

DE LA CONSULTATION EDUCATIVE A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT EN ORTHOPEDE : LE MODELE DE LA CHIRURGIE DE L'ARTHROSE

A. Belbachir¹, J-S. Giraudet - Le Quintrec², S. Perrot³

¹ Service d'anesthésie-réanimation, Université Paris Descartes - GH Cochin-Hôtel Dieu-Broca. (AP-HP)

² Rhumatologue, Services de Rhumatologie A et d'Orthopédie A.- Centre d'Éducation pour les Rhumatismes Chroniques (CERC) - Université Paris Descartes - GH Cochin-Hôtel Dieu-Broca et Inserm US14- Orphanet - Hôpital Broussais.

³ Service de Médecine Interne et Thérapeutique, Hôtel Dieu, Université Paris-Descartes. Inserm U 987.GH Cochin-Hôtel-Dieu-Broca FETCH (Fédération ETP Cochin-Hôtel Dieu)

POINTS ESSENTIELS

- Dans la population des 65 à 74 ans, plus de 30 % souffrent de douleurs d'arthrose du genou, environ 20 % de douleurs d'arthrose de hanche et plus de 10 % des deux. 118 000 prothèses de hanche ou de genou sont mises en place par an en France.
- L'histoire de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a rapidement été mise en place en France : Le "plan maladies chroniques" publié par le Ministère de la santé au mois d'avril 2007 a souligné la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de telles maladies en développant notamment des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'HAS a élaboré en 2008 les référentiels d'élaboration des programmes d'ETP. La loi HPST de Juillet 2009 a pour la première fois au monde intégré l'ETP de façon officielle dans le parcours de soin des patients.
- L'OMS a élaboré en 1998 les principes et objectifs de l'ETP, intégrée dans la pratique de soins.
- L'Éducation thérapeutique du patient (ETP) reste le plus souvent organisée dans les établissements hospitaliers et réseaux de soins par une équipe multiprofessionnelle à l'écoute et au service du patient.
- En 2012, les enjeux de l'ETP sont de se développer en ville, dans les populations précaires ou isolées, dans des approches préventives et faciles à développer.
- **En 2012, très peu de programmes d'ETP centrés sur l'arthrose ont été validés en France.** par les ARS. Le plus souvent, il s'agit de "consultations éducatives".
- L'impact d'une approche éducative dans la chirurgie de l'arthrose a été évalué par une étude randomisée publiée en 2003 qui a montré que **l'éducation préopératoire du patient diminuait l'anxