu avertis quant à l'éducation, au suivi, à la conduite à tenir en cas de complication spécifique et à l'évaluation de la récupération fonctionnelle. Que d'une part, les recommandations de bonne pratique, incomplètes ou imprécises et multiples, ne permettent pas une homogénéité des prises en charge, et que d'autre part, la coordination des soins (médecin traitant, infirmier, MKDE,…) semble difficile en médecine de ville par manque d'intervenants, difficultés d'accessibilité ou défaut de communication.

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 Bibliographie

La recherche bibliographique a été réalisée avec l'aide des bibliothécaires de la Bibliothèque Universitaire Santé d'Amiens ainsi que par mes recherches personnelles avec les moyens mis à disposition par la faculté d'Amiens, à savoir le catalogue SUDOC, le site de la HAS et ceux de la SOFMER (Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation) et de la SOFCOT (Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique).

2.2 Enquête

2.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'un étude quantitative, descriptive, réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé à un échantillon de MG exerçant en Picardie.

2.2.2 Population étudiée

L'échantillon a été sélectionné grâce à une méthode probabiliste (échantillon aléatoire) par tirage au sort par les soins de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (« URPS »)., qui dispose d'une liste exhaustive sous format Excel des 1470 médecins généralistes inscrits à l'Ordre des médecins en Picardie (451 femmes et 1019 hommes). Un échantillon représentatif de 500 médecins généralistes a été composé en fonction de l'âge, du sexe et du département d'exercice.

2.2.3 Questionnaire

2.2.3.1 Questions

Le questionnaire (Annexe N°2) comprenait 18 questions, de type ouvertes ou à choix multiples avec possibilité de répondre librement. Le temps de lecture et de réponse ne dépassait pas dix minutes.

Il était composé de cinq parties :

- La première partie étudiait, d'une part, les critères excluant, selon les MG, le retour à domicile, et d'autre part, la préparation préopératoire ainsi que la prise en charge post-opératoire en médecine de ville après la sortie du service de chirurgie.
- La deuxième partie du questionnaire était centrée sur la conduite tenue par les MG en cas de suspicion d'infection sur matériel de prothèse, complication post-opératoire spécifique la plus grave.
- La troisième partie portait sur la rééducation (critères définissant la récupération fonctionnelle, conduite à tenir en cas de non récupération, nombre de séances de kinésithérapie nécessaire).
- La quatrième partie du questionnaire s'intéressait au ressenti des MG quant à leur rôle en post-opératoire, ainsi qu'aux difficultés qu'ils rencontraient face à des sorties de plus en plus précoces des services de chirurgie et aux solutions qu'ils proposeraient afin d'améliorer la prise en charge de leur patient.
- La cinquième et dernière partie étudiait le profil des MG en terme de sexe, d'âge, de la formation reçue mais aussi en fonction de leur lieu et mode d'exercice.

2.2.3.2 Test du questionnaire

Le questionnaire a été testé par deux MG, exerçant dans une structure de MPR ainsi que par un médecin rééducateur.

2.2.3.3 Envoi du questionnaire

Une demande d'envoi du questionnaire à titre gracieux a été déposée auprès de l'URPS, et acceptée.

Les MG sélectionnés ont donc reçu par voie postale un questionnaire papier, réalisé à partir du logiciel Microsoft Word, ainsi qu'un courrier d'accompagnement (Annexe N°3) expliquant l'objet de mon travail de thèse et d'une enveloppe réponse pré-timbrée.

Il n'y a pas eu de relance.

Les questionnaires remplis ont été réceptionnés par l'URPS, par voie postale.

2.2.4 Analyse statistique

Les données reçues ont été intégrées manuellement dans le logiciel SPHINX Plus [2] mis à disposition sur place à l'URPS Hauts de France à Amiens. L'analyse statistique a été réalisée avec ce même logiciel.

Il a été nécessaire pour les questions ouvertes de travailler en étude de texte par encodage, selon une méthode d'étude qualitative.

3 RESULTATS

3.1 Taux de participation

Sur 500 questionnaires envoyés, 81 questionnaires ont été reçus. Aucun n'a été exclu.

Le taux de réponse était donc de 16,2%.

3.2 Description de la population cible

3.2.1 Le sexe

La population étudiée était composée de 35 femmes (43,2%) et de 46 hommes (56,8%).

3.2.2 L'âge

Tableau 1 : Description de l'âge de la population

	Nb	% cit.
Moins de 35 ans	12	14,8%
De 35 à 49 ans	19	23,5%
50 ans et plus	50	61,7%
Total	81	100%

Moyenne = 50,1 ; Ecart-type = 11,0

La tranche d'âge la plus représentée parmi l'échantillon étudié était celle des 50 ans et plus (61,7%).

3.2.3 Le lieu d'exercice

Les MG les plus représentés étaient ceux exerçant en cabinet rural (53 soit 65,4% versus 28 soit 34,6% pour ceux exerçant en cabinet de ville).

3.2.4 Le mode d'exercice

Tableau 2 : Description du mode d'exercice de la population

	nb	% cit.
Seul	34	42,0%
Cabinet de groupe	42	51,9%
Maison de santé pluridisciplinaire	5	6,1%
Total	81	100,0%

Les MG exerçant seuls (34 soit 42%) et en cabinet de groupe (42 soit 51,9%) constituaient la majeure partie de la population étudiée.

3.2.5 La formation

68 (84%) des MG ont déclaré ne pas avoir reçu de formation spécifique (formation médicale initiale, formation médicale continue (FMC), …) concernant la prise en charge post-opératoire des PTH, versus 13 (16%) MG déclarant en avoir reçu une.

Tableau 3 : Description du type de formation reçue

	Nb	**% obs.**
Formation médicale continue	9	53%
Formation médicale initiale	3	17,6%
Diplômes universitaires	3	17,6%
Travail en SSR	2	11,8%
Total	17	100%

Parmi ceux ayant reçu une formation (16%), 53% l'ont reçu par le biais de la formation médicale continue, 17,6% lors d'un diplôme universitaire (ostéopathie, médecine du sport, rééducation) et 17,6% par la formation médicale initiale.

3.3 Les critères d'exclusion du retour à domicile selon les médecins généralistes

Tableau 4 : Critères d'exclusion du retour à domicile selon les médecins généralistes

	Nb	% obs.
Absence d'accès au téléphone ou personne vivant seule	61	75,3%
Complications post-opératoires	59	72,8%
Maison à étage ou marches d'accès	56	69,1%
Difficultés démographiques de recours aux soins	55	67,9%
Age élevé (supérieur à 80 ans)	51	63%
Mauvaise compliance	45	55,6%
Comorbidités	41	50,6%
Difficultés de déplacement en pré-opératoire	27	33,3%
Déambulation post-opératoire avec aide technique	16	19,8%
Demande du patient même si non justifiée médicalement	15	18,5%
Indication de la PTH - Coxarthrose primitive ou secondaire - Fracture du col fémoral	11 2 9	13,6%
Sujet jeune sportif ou profession physique	5	6,2%

Les critères les plus fréquemment choisis par ordre décroissant étaient l'absence d'accès au téléphone ou personne vivant seule (61 ; 75,3%), les complications post-opératoires (59 ; 72,8%), la maison à étage ou avec marches d'accès (56 ; 69,1%), les difficultés démographiques de recours aux soins (55 ; 67,9%) et l'âge élevé (51 ; 63%).

3.4 Consultation de médecine générale post-opératoire

Tableau 5 : Consultation par le médecin généraliste en période post-opératoire

	Nb	% obs.
Immédiatement après la sortie	49	60,5%
En cas de survenue de complication	27	33,3%
A un mois pour faire le point sur la récupération fonctionnelle	22	27,2%
C'est au chirurgien d'assurer le suivi	10	12,3%
Total	81	

Selon les MG interrogés, les patients bénéficiaient pour majeure partie (60,5% des cas) d'une consultation de médecine générale immédiatement après la sortie ; 27 MG (33,3%) estimaient ne les revoir qu'en cas de complication.

3.5 Organisation en préopératoire

Tableau 6 : Organisation en préopératoire d'une pose de PTH

	Nb	% obs.
Séances de MK	33	40,7%
Aménagement du domicile	27	33,3%
Rien, c'est au chirurgien de le prévoir	27	33,3%
Education prophylactique	15	18,5%
Plan de soins et organisation post op des intervenants	1	1,2%
Admission dans un centre de rééducation	1	1,2%
Total	81	

40,7% (33) des MG interrogés ont déclaré prescrire des séances de MK en préopératoire d'une pose de PTH. 33,3% (27) des MG organisaient un aménagement du domicile. 33,3% (27) ont déclaré que cela relevait du rôle du chirurgien.

3.6 Prophylaxie en fonction de la voie d'abord

Tableau 7 : Précautions dispensées par le MG

	nb	% cit.
Oui	48	59,3%
Non	30	37%
Non réponse	3	3,7%
Total	81	100%

48 (59,3%) des MG interrogés déclaraient donner des précautions particulières au patient en post implantation de PTH par voie postéro-externe. Mais 28 des 48 MG ayant répondu positivement n'ont pas répondu au contenu des précautions dispensées.

Tableau 8 : Contenu des précautions dispensées

	Nb	% obs.
Non réponse	61	75,3%
Prophylaxie de la luxation (non détaillée)	9	11,1%
C'est au chirurgien de donner la prophylaxie	4	4,9%
Mouvements contre-indiqués : hyperflexion / rotation interne / adduction	3	3,7%
Ne sait pas	3	3,7%
Rotation externe et abduction	1	1,2%
Total	81	100%

Parmi les 20 MG ayant répondu, 3 (3,7%) ont cité les mouvements contre-indiqués adéquats.

3.7 Conduite tenue en cas de logement inadapté

Tableau 9 : Conduite tenue par les médecins généralistes en cas de logement inadapté

	Nb	% obs.
Patient adressé en SSR	50	61,7%
Demande de visite à domicile par le kiné pour mise en situation	30	37%
Prescription de matériel adapté	24	29,6%
Rôle du chirurgien	3	3,7%
Hospitalisation à domicile	1	1,2%
Réseau mobile gériatrique de secteur	1	1,2%
« Je râle, je peste et je suis démuni »	1	1,2%
Total	81	

61,7% (50) des répondants déclaraient adresser leurs patients en centre de rééducation si le logement n'était pas adapté. 37% (30) demandaient une visite à domicile par le MKDE. 29,6% (24) prescrivaient du matériel technique.

Tableau 10 : Type de matériel prescrit au domicile

		Nb	% obs.
Adaptation de l'environnement	**Lit médicalisé**	12	14,8%
	Chaise percée	6	7,4%
	Rehausseur WC	4	4,9%
	Rampe WC / escaliers	2	2,5%
	Aménagement rez-de-chaussée	1	1,2%
	Suppression des tapis	1	1,2%
Locomotion	**Déambulateur**	7	8,6%
	Canne simple	2	2,5%
	Fauteuil roulant	1	1,2%

Le lit médicalisé était le matériel le plus souvent prescrit (14,8% ; 12).

3.8 La récupération fonctionnelle

Tableau 11 : Critères de récupération fonctionnelle

	Nb	% obs.
Absence de douleur	28	34,6%
Marche sans aide technique	25	30,9%
Récupération de l'autonomie antérieure	20	24,7%
Reprise de la marche	18	22,2%
Périmètre de marche illimité	12	14,8%
Récupération des amplitudes articulaires de hanche normales	10	12,3%
Ne sait pas	7	8,6%
Monte et descend les escaliers	6	7,4%
Absence de gêne fonctionnelle	5	6,2%
Récupération de la force musculaire	4	4,9%
Non réponse	3	3,7%
Total	81	

34,6% (28) des MG estimaient que l'absence de douleur était un critère de récupération fonctionnelle, suivi par la reprise de la marche sans aide technique (30,9% ; 25).

Tableau 12 : Conduite adoptée en cas de non récupération

	Nb	% obs.
Consultation avec le chirurgien	63	77,8%
Majoration des séances de MK	41	50,6%
Eliminer une luxation par une radiographie standard	38	46,9%
Adresser le patient en SSR	2	2,5%
Total	81	

En cas de non récupération, 77,8% (63) des MG adressaient leur patient en consultation avec le chirurgien. 50,6% (41) majoraient les séances de MK et 46,9% (38) proposaient une radiographie standard pour éliminer une luxation.

3.9 Conduite adoptée devant une suspicion d'infection sur matériel de prothèse

3.9.1 Conduite diagnostique

Tableau 13 : Conduite adoptée devant un suspicion d'infection sur matériel de prothèse.

	Nb	% obs.
Téléphone au chirurgien	62	76,5%
Hospitalisation d'emblée	41	50,6%
CRP	33	40,7%
Prélèvement superficiel	20	24,7%
VS	13	16%
PCT	7	8,6%
Echographie	6	7,4%
Scanner	5	6,2%
Total	81	

76,5% (62) des MG déclaraient demander un avis téléphonique auprès du chirurgien en cas de suspicion d'infection, 50,6% (41) d'entre eux hospitalisaient d'emblée le patient. 40,7% (33) faisaient doser la protéine C-réactive (CRP) en première intention et 24,7% (20) réalisaient un prélèvement superficiel.

3.9.2 Prescription d'une antibiothérapie

63% (51) des MG déclaraient ne pas prescrire d'antibiothérapie et 37% (30) en prescrivaient, en cas de suspicion d'infection sur matériel de prothèse.

3.9.3 Critères pour une antibiothérapie

Tableau 14 : Critères retenus pour l'instauration d'une antibiothérapie

	Nb	% obs.
Ecoulement purulent	20	66,7%
Prélèvement local positif	20	66,7%
Hyperthermie	17	56,7%
Syndrome inflammatoire biologique	13	43,3%
Syndrome inflammatoire local	11	36,6%
Prophylaxie	0	0%
Total	30	

Parmi les 30 MG ayant prescrit une antibiothérapie, les critères majoritairement retenus pour l'instauration étaient la présence d'un écoulement purulent (66,7% des MG) et un prélèvement local positif (66,7% des MG).

Aucun MG ne déclarait initier une antibiothérapie comme prophylaxie.

3.9.4 Choix de l'antibiothérapie

Tableau 15 : Choix de l'antibiothérapie prescrite devant une infection sur matériel de prothèse

	Nb	% obs.
Amox/ac.clavulanique	7	36,8%
Quinolones	4	21,1%
Pristinamycine	3	15,8%
Selon l'antibiogramme	3	15,8%
Amoxicilline	2	10,5%
Bi-antibiothérapie	0	0%
Total	19	100%

Parmi les 19 MG ayant proposé un schéma antibiotique, 7 déclaraient prescrire de l'amoxicilline/acide clavulanique (Augmentin®), 4 des quinolones, 3 réfléchissaient en fonction de l'antibiogramme. Aucun ne déclarait prescrire de bi-antibiothérapie.

3.10 Réhospitalisation précoce

92,6% (75) des MG affirmaient ne pas avoir eu à réhospitaliser dans les 24h suivant la sortie du service de chirurgie un patient en post-opératoire (versus 7,4% ; 6).

Tableau 16 : Motif de réhospitalisation précoce

	Nb	% obs.
Chute avec luxation / fracture	3	50%
Hyperalgie	2	33.3%
Altération de l'état général	1	16,7%
Total	6	100%

Parmi les 7,4% (6) MG ayant eu des réhospitalisations précoces, 3 patients avaient été réhospitalisés dans les suites d'une chute avec luxation ou fracture, 2 pour hyperalgie et 1 pour altération de l'état général.

3.11 Séances de masso-kinésithérapie

Tableau 17 : Dépassement du seuil de 15 séances de MK dans les suites d'une pose de PTH

	Nb	% cit.
Oui	44	54,3%
Non	33	40,7%
Non réponse	4	4,9%
Total	81	100%

54,3% (44) des MG indiquaient que le seuil de 15 séances de MK dans la rééducation post-implantation d'une PTH était franchi.

Tableau 18 : Nombre de séances de masso-kinésithérapie nécessaires

	Nb	% obs.
Non réponse	49	60,5%
20 à 30	22	27,2%
Patient-dépendant	10	12,3%
Total	81	100%

27,2% (22) des MG disaient prescrire en général de 20 à 30 séances de MK.

12,3% (10) concluaient que c'était patient-dépendant.

3.12 Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge post-opératoire des prothèses totales de hanche.

Tableau 19 : Rôle du MG dans la prise en charge post-opératoire des PTH

	Nb	% obs.
Dépistage précoce des complications	34	42%
Surveillance de la récupération fonctionnelle	24	29,6%
Pas de rôle spécifique / second rôle	16	19,8%
Coordination (dialogue avec le chirurgien / intervenants)	15	18,5%
Premier recours	9	11,1%
Education des patients	9	11,1%
Prise en charge de la douleur	9	11,1%
Administratif	7	8,6%
Aménagement de l'environnement	7	8,6%
Prévention des luxations	2	2,5%
Total	81	

42% (34) des MG interrogés assuraient avoir un rôle dans le dépistage précoce des complications et 29,6% (24) dans la surveillance de la récupération fonctionnelle.

19,8% (16) pensaient n'avoir qu'un second rôle voire aucun rôle dans cette prise en charge spécifique.

Une minorité de MG déclarait jouer un rôle dans l'aménagement de l'environnement et dans la prévention des luxations (respectivement 8,6% et 2,5%).

3.13 Difficultés devant des retours à domicile de plus en plus précoces

Tableau 20 : MG pensant rencontrer des difficultés supplémentaires avec les sorties de plus en plus précoces des services de chirurgie

	Nb	% obs.
Oui	40	49,4%
Non	38	46,9%
Non réponse	3	3,7%
Total	81	100%

49,4% (40) des MG interrogés pensaient rencontrer des difficultés supplémentaires avec les sorties de plus en plus précoces des services de chirurgie.

Tableau 21 : Difficultés rencontrées avec les sorties précoces

	Nb	% obs.
Non réponse	46	56,8%
Majoration des complications post-op à gérer	13	16%
Défaut de transmissions / coordination hôpital/ville	12	14,8%
Démographie médicale et paramédicale déficitaire	9	11,1%
Charge de travail supplémentaire	8	9,9%
Restriction de l'entrée en SSR du fait de la sévérité des critères d'admission	6	7,4%
Isolement des personnes âgées	6	7,4%
Oublis de prescriptions à la sortie	5	6,2%
Total	81	

16% (13) d'entre eux pensaient avoir plus de complications post-opératoires précoces à gérer, 9,9% (8) constataient la charge de travail supplémentaire.

14,8% (12) rapportaient le problème lié au manque de coordination hôpital/ville et le défaut de transmissions.

3.14 Amélioration des pratiques

Tableau 22 : Amélioration des pratiques dans la prise en charge des PTH vue par les MG

	Nb	% obs.
Faciliter les séjours en SSR	46	56,8%
Dialogue avec le chirurgien (courrier détaillé, conduite à tenir, recommandations)	41	50,6%
Préparation préopératoire	38	46,9%
Diversification des intervenants en ville	31	38,3%
Formation spécifique	26	32,1%
Recommandations de la HAS	16	19,8%
Revalorisation de la rémunération à l'acte	2	2,5%
Mieux définir les critères de retour à domicile	1	1,2%
Non réponse	1	1,2%
Total	81	

56,8% (46) des MG interrogés aimeraient que les séjours en SSR soient facilités.

50,6% (41) souhaiteraient un dialogue plus facile avec les chirurgiens orthopédistes (courrier détaillé, une conduite à tenir claire, des recommandations).

19,8% (16) réclamaient des recommandations de la HAS plus précises.

4 DISCUSSION

4.1 Discussion de la méthodologie

4.1.1 Forces de l'étude

La première qualité de ce travail résidait dans l'originalité du thème évoqué qui mettait en avant un motif de consultation allant devenir de plus en plus fréquent en médecine de ville. La seconde résidait dans la nature du sujet interrogé : le MG qui est au centre de cette prise en charge mais dont l'avis est souvent négligé.

Grâce à la méthodologie utilisée par l'URPS pour le tirage au sort parmi la liste des MG libéraux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins en Picardie, l'échantillon était représentatif de la population étudiée.

Concernant le choix d'envoi du questionnaire, c'était, selon l'URPS, la méthode qui permettrait un meilleur retour quand la cible est l'ensemble des MG actifs (25 à 70 ans). Un formulaire internet aurait engendré un biais de sélection pour certains médecins qui maitrisent mal l'informatique ou s'en désintéressent. Enfin, afin d'inciter les MG à répondre, était adjointe au questionnaire une lettre d'accompagnement avec une introduction du sujet et l'objectif de travail. Le temps de réponse à l'ensemble du questionnaire avait également été estimé à moins de 10 minutes, ce qui semblait raisonnable pour inciter le répondeur à participer.

Il a été retiré du questionnaire des questions formulées de telle façon qu'elles auraient pu mettre mal à l'aise le lecteur en lui laissant penser qu'il était évalué sur ses réponses et donc remettant en cause sa pratique.

Nous avons choisi d'intégrer quelques questions ouvertes pour ne pas influencer le choix du MG par des propositions et obtenir des réponses que nous avons ensuite classées par fréquence de citation.

L'anonymat des MG a été conservé.

4.1.2 Faiblesses de l'étude

La grande faiblesse de ce travail résidait dans le faible taux de participation : 16,2%. Rapportés au nombre de MG recensés en Picardie (1470 selon l'URPS), les MG répondeurs représentaient 5,5% des MG picards, faisant douter de la fiabilité des résultats exposés.

Cela pourrait s'expliquer par :

- Le manque de temps des MG qui reçoivent beaucoup de nos questionnaires de thèse
- Le désintérêt du sujet évoqué par les MG qui auraient considéré que cette prise en charge incombait aux chirurgiens orthopédistes
- Les recommandations de bonne pratique peu claires et mal diffusées n'incitant pas le MG à s'impliquer
- Le défaut de concertation des MG concernant la détermination des critères excluant ce retour à domicile
- Le sentiment que la décision d'adresser les patients au domicile directement après le service de chirurgie a été prise sans les consulter, eux qui connaissent le milieu de vie du patient.

Un biais de sélection peut donc être évoqué par la sélection des MG intéressés par le propos et qui, par conséquent, se seraient plus tenus à jour des recommandations de bonne pratique.

D'autre part, il existe, du fait de la méthode, un biais de mémorisation, la demande ayant été faite aux MG de se souvenir des cas de patients sans en étudier précisément le dossier.

Enfin, les questions ouvertes ont pu décourager certains répondeurs potentiels car cela nécessitait de donner son avis et de réfléchir aux solutions à apporter.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Les critères d'exclusion d'un retour à domicile immédiat

Il y avait une concordance entre nos résultats et les données de la littérature concernant les critères d'exclusion du retour à domicile, c'est à dire en passant d'abord par un centre de rééducation (MPR ou SSR) au sortir du service de chirurgie. En effet, les critères avancés par les MG interrogés, quant à l'exclusion du retour à domicile, étaient similaires à ceux définis par la HAS. Ainsi l'isolement social (17) (item « absence d'accès au téléphone ou personne vivant seule » de mon questionnaire), les complications post-opératoires, les comorbidités et le logement inadapté (item « maison à étage ou marches d'accès ») étaient majoritairement cités. Néanmoins, ces critères HAS sont contestés, selon Lefevre-Colau et al.(18), du fait de l'absence d'analyse systématique de la littérature, d'un panel d'experts non représentatif ainsi que du manque de précision de ces critères.

Selon l'analyse de la littérature de Barrois et al.(14), la prise en charge rééducative en structure MPR après implantation de PTH était recommandée pour les patients ayant des capacités fonctionnelles préopératoires altérées associées à des comorbidités ainsi que ceux ayant présenté des complications post opératoires immédiates. Les structures de SSR non spécialisées pouvaient être recommandées en cas d'isolement social ou de dépendance. Dans l'étude des pratiques professionnelles de Barrois et al.(14), 33% des chirurgiens orthopédistes transféraient leurs patients en MPR contre plus de 60% des médecins MPR. Les 77% de chirurgiens orthopédistes restant transféraient leurs patients au domicile dans 64% des cas et en SSR indifférencié dans 34% des cas.

Selon l'analyse de la littérature de Lefevre-Colau et al.(18), les critères devant être pris en compte pour l'orientation étaient :

- *Les critères démographiques* : toutes les études sélectionnées montraient que l'âge élevé (sans préciser de borne limite) était un critère prédictif associé à un transfert en SSR après implantation de PTH. Dans mon étude, il était reconnu comme tel critère par 63% des MG, ce qui concordait avec les données de la littérature.
- *Les critères psycho-sociaux et environnementaux* : toutes les études montraient que l'isolement social était un facteur associé à un transfert en SSR. Dans mon étude, 75,3% des MG définissaient « l'absence d'accès au téléphone ou toute personne vivant seule » comme critère excluant le retour à domicile. Ces mêmes

études montraient que les médecins rééducateurs et les chirurgiens orthopédistes indiquaient que le critère de « choix du patient » apparaissait comme critère portant le plus de poids dans la décision finale ainsi que le rôle de l'entourage. Ainsi, selon l'analyse des pratiques professionnelles de Lefevre-Colau et al.(18), 58% des MPR recrutaient les patients en SSR sur des critères médico-psychologiques contre 36% des chirurgiens orthopédistes. 33% des chirurgiens orthopédistes adressaient leur patient en SSR sur le critère de « choix du patient » ou demande de la famille contre seulement 5% des médecins MPR. Alors que dans mon étude portant sur les MG, 18,5% accédaient à un transfert en SSR sur « simple demande du patient même si non justifiée médicalement », traduisant une sensibilité à respecter les recommandations de l'HAS, référentiel majoritairement utilisé par les MG.

- *Les critères cliniques et fonctionnels* : le périmètre de marche diminué et/ou l'utilisation d'aides techniques évaluées en préopératoire constituaient un critère prédictif significatif de transfert en SSR, retrouvé à 33,3% dans mon étude. L'incapacité à se déplacer seul ou avec des aides techniques et sans aide humaine en post-opératoire immédiat est un facteur prédictif de transfert en SSR, évoqué par 19,8% des MG interrogés, laissant suggérer que les MG accepteraient un retour à domicile de patients peu valides.
- *Les comorbidités* : les études sont contradictoires concernant le rôle des comorbidités médicales comme critère d'orientation des patients en SSR, cependant un score ASA élevé semblait être un facteur prédictif d'un transfert en milieu rééducatif.

A noter, qu'aucune étude n'a évalué l'impact de l'orientation des patients en fonction de ces recommandations sur l'efficacité de la rééducation.

Ces critères sont repris dans le rapport des recommandations de la SOFCOT, de la SOFMER et de la SFR (Société Française de Rhumatologie) de 2007 (19).

Pour permettre d'identifier en amont les patients pouvant bénéficier sereinement d'un retour à domicile en post-opératoire immédiat, Oldmeadow et al. (20) ont élaboré et validé un indice, le RAPT (Risk Assessment and Predictor Tool) (Annexe N°4), reprenant les critères prédictifs discutés ci-dessus. Il est repris dans l'étude de Coudeyre et al. (21) comme un outil validé d'aide à la décision d'orientation vers un centre de rééducation en post-implantation de PTH.

Pour finir, il est important de notifier que la littérature ne fait pas mention des difficultés démographiques de recours aux soins comme critère excluant le retour à domicile, alors qu'il

est mis en exergue par 67,9% des MG interrogés dans mon étude. Ceci est probablement dû au fait que les médecins interrogés dans les diverses études sont des chirurgiens orthopédistes ou des médecins rééducateurs qui ont pu méconnaitre certaines difficultés de terrain inhérentes à la médecine de ville.

4.2.2 Prescription de rééducation en préopératoire

Selon les recommandations de la SOFCOT, de la SOFMER et de la SFR de 2007 (19), la rééducation préopératoire conditionne la récupération fonctionnelle post-opératoire et facilite la rééducation à domicile. Ainsi, elle doit comporter au minimum de la MK associée à de l'éducation avant arthroplastie totale de hanche. De l'ergothérapie comportant une visite à domicile peut également être proposée.

En effet, selon l'analyse de la littérature de Coudeyre et al.(22), l'association de séances de MK et d'éducation préopératoire ont permis une amélioration significative de la fonction post-opératoire. Alors que la MK seule n'a pas démontré d'intérêt. Quant aux séances d'ergothérapie, elles n'ont pas montré d'amélioration de la fonction post-opératoire mais ont permis une diminution de la durée de séjour et donc des coûts. Enfin, il a été mis en évidence que les séances de MK préopératoires associées à des séances post-opératoires ont permis de diminuer l'incapacité fonctionnelle post-opératoire.

Or, selon l'analyse des pratiques professionnelles de Coudeyre et al.(22), 60% des médecins MPR prescrivaient de la MK préopératoire alors que seulement 5% des chirurgiens orthopédistes le faisaient. Dans mon étude, 40,7% des MG déclaraient en prescrire. Ces différences s'expliquaient sûrement par le fait que les objectifs de chacun étaient différents. Les médecins MPR visaient la fonctionnalité (force musculaire, amplitudes articulaires, la réadaptation à l'effort), alors que les chirurgiens visaient l'antalgie et la reprise de la marche. Les MG, eux, ne sont probablement pas au fait qu'il est recommandé d'en prescrire, et 33,3% d'entre eux estimaient que ce n'était pas leur rôle mais celui du chirurgien de le faire.

De plus, les médecins MPR et les chirurgiens orthopédistes donnaient des informations sur l'éducation dans 70% des cas, alors que les MG interrogés ne le faisaient que dans 18,5% des cas. Ceci soulève encore une fois la question de la formation, du temps (des MG et des MKDE) et des moyens (absence d'ergothérapeute en ville) dont les MG disposaient.

D'autre part, selon une analyse de la littérature de Dauty et al.(23), il n'a pas été démontré d'intérêt d'un reconditionnement à l'effort en préopératoire.

4.2.3 Prophylaxie selon la voie d'abord chirurgicale

Il me semble que la formulation de ma question a été mal comprise et ne permettait donc pas une réponse optimale.

Néanmoins, il apparaît évident que les MG ne différenciaient pas la prophylaxie en fonction des voies d'abord. En effet, 50 des MG interrogés, soit 62,5%, ne parlaient même pas de prophylaxie de luxation en cas de voie postérieure et certains MG déclaraient honnêtement qu'ils n'en savaient rien… Doit-on en conclure que le nombre de non-répondants (50 MG) correspond aux MG ne connaissant pas l'existence des conseils prophylactiques à dispenser ?

Seuls trois MG (3,7%) ont répondu correctement (contre-indication de la rotation interne, de l'hyperflexion et de l'adduction). Ils faisaient partie des MG ayant reçu une formation rééducative. Les MG ne semblaient donc pas sensibilisés à ces précautions et, par conséquent, ne devaient pas les dispenser à leur patient. Il me paraît important que ces règles soient enseignées et connues des MG. En effet, une étude américaine (24) a démontré que 24% des patients n'ont pas compris les consignes prodiguées par le service lors de la sortie de l'hôpital. D'où la nécessité de réitérer celles-ci lors du retour à domicile.

4.2.4 Logement inadapté

En cas de logement inadapté, 61,7% des MG auraient eu recours à un transfert en centre de rééducation, ce qui montrait bien le désarroi de ces praticiens lorsqu'ils se retrouvaient face à des patients qui ne pouvaient se mouvoir correctement, en sécurité, et être autonomes rapidement dans les activités de la vie quotidienne. Il paraît important que des visites à domicile soient réalisées en amont pour les patients susceptibles de retourner au domicile. Mais il est vrai que l'on ne peut pas toujours présager de la récupération fonctionnelle.

Le matériel prescrit par les MG n'était pas, en majorité, celui attendu dans les suites d'une implantation de PTH. En effet, seuls 4,9% des MG prescrivaient un rehausseur de toilette et aucun ne mentionnait le coussin d'abduction pour aider à la sortie du lit, en cas de voie d'abord postéro-externe. Néanmoins, ils aménageaient le domicile pour permettre une certaine autonomie (lit médicalisé, rampes d'escaliers, …).

Il aurait été intéressant d'élargir la question au recours à un assistant de service social. Dans la littérature (22), les médecins MPR y ont plus recours, comparativement aux chirurgiens orthopédistes. Mais il est presque certain que les MG n'y recourent pas de façon importante du fait de la difficulté d'obtenir un rendez-vous dans certaines zones démographiques, notamment rurales, et du délai d'attente avant la consultation et la mise en place des moyens.

A noter qu'un MG a mentionné le recours au service d'Hospitalisation à domicile (HAD), mais celui-ci requiert une polypathologie ou des complications importantes nécessitant des soins pour l'éligibilité.

4.2.5 Séances de masso-kinésithérapie

Selon une analyse de la littérature de Genêt et al.(25), les principaux paramètres améliorés par des séances de MK après implantation de PTH seraient la force musculaire et la fonction articulaire, d'où leur recommandation de prescription des séances de MK au retour à domicile.

Selon une analyse de la littérature de Dauty et al.(23), il a été mis en évidence que le reconditionnement à l'effort post-opératoire améliore les capacités fonctionnelles.

Selon un rapport de la SOFMER, de la SFR et de la SOFCOT de 2007 (19), il est recommandé de prescrire une série de séances de MK après l'arthroplastie totale de hanche quand le patient peut rentrer directement à domicile à la sortie du service de chirurgie.

Dans aucun de ces rapports le nombre de séances constituant une « série de séances » de MK n'est précisé.

Dans un rapport de la HAS d'avril 2009 après analyse de la littérature (26), le seuil au-delà duquel une entente préalable est nécessaire est fixé à 15 séances de MK en ville après la sortie directe du service de chirurgie, pour les patients de moins de 80 ans.

La SOFMER en association avec la FEDMER (Fédération Française de Médecine Physique et de Réadaptation) ont élaboré un parcours de soins en MPR (27) pour le patient après implantation de PTH. Pendant la phase aiguë (0 à 6 semaines selon la voie d'abord), le patient nécessite, en ambulatoire, un bilan et des soins de MK trois fois par semaine. A la phase 2 (de la 7ème à la 9ème semaine post-opératoire), il nécessite 2 à 3 séances de MK par semaine et un bilan MK de fin de prise en charge. Donc de l'ordre de 24 à 30 séances au total, ce que confirmait mon travail. En effet, 54,3% des MG interrogés avouaient que le seuil fixé à 15 séances était souvent dépassé. Pour 27,2% d'entre eux, il serait plus réaliste de le porter entre 20 et 30.

Ces séances doivent-elle être réalisées au cabinet du MKDE ou au domicile du patient ? Aucune étude ne permettait de répondre à cette question. Cependant, les visites à domicile préopératoires n'étant pas souvent réalisées, il peut sembler pertinent que le MKDE se déplace au moins une fois au domicile pour se rendre compte du milieu écologique, afin d'adapter son programme.

4.2.6 La récupération fonctionnelle

Selon le parcours de soins défini par la SOFMER et la FEDMER (27), les objectifs de la rééducation à la phase aiguë sont de :

- Dépister et traiter les complications médicales
- Lutter contre la douleur
- Lutter contre la raideur
- Favoriser la récupération de la mobilité, du renforcement musculaire, la reprise de la marche et l'amélioration du schéma de marche avec aides techniques et la pratique des escaliers
- Mettre en œuvre, dans les activités de la vie quotidienne, la protection articulaire pour la prévention de la luxation de hanche.

L'objectif est d'obtenir en fin de rééducation :

- Une hanche indolore, mobile, stable, ayant une force permettant un appui monopodal sur support stable
- Une reprise adaptée des activités de loisirs (marche sans fatigue, vélo, nage, golf, …)
- La reprise du travail si les conditions professionnelles le permettent.

Dans mon étude, les MG semblaient peu informés de ces critères pour identifier les patients ayant une bonne réponse à la rééducation, puisque seulement 34,6% d'entre eux répondaient l'indolence, 30,9% la marche sans aide technique, 22,2% la reprise de la marche, 24,7% parlaient de la récupération de l'autonomie antérieure.

J'ai décidé de différencier ceux qui avaient répondu « reprise de la marche » de ceux qui répondaient « marche sans aide technique ». En effet, dans le premier cas on se contente d'accepter que le patient ait repris la marche même s'il lui reste un petit handicap compensé par une aide technique. Dans l'autre cas, le patient est revenu à son état antérieur, et même meilleur s'il avait une aide technique avant son intervention. La littérature fait mention, pour évaluer la récupération fonctionnelle, de la reprise de la marche, du schéma, de la vitesse et de la cadence de la marche mais ne mentionne pas la présence ou non d'aide technique (25). Mais parmi les scores validés et référencés par la COFEMER (Collège Français des Enseignants Universitaires de MPR), le score de Merle d'Aubigné-Postel (Annexe N°5) en fait bien la distinction.

Les critères évoqués par les MG étaient plutôt sur l'aspect général et peu sur l'aspect fonctionnel pur : seuls 4,9 % des MG regardaient la récupération de la force musculaire et seuls 12,3% s'attardaient sur la récupération des amplitudes articulaires.

Il convient de dire que 8,6% (7) des MG ont déclaré qu'ils ne connaissaient pas les critères de récupération fonctionnelle, soulevant ainsi à nouveau le problème de la formation des MG.

A noter que c'était une question ouverte et que les MG n'ont pas été influencés par des propositions de réponses à choix multiples, permettant donc d'éviter un biais d'interprétation.

Nous pourrions suggérer aux MG de se servir de scores validés (28) (29) tels que le score de qualité de vie de WOMAC (auto-évaluation) (Annexe N°6) et le score de Merle d'Aubigné-Postel (hétéro-évaluation) pour dépister un défaut de récupération fonctionnelle.

En cas de constatation de retard de récupération, les MG se tournaient majoritairement vers le chirurgien orthopédiste (77,8%). Il n'existe pas de recommandation claire sur la conduite à tenir dans ce cas en médecine de ville. Faut-il faire une radiographie en externe avant de ré adresser le patient au chirurgien ? 46,9% des MG faisaient une radiographie standard pour éliminer une sub-luxation ou une luxation. Dans la littérature, il est fait mention d'une radiographie de bassin de face debout comme examen diagnostique (30).

Dans le cas de non récupération optimale, seuls 2,5% des MG se tournaient vers un centre de rééducation.

4.2.7 La suspicion d'infection sur matériel de prothèse

La surveillance des infections sur site opératoire constitue une priorité nationale en terme de lutte contre les infections nosocomiales. L'incidence des infections sur PTH est de 0,9%, selon les données de surveillance du système RAISIN (Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales)(31).

Selon les recommandations de la HAS de Mars 2014 (32) concernant la prise en charge de l'infection dans le mois suivant l'implantation de PTH, l'urgence est diagnostique et thérapeutique (Annexe N°7). La surveillance est donc capitale et pluridisciplinaire (MG, infirmiers, MKDE, chirurgien).

Les signes pathognomoniques d'une infection sont l'écoulement purulent, l'abcédation et la fistulisation et doivent conduire à l'hospitalisation d'emblée.

Les signes devant faire évoquer une infection sont l'incident cicatriciel, la réapparition ou l'aggravation de la douleur locale post-opératoire, la dégradation de la récupération fonctionnelle et la survenue de signes généraux (fièvre / frissons).

Il est recommandé de doser la CRP (réalisée par 40,7% des MG dans mon étude). Par contre, il n'est pas recommandé de doser la vitesse de sédimentation (VS) ni la procalcitonine (PCT), respectivement 16% et 8,6% des MG dans mon étude.

Il est recommandé de ne pas réaliser d'imagerie, ce qui paraît être connu des MG qui ne réalisaient que pour 6,2% d'entre eux une tomodensitométrie, et 7,4% une échographie.

Il est recommandé de ne jamais faire de prélèvement superficiel. Or 24,7% des MG interrogés en réalisaient pour faire le diagnostic positif de l'infection. Cela soulève la question de la diffusion de cette recommandation auprès des MG : n'est-elle restée qu'au sein de l'hôpital ? Dans mon étude, 37% des MG auraient prescrit des antibiotiques dont 24,7% d'entre eux sur un prélèvement local positif, alors que, selon l'HAS, en aucun cas le prélèvement superficiel ne doit conduire à un diagnostic positif d'infection et donc à une quelconque antibiothérapie, et qu'il conviendra, s'il a été réalisé, de ne pas tenir compte du résultat.

D'autre part, 76,5% des MG déclaraient appeler le chirurgien pour un avis et 50,6% d'entre eux hospitalisaient leur patient d'emblée, ce qui est en accord avec les recommandations. En effet, la recommandation actuelle est de réaliser en milieu chirurgical (asepsie rigoureuse) des prélèvements profonds (intra-articulaires). En cas d'infection confirmée, la prise en charge est médico-chirurgicale. La prescription de l'antibiothérapie repose sur l'antibiogramme et est du ressort de l'infectiologue avec parfois un avis nécessaire (selon une liste de germes définis) auprès du Centre de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes (CRIOA). Elle n'est en aucun cas de la compétence du MG.

Pour mémoire, l'antibiothérapie initiale est toujours intra-veineuse, avec un relais per os. La durée moyenne varie de 6 semaines à 3 mois selon le germe.

4.2.8 Réhospitalisation précoce

Il apparaît dans mon étude que 7,4% des MG ont eu besoin de recourir à une réhospitalisation précoce après implantation de PTH. Les motifs donnés sont classiques et attendus : chutes avec luxation ou fracture, hyperalgie.

Il ne m'a pas été possible de trouver dans la littérature un taux de réhospitalisation précoce après implantation de PTH.

4.2.9 La formation

84% des MG interrogés dans mon étude déclaraient ne pas avoir eu de formation spécifique au cours de leur cursus universitaire ou lors de leur carrière.

Actuellement, lors de la formation médicale initiale des MG, l'étude de la prothèse de hanche est introduite par le biais de l'item 239 « Fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez l'adulte » dans la spécialité Orthopédie-Traumatologie (33). Elle fait donc partie du tronc commun dispensé à tous les étudiants du deuxième cycle des études médicales. Le contenu de cet item est axé sur le diagnostic positif de fracture, la classification des fractures et les indications de traitement (conservateur, non conservateur). Les complications post-implantation de PTH et la prophylaxie ne représentent que quelques lignes succinctes du chapitre.

Les stages de chirurgie orthopédique sont ouverts aux externes qui peuvent y compléter leur formation, mais fermés aux étudiants du troisième cycle des études médicales en Diplôme d'Etudes Supérieures de médecine générale (internes). Par contre, les stages en SSR ou en MPR sont accessibles et peuvent donc permettre aux étudiants de se familiariser avec la prise en charge post-implantation de PTH, en sachant que ce seront forcément des cas plus compliqués que ceux vus en ville.

Pour se former à cette prise en charge spécifique, la majeure partie des MG répondants ont déclaré avoir eu recours à la formation médicale continue (FMC), incluant les enseignements post-universitaires (EPU) et les revues médicales. Il est cependant important de notifier que le nombre de MG ayant déclaré avoir reçu une formation spécifique à cette prise en charge, quelle qu'en soit la source, était faible (16%).

4.2.10 Rôle du médecin généraliste, difficultés rencontrées et amélioration des pratiques

Les 5 compétences du MG sont définies par le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) et la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Académic Associations of General Practitioners) :

- Le premier recours
- L'approche globale
- La coordination des soins
- La continuité des soins
- La santé publique (prévention, éducation, information, dépistage, …)

Dans mon étude, les MG déclaraient que la première consultation par leur soin intervenait dans 60,5% des cas immédiatement après la sortie du service de chirurgie. Le MG investissait ainsi son rôle de coordination et de continuité des soins, de prévention et d'éducation. 33,3% d'entre eux se voyaient plutôt dans le rôle de premier recours en cas de complication. Ces résultats montraient que les MG se sentaient impliqués dans cette prise en charge post-chirurgicale et la plaçaient au sein de leur pratique quotidienne.

Cependant, 19,8% des MG pensaient ne pas avoir de rôle spécifique dans cette prise en charge mais un second rôle voire un rôle purement administratif. Certains ont ainsi rapporté que la charge administrative leur incombait souvent. Ainsi, les ordonnances oubliées à la sortie des services de chirurgie, les bons de transports pour la MK ou encore les arrêts de travail étaient souvent le motif de la consultation. 49,4% des MG pensaient qu'ils allaient rencontrer des difficultés supplémentaires avec les sorties de plus en plus précoces des services de chirurgie après arthroplastie totale de hanche. Certains y voyaient une charge de travail supplémentaire (visites, aménagement du domicile, coordination des différents intervenants, dialogue avec les aidants…) venant surcharger un peu plus leur activité et souhaiteraient donc percevoir une indemnité à ce titre. Ceci sera peut-être le cas dès mai 2017 avec la revalorisation des actes de médecine générale et la création d'une cotation « consultation longue ». D'autre part, les MG se sentaient parfois mis à l'écart, estimaient ne pas être mis au courant à temps des sorties et déploraient le manque de transmissions entre le milieu hospitalier et le médecin de ville. En effet, selon une étude (34) seulement 10% des MG disposaient d'une information correcte dans les quarante-huit heures suivant la sortie avec des conséquences pour la qualité des soins dans près de 25% des cas (35). Enfin, concernant le maintien à domicile, les MG se sentaient démunis devant l'ajout de l'incapacité fonctionnelle post-opératoire à un terrain déjà fragilisé par les comorbidités et l'isolement social fréquent, les patients étant souvent âgés.

Devant toutes ces difficultés, les axes d'amélioration souhaités et proposés par les MG étaient de :

- Faciliter le retour à domicile, d'une part par son organisation en préopératoire (visite à domicile, séances d'éducation) et d'autre part en luttant contre la désertification médicale et paramédicale pour permettre une meilleure disponibilité des différents intervenants. Dans certaines régions de France, l'Assurance Maladie propose un programme d'accompagnement de retour à domicile après arthroplastie de hanche : le protocole PRADO Orthopédie. Cela consiste à organiser le retour à domicile du patient hospitalisé, en lui permettant d'être suivi à sa sortie par le MKDE et l'infirmier de son choix. Une aide à la vie quotidienne (portage de repas et aide-ménagère) pourra également être mise en place. Ce service est gratuit et les patients sont recrutés en fonction de critères définis par l'Assurance Maladie. Il serait en cours de développement en Picardie
- Etablir des recommandations de la HAS plus complètes, centrées sur la prise en charge globale post-opératoire et non pas seulement sur la suspicion d'infection sur matériel de prothèse
- Améliorer les transmissions hôpital/ville. En effet, les MG aimeraient être prévenus du retour à domicile du patient dès le jour de la sortie et avoir un courrier immédiatement (remis au patient) avec les éléments marquants du séjour (complications per et post-opératoires immédiates), la voie d'abord (compte-rendu opératoire) et les recommandations en rapport ainsi que la conduite à tenir en cas de survenue de complications
- Instaurer un dialogue privilégié entre le MG et le chirurgien orthopédiste. En effet les MG se retrouvaient parfois devant des situations inhabituelles et trouvaient rassurant de pouvoir contacter le chirurgien
- Dispenser des formations, lors des EPU par exemple, sur cette prise en charge spécifique. Les former notamment aux premiers signes d'alerte et à la conduite à tenir en cas de complications ou de retard de récupération fonctionnelle ainsi qu'à ce qui peut être fait en médecine de ville avant de ré-adresser leur patient au chirurgien. Au CHU d'Amiens sont organisés des EPU destinés aux chirurgiens, aux rééducateurs et aux MG, notamment une journée annuelle sur les infections ostéo-articulaires
- Faciliter les séjours en SSR par un assouplissement des critères d'éligibilité quand le retour à domicile se révèle être un échec. L'utilisation de l'outil « Trajectoire » permet une admission facilité et précoce après le MCO, mais il n'est pas disponible pour les MG.

Dans l'attente de recommandations plus précises, nous proposons à l'issue de ce travail, une fiche pédagogique à envoyer aux MG, reprenant les principales différences en fonction de la voie d'abord, les critères de récupération fonctionnelle et la conduite à tenir en cas de retard, la conduite à tenir devant une infection sur matériel, afin de permettre une harmonisation des pratiques et de permettre aux MG d'avoir une information pertinente à délivrer aux patients (36)(11)(30)(Annexe N°8).

5 CONCLUSION

Dans le climat médico-économique actuel, les séjours hospitaliers après implantation de PTH tendent vers l'ambulatoire et les séjours en centre de rééducation sont fortement restreints.

Par ce travail, nous avons tenté d'analyser la prise en charge de ces patients, lors de leur retour à domicile en post-opératoire, par les médecins généralistes picards.

Il en est ressorti que les connaissances des MG sont fragiles et peu approfondies du fait du manque de formation spécifique, à la fois initiale et continue. Les recommandations de bonne pratique éditées par les différentes sociétés savantes (HAS, SOFMER, SOFCOT, SFR) ne leur sont pas suffisamment diffusées.

Ils sont cependant investis dans ce rôle de suivi post-opératoire, mais déplorent le manque de communication ville/hôpital lors de la sortie. Ils aimeraient un dialogue facilité avec les chirurgiens orthopédistes, des formations quant à la prophylaxie, aux critères de récupération fonctionnelle et à la conduite à tenir en cas de complications spécifiques, pour leur permettre de répondre au mieux aux questions des patients et d'améliorer leur prise en charge.

Dans l'attente de ces améliorations, nous proposons à l'issue de ce travail une fiche pédagogique rassemblant les principaux conseils pouvant aider les MG dans cette prise en charge ainsi que les conduites à tenir faisant l'objet de recommandations pour une harmonisation des pratiques, dans l'intérêt des patients.

Il serait intéressant de réitérer cette étude dans quelques années lorsque la chirurgie d'implantation de PTH en ambulatoire aura pris toute sa place.

Nous pourrions interrogés les infirmiers dont la proximité avec les patients permettrait, s'ils sont formés, de dépister les complications encore plus précocement et de surveiller le bon respect de la prophylaxie en cas de voie postérieure.

Enfin, il serait également important de recueillir l'avis des patients porteurs de PTH concernant leur retour à domicile directement après le service de chirurgie, leur ressenti, leurs difficultés et leurs attentes.

6 ANNEXES

6.1 Annexe N°1 : Score ASA : score de comorbidités

ASA Physical Status Classification System (site SFAR)

Il qualifie l'état de santé préopératoire d'un patient. C'est un indicateur de la probabilité de mortalité péri-opératoire globale.

1 : Patient normal
2 : Patient avec anomalie systémique modérée
3 : Patient avec anomalie systémique sévère
4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
5 : Patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention
6 : Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe

Si le score est supérieur ou égal à 3, il est considéré comme un facteur de risque anesthésique.

6.2 Annexe N°2 : Questionnaire

Questionnaire sur la prise en charge post-opératoire des prothèses totales de hanche en médecine de ville

1. **Avez-vous déjà reçu une formation (formation médicale initiale, continue, revues, …) sur la rééducation orthopédique ?**
   ☐ OUI ☐ NON
   Précisez : .....

Un de vos patients sort du service de chirurgie orthopédique pour son domicile dans les suites d'une implantation de prothèse totale de hanche.

2. Selon vous, quels critères auraient dû exclure la prise en charge post-opératoire à domicile ?
- ☐ Age élevé (sup 80 ans)
- ☐ Comorbidités (diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, …)
- ☐ Complications post-opératoires
- ☐ Absence d'accès au téléphone ou seul à domicile
- ☐ Mauvaise compliance
- ☐ Difficultés de déplacement en préopératoire
- ☐ Déambulation post-opératoire avec aide technique
- ☐ Maison avec étage ou marches d'accès
- ☐ Difficultés démographiques de recours aux soins (kiné, infirmiers, …)
- ☐ Sujet jeune sportif ou profession physique
- ☐ Demande du patient même si non justifiée médicalement
- ☐ Indication de la PTH :
  - ☐ Coxarthrose
  - ☐ Fracture
- ☐ Autre:.....

3. A quel(s) moment(s) jugez-vous nécessaire de voir le patient en consultation ?
- ☐ Immédiatement après la sortie
- ☐ En cas de survenue de complication seulement
- ☐ A un mois pour faire le point sur la récupération fonctionnelle
- ☐ Pas pour ce motif, c'est au chirurgien d'assurer le suivi
- ☐ Autre : .....

4. En cas de chirurgie programmée, organisez-vous en préopératoire :
- ☐ Des séances de kinésithérapie (renforcement musculaire)
- ☐ Un aménagement du domicile
- ☐ Une éducation prophylactique
- ☐ Autre : .....

5. En cas d'implantation de PTH par voie postéro-externe, donnez-vous des précautions particulières au patient ?
☐ OUI ☐ NON
Précisez .....
.....
.....

6. Si le logement du patient vous paraît inadapté, que faîtes-vous ?
- ☐ Prescription de matériel adapté : le(s)quel(s) ?.....
- ☐ Demande de visite à domicile par le kiné pour mise en situation
- ☐ Vous l'adressez à un centre de rééducation ou SSR
- ☐ Autre : .....

7. A J21 post-opératoire, vous suspectez une infection (écoulement purulent, fièvre) sur matériel de prothèse. Que faîtes-vous ? (Plusieurs choix possibles)
- ☐ Dosage CRP
- ☐ Dosage VS
- ☐ Dosage Procalcitonine
- ☐ Prélèvement superficiel
- ☐ Scanner
- ☐ Echographie
- ☐ Hospitalisation d'emblée
- ☐ Appel du chirurgien

8. **Instaurez-vous des antibiotiques ?**
   ☐ OUI ☐ NON
   ↳ Le(s)quel(s) en première intention ? .....
   Sur quel(s) critère(s) :
   ☐ Syndrome inflammatoire local ☐ Syndrome inflammatoire biologique
   ☐ Ecoulement purulent ☐ Prélèvement local positif
   ☐ Hyperthermie ☐ Prophylaxie

9. **A deux mois d'une implantation de PTH, quels sont, selon vous, les critères définissant la récupération fonctionnelle ?** .....
   .....
   .....

10. **En cas de non récupération, que faîtes-vous ?**
   ☐ Vous majorez le nombre de séances de kinésithérapie
   ☐ Vous demandez une consultation au chirurgien
   ☐ Vous faîtes une radiographie pour vous assurer de l'absence de luxation / complication
   ☐ Vous l'adressez à un centre de rééducation ou SSR
   ☐ Autre : .....

11. **Le seuil fixé à 15 séances de kinésithérapie en post-implantation de PTH est-il souvent dépassé ?**
   ☐ OUI ☐ NON
   Selon vous, à combien devrait-il être ? .....

12. **Avez-vous récemment ré-hospitalisé un patient dans le service adresseur dans les 24h suivant la sortie ?** ☐ OUI ☐ NON
   Pour quel motif ? .....

Concernant la prise en charge globale du patient en post-opératoire de PTH

13. **Quel est votre rôle dans cette prise en charge spécifique ?** .....
.....
.....

14. **Pensez-vous rencontrer des difficultés croissantes avec les sorties des services de chirurgie orthopédique de plus en plus précoces ?**
   ☐ OUI ☐ NON
   Précisez : .....
   .....
   .....

15. **Que permettrait-il d'améliorer votre pratique au quotidien ?**
   ☐ Dialogue avec le chirurgien
   ☐ Formation spécifique
   ☐ Recommandations de la HAS plus précises
   ☐ Préparation des patients en pré-opératoire
   ☐ Diversification des intervenants en médecine de ville (ex : ergothérapeute)
   ☐ Faciliter les séjours en centre de rééducation
   ☐ Autres : .....

Votre âge : ..... **Sexe :** ☐ Féminin ☐ Masculin

Où exercez-vous : ☐ Cabinet urbain ☐ Cabinet rural

Quel est votre mode d'exercice :
☐ Seul ☐ Cabinet de groupe ☐ Maison de santé pluridisciplinaire

6.3 Annexe N°3 : Courrier d'accompagnement

Amiens, le 12 mai 2016

Docteurs,

Dans le cadre de la thèse en Médecine Générale, je vous sollicite pour une enquête sur la prise en charge post-opératoire des prothèses totales de hanche en médecine de ville, sous la direction de Madame le Professeur BOULNOIS.

En effet, les patients, après implantation de prothèse totale de hanche, sortent des services de chirurgie orthopédique de plus en plus précocement et, parfois, le jour même de l'opération. Ceci vous laissant le soin de gérer les suites et les complications post-opératoires immédiates et d'organiser les soins, d'autant que les patients sortent quasiment exclusivement à domicile, c'est à dire, sans passer par un centre de rééducation.

Je vous remercie de répondre à ce court questionnaire pour me permettre de mettre en évidence vos difficultés et vos besoins quant à cette prise en charge spécifique avec retour à domicile précoce.

Votre participation me sera d'une aide précieuse.

Veuillez agréer, Docteurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Laure LACOMPTE

6.4 Annexe N°4 : Score RAPT

Annexe B. RAPT

Âge		
	50–65 ans	2
	66–75 ans	1
	> 75 ans	0
Sexe		
	Homme	2
	Femme	1
Distance parcourue		
	200 m ou plus	2
	100 à 200 m	1
	Intérieur	0
Aides techniques de marche		
	Aucune	2
	Canne simple	1
	Cannes béquilles/déambulateur	0
Quelqu'un peut-il prendre soin de vous après l'intervention		
	Oui	3
	Non	0

Résultats sur 12.

Interprétation	
Score < 6	Service de rééducation
Score 6–9	Retour à domicile après prise en charge intensive
Score > 9	Retour à domicile

La demande du patient sur sa destination est aussi déterminante. L'orientation indiquée par le score est discutée avec le patient ainsi que sa destination.

6.5 Annexe N°5 : Score de Merle d'Aubigné-Postel: hétéro-évaluation

Score de Merle d'Aubigné-Postel (à évaluer par le clinicien)

18 pour une hanche parfaite, 0 pour un très mauvais résultat

DOULEUR		MOBILITE			MARCHE-STABILITE
		Pas d'attitude vicieuse	Attitude vicieuse en flexion ou RE	Attitude vicieuse en ABD, ADD ou RI	
6	Aucune	Flexion ≥ 90°	Aucune	Aucune	Normale ou illimitée
5	Rare Légère	70° à 90°	Aucune	Aucune	Limitée ou légère boiterie si prolongée Canne pour longues distances Pas d'instabilité
4	Après 30mn à 1h de marche	50° à 70°	Abaisser la note de 1 point	Abaisser la note de 2 points	Canne pour sortir Boiterie nette Légère instabilité
3	Après 10 à 20mn de marche	30° à 50°			Canne en permanence Instabilité
2	Avant 10mn de marche	< 30°			2 cannes
1	Immédiatement à La marche				Béquilles
0					Marche impossible

6.6 Annexe N°6 : Score de WOMAC : auto-évaluation

Index WOMAC (genou et hanche)
Western Ontario and McMaster Universities
Osteoarthritis Index (WOMAC)

QUESTIONS :

1. Douleur en utilisant les escaliers?

Pas du tout ou très peu ☐ | Un peu de douleur ☐ | Très douloureux ☐

2. Douleur en marchant sur terrain plat?

Pas du tout ou très peu ☐ | Un peu de douleur ☐ | Très douloureux ☐

3. Douleur en restant debout immobile?

Pas du tout ou très peu ☐ | Un peu de douleur ☐ | Très douloureux ☐

4. Douleur assis ou même en position couchée ?

Pas du tout ou très peu ☐ | Un peu de douleur ☐ | Très douloureux ☐

5. Douleur la nuit au moment de dormir?

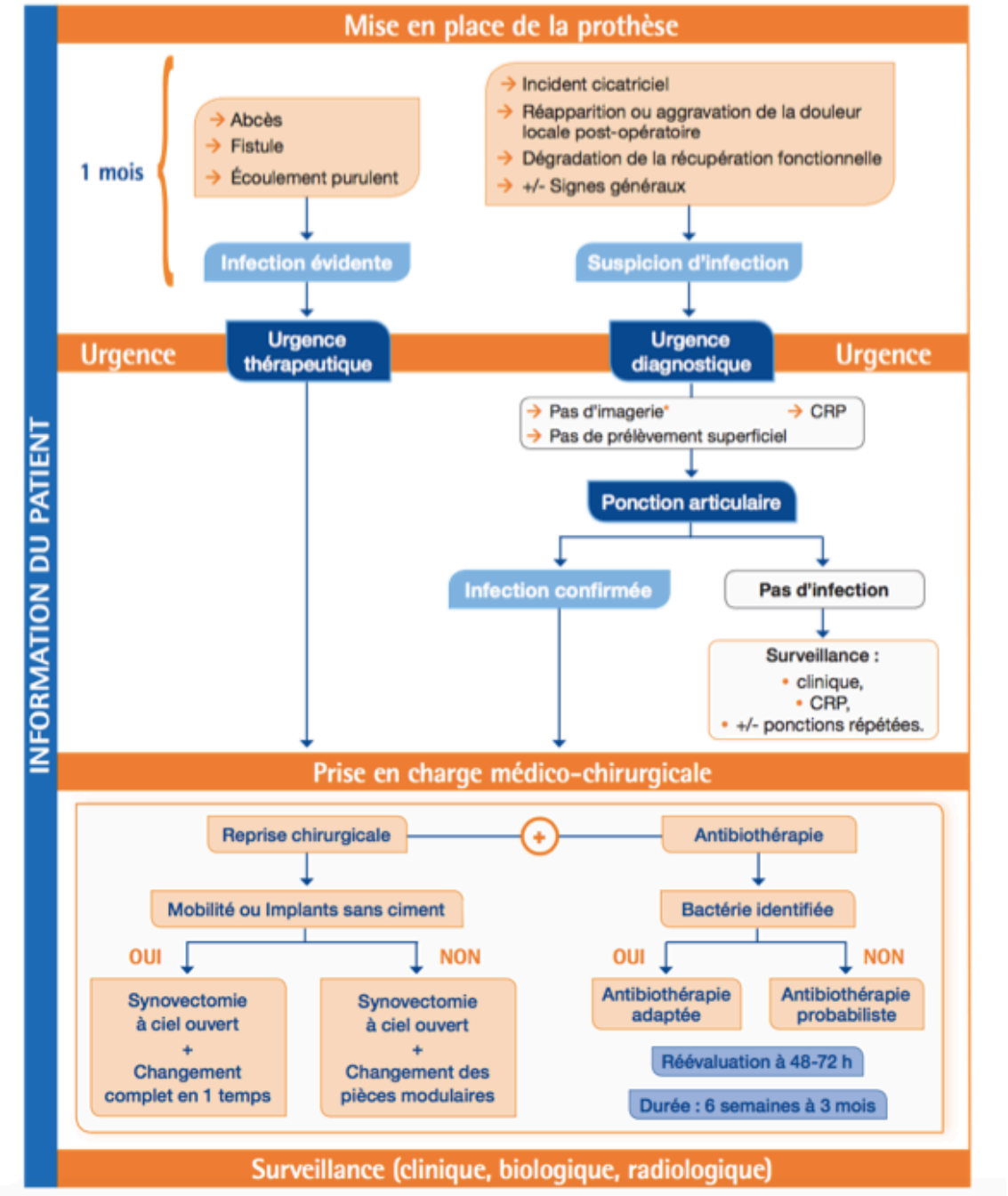
Pas du tout ou très peu ☐ | Un peu de douleur ☐ | Très douloureux ☐

Ne pas montrer au patient la méthode de cotation

10 : Pas du tout ou très peu
15 : Un peu de douleur
20 : Très douloureux

(Un score de 100 pts indique la pire douleur possible)

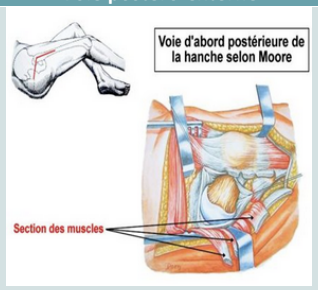
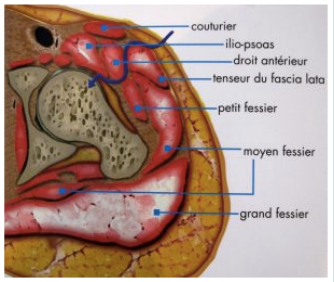
6.7 Annexe N°7 : Recommandations HAS Mars 2014 : algorithme de la prise en charge d'une suspicion d'infection sur matériel



6.8 Annexe N°8 : Fiche pédagogique adressée aux médecins généralistes

Fiche pédagogique destinée aux médecins généralistes :
prise en charge post-implantation de prothèse totale de hanche

Préconisations en fonction de la voie d'abord chirurgicale :

	Voie postéro-externe	Voie antérieure
Les deux voies les plus fréquemment utilisées	 Section des muscles pelvi-trochantériens Epargne le moyen fessier	 Epargne le hauban fessier Section du droit antérieur
Prophylaxie des luxations	Contre-indication de la rotation interne, adduction et hyperflexion	Aucune (théoriquement hyperextention et rotation externe)
Matériel indispensable	Cannes anglaises, réhausseur de siège WC, coussin d'abduction	Cannes anglaises
Reprise de la marche sans aide technique	Généralement à 1 mois	Environ 7 à 10 jours
Reprise de la conduite automobile	Conseillée à 6 semaines	Envisagée dès le 7ème jour
Reprise des activités sportives douces, non traumatiques	Environ à 3-4 mois	Environ à 2 mois
Reprise de l'avion	A 6 mois	A 6 mois

Prophylaxie thrombo-embolique : Jusqu'au 35ème jour post-opératoire

- Médicamenteuse
  - HBPM (surveillance des plaquettes)
  - Fondaparinux
  - AOD (ex: apixaban 5mg/jr en 2 prises)
- Port de bas de contention

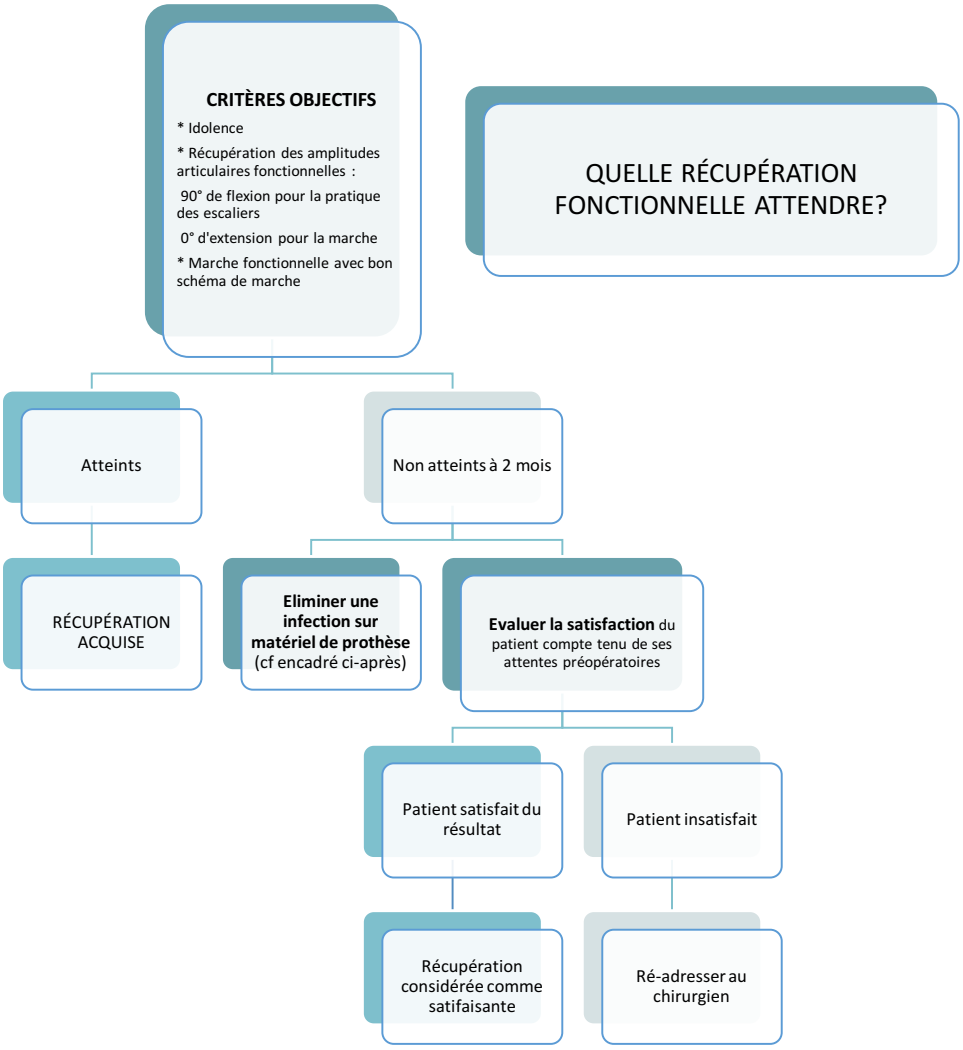
Prescription de kinésithérapie

- Une série de 15 séances est recommandée
- Au-delà, nécessité d'une demande d'accord préalable
- Séances au cabinet avec quelques séances à domicile préférables
- **Prescription médicale de transport**
  - Si nécessite un transport allongé
  - Sinon pas de remboursement Sécurité Sociale

Critères d'orientation vers un centre de rééducation

- Age élevé
- Isolement social
- Comorbidités
- Complications post-opératoires
- Logement inadapté (chambre à l'étage par exemple)

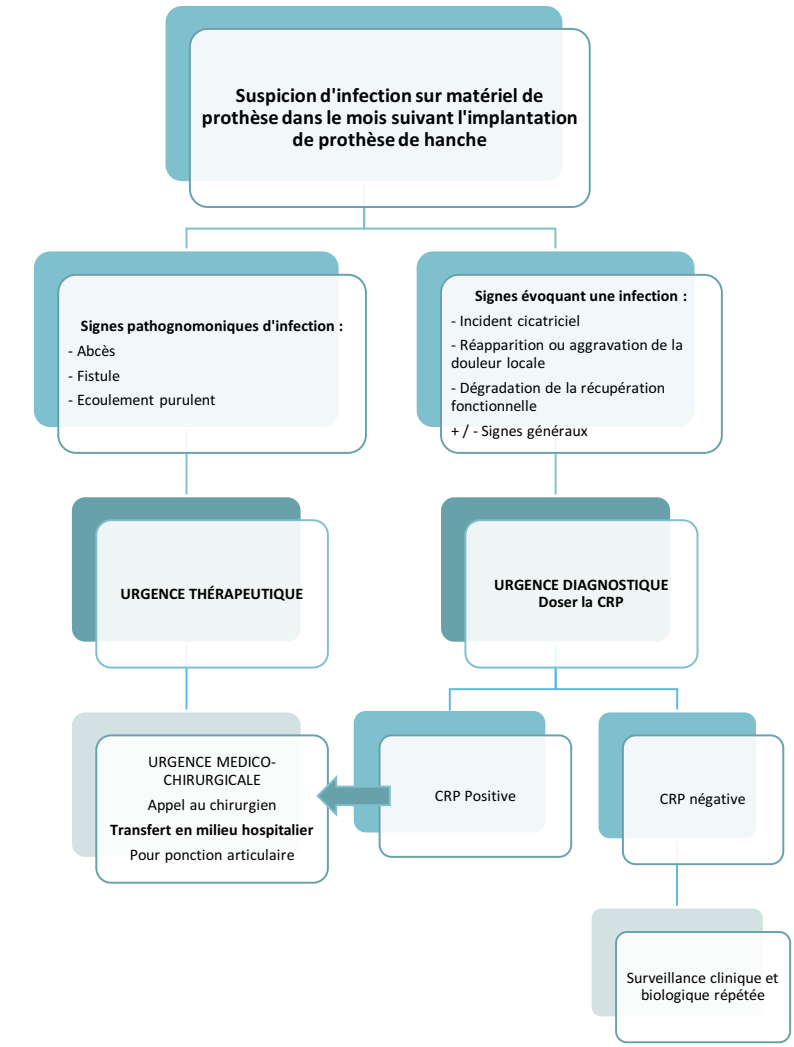
Fiche pédagogique destinée aux médecins généralistes :
prise en charge post-implantation de prothèse totale de hanche



2

Fiche pédagogique destinée aux médecins généralistes :
prise en charge post-implantation de prothèse totale de hanche

Principale complication à rechercher



PAS d'imagerie (sauf radiologie standard si douleur)

JAMAIS de prélèvement superficiel

JAMAIS d'antibiothérapie probabiliste

3

BIBLIOGRAPHIE

1. GOELZER H. Dictionnaire de latin. In: GARNIER/ BORDAS. p. 530.

2. FISCHER L-P, PLANCHAMP W, FISCHER B, CHAUVIN F. Les premières prothèses articulaires de la hanche chez l'homme (1890-1960). In: Histoire des sciences médicales. 2000. p. 57‑70.

3. Kerboull M. Histoire de Traitements. In: Journées d'Histoire des Maladies des Os et des Articulations. 2009. p. 51‑3. (Le Pratique).

4. Caton J, Papin P. Typologie et épidémiologie des prothèses totales de hanche en France. Emémoires Académie Natl Chir. 2012;11(2):001‑7.

5. Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique - Hanche, genou, épaule… 12 questions-réponses sur les prothèses articulaires [Internet]. 2015 [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.sofcot.fr/Infos-public-Patients/Toutes-les-actualites-grand-public/Hanche-genou-epaule-12-questions-reponses-sur-les-protheses-articulaires#

6. Première médicale : une prothèse de hanche posée en ambulatoire [Internet]. Allo docteurs. [cité 24 sept 2015]. Disponible sur: http://www.allodocteurs.fr/se-soigner/chirurgie/chirurgie-ambulatoire/premiere-medicale-une-prothese-de-hanche-posee-en-ambulatoire_8974.html

7. Prothèse de hanche en ambulatoire : une première en France - Actusoins [Internet]. Toute l'actualité infirmière avec Actusoins. [cité 16 oct 2015]. Disponible sur: http://www.actusoins.com/265991/prothese-de-hanche-en-ambulatoire-une-premiere-en-france.html

8. Sappey-marinier E, Bonin N, Franck F, Batailler C. Protocole de récupération rapide après prothèse totale de hanche – effet sur la diminution de la durée de séjour et la satisfaction des patients. Rev Chir Orthopédique Traumatol. nov 2015;101(7, Supplement):S195.

9. Christofilopoulos P, Lubbeke A, Peter R, Hoffmeyer. Le point sur la prothèse totale de hanche. Revue médicale suisse. décembre 2010;6:2454‑8.

10. Pourquoi l'ASIA - Asia-hanche.com [Internet]. [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: http://asia-hanche.com/pourquoi-lasia/

11. Samama C-M, Gafsou B, Jeandel T, Laporte S, Steib A, Marret E. Recommandations de la SFAR sur la prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse postopératoire. Actualisation 2011. Annales françaises d'anesthésie et de réanimation. Elsevier. 2011;5.

12. Boisgard S., Bouillet B., Descamps S, Levai JP. Les complications médicales et chirurgicales des prothèses totales de hanche. E-Mém Académie Natl Chir. 2012;11(1):060‑3.

13. Lucet JC. INSERM. Infections nosocomiales [Internet]. 2015 [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.inserm.fr/layout/set/print/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/infections-nosocomiales

14. Barrois B, Gouin F, Ribinik P, Revel M, Rannou F. Quel est l'intérêt d'une rééducation en centre spécialisé à la sortie du service de chirurgie après la pose d'une prothèse totale de hanche ? Élaboration de recommandations françaises pour la pratique clinique. Ann Réadapt Médecine Phys. nov 2007;50(8):695‑9.

15. Health Quality Ontario. Physiotherapy rehabilitation after total knee or hip replacement: an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2005;5(8):1‑91.

16. ameli.fr - Accord préalable et rééducation en SSR [Internet]. [cité 16 oct 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/vous-informer/accord-prealable-et-reeducation-en-ssr/les-gestes-chirurgicaux-concernes.php

17. Haute Autorité de Santé - Recommandations portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2006 mars [cité 1 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272509/fr/recommandations-portant-sur-les-actes-chirurgicaux-et-orthopediques-ne-necessitant-pas-pour-un-patient-justifiant-des-soins-de-masso-kinesitherapie-de-recourir-de-maniere-generale-a-une-hospitalisation-en-vue-de-la-dispensation-des-soins-de-suite-et-de-readaptation

18. Lefevre-Colau M-M, Coudeyre E, Griffon A, Camilleri A, Ribinik P, Revel M, et al. Existe-t-il des critères d'orientation vers un centre de rééducation après la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou ? Élaboration de recommandations françaises pour la pratique clinique. Ann Réadapt Médecine Phys. 2007;50(5):317‑26.

19. Ribinik P, Rannou F, Coudeyre E, Revel M. Synthèse des recommandations Rééducation et arthrose non opérée de hanche et de genou, Rééducation et prothèse totale de hanche et de genou. Recommandations Françaises pour la pratique clinique sous l'égide de la SOFCOT, la SFR et la SOFMER - [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.sofmer.com/index.php?pageID=6a1fd3fd8bdbd518bd822da9d63074eb&site_origine=32

20. Oldmeadow LB, McBurney H, Robertson VJ. Predicting risk of extended inpatient rehabilitation after hip or knee arthroplasty1. J Arthroplasty. sept 2003;18(6):775‑9.

21. Coudeyre E, Descamps S, Intyre JM, Boisgard S, Poiraudeau S, Lefevre-Colau MM. Translation and French cultural adaptation of a decision making tool for patients orientation after total hip or knee arthroplasty. Ann Phys Rehabil Med. déc 2009;52(10):694‑703.

22. Coudeyre E, Jardin C, Givron P, Ribinik P, Revel M, Rannou F. Quel est l'intérêt d'une rééducation avant la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou? Élaborations de recommandations françaises pour la pratique clinique. Ann Réadapt Médecine Phys. avr 2007;50(3):179‑88.

23. Dauty M, Genty M, Ribinik P. Intérêt du reconditionnement à l'effort dans les programmes de rééducation avant et après arthroplasties de hanche et de genou. Ann Réadapt Médecine Phys. juill 2007;50(6):455‑61.

24. Coleman EA, Chugh A, Williams MV, Grigsby J, Glasheen JJ, McKenzie M, et al. Understanding and execution of discharge instructions. Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual. oct 2013;28(5):383‑91.

25. F. Genêt EM. Intérêt d'une prescription de kinésithérapie ambulatoire à la sortie du service de chirurgie après la pose d'une prothèse totale de genou ? Élaborations de recommandations françaises pour la pratique clinique. Ann Phys Rehabil Med. 2007;50(9):783‑92.

26. Haute Autorité de Santé. Saisine du 30 avril 2009 en application de l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale: rééducation après arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2009 Avril. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/argumentaire_asmk.pdf

27. Groupe SOFMER FEDMER. Parcours de soins en MPR « Le patient après prothèse totale de hanche » [Internet]. 2011 déc [cité 1 oct 2016]. Disponible sur: http://www.chu-st-etienne.fr/Reseau/reseau/umcssr/DocGeneraux/PatientProtheseTotaleHanche.pdf

28. Cofemer. Echelles adultes. Index de Womac [Internet]. [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECHELLES%20ADULTES%20TOME%202_page111.pdf

29. Kassimi EH, Abdelfettah Y, Khadir A, Nait Khachat A, Belhaj K, Lmidmani F, et al. Résultats fonctionnels et qualité de vie après prothèse totale de hanche : à propos de 93 cas. J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. juin 2014;34(2):60‑5.

30. Béjoui-Hugues J. La prothèse totale de hanche douloureuse. Revue française du dommage corporel. mars 2006;195‑216.

31. SPILF. Recommandations de bonne pratique. Infections ostéo-articulaires sur matériel (prothèse, implant, ostéosynthèse) [Internet]. 2009 Mai [cité 5 nov 2016] p. 62. Disponible sur: http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/spilf/2010_osteo_court.pdf

32. Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique: prothèse de hanche ou de genou, diagnostic et prise en charge de l'infection dans le mois suivant l'implantation [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2014 mars [cité 1 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/rbp_reco2clics_protheses_infectees.pdf

33. Edgar-Rosa G, Aharoni C. Fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez l'adulte. In: Orthopédie. Vernazobres-Grego. Paris; p. 153‑64. (VG).

34. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Rasmussen P, Pierson R, et al. A Survey Of Primary Care Doctors In Ten Countries Shows Progress In Use Of Health Information Technology, Less In Other Areas. Health Aff (Millwood). 1 déc 2012;31(12):2805‑16.

35. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 28 févr 2007;297(8):831‑41.

36. Recommandation prévention thromboembolique post chirurgie orthopédique - SFAR / Annales françaises d'anesthésie et de réanimation. Elsevier. 2005;952‑76.

TITRE : Prise en charge post-opératoire des prothèses totales de hanche (PTH) par les médecins généralistes (MG) en Picardie.

RESUME

INTRODUCTION : Les sorties des services de chirurgie orthopédique après implantation de PTH sont de plus en plus précoces. Souvent les patients rentrent chez eux sans passer par les centres de rééducation, laissant la prise en charge post-opératoire aux MG.

L'objectif principal de ce travail était d'analyser cette prise en charge par les MG picards. L'objectif secondaire était de mettre en évidence leurs difficultés et de proposer des axes d'amélioration.

METHODE : A l'aide d'un questionnaire, une enquête a été réalisée auprès de 500 MG picards.

RESULTATS : Le taux de participation était de 16,2%. 60,5% des MG voyaient leur patient dès le retour à domicile. Seuls 3 MG ont pu citer les règles de prophylaxie de la luxation en fonction de la voie d'abord. Ils estimaient que les patients nécessitaient 20 à 30 séances de masso-kinésithérapie. En cas de retard de récupération fonctionnelle, 77,8% des MG réadressaient leurs patients au chirurgien. 37% des MG prescrivaient des antibiotiques en cas de suspicion d'infection du matériel. 84% des MG déclaraient n'avoir reçu aucune formation spécifique. 49,4% des MG étaient inquiets quant aux sorties précoces. 50,6% souhaitaient un dialogue facilité avec le chirurgien.

CONCLUSION : Cette étude a mis en évidence un défaut d'harmonisation des pratiques par manque de diffusion des recommandations de bonne pratique et la nécessité de formation et d'échanges entre MG et chirurgiens afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Mots clés : prothèse de hanche, domicile, ambulatoire, période post-opératoire, médecins généralistes

ABSTRACT

TITLE : Postoperative care of total hip arthroplasty (THA) by general practitioners (GP) in Picardy, France.

INTRODUCTION : The outputs of orthopedic surgery after THA are increasingly premature. Often patients go back home without going through rehabilitation center, leaving the postoperative care to GP.

The main objective of this work was to analyze the patient by GP.
The secondary objective was to highlight their difficulties and suggest areas for improvment.

METHODS : Using a questionnaire, a survey was conducted to 500 GP in Picardy.

RESULTS : The participation rate was 16,2%. 60,5% of GP saw their patient as soon as they returned home. Only 3 GP could name the prophylactic rules of dislocation depending on the surgical approach. They estimated that patients required 20 to 30 physiotherapy sessions. In case of functional recovery delay, 77,8% of GP returned the patient to the surgeon. 37% of GP prescribed antibiotics in case of prosthesis material infection suspicion. 84% of GP said they had received no specific training. 49,4% of GP were worried about the premature exit. 50,6% wanted a facilitated dialogue with the surgeon.

CONCLUSION : This study highlighted a lack of harmonization of practices due to a lack of dissemination of practice guidelines. It also showed the need for training and interaction between GP and surgeons to improve the care of patient.

Keywords : hip prosthesis, home care, general practitioners, postoperative period, ambulatory care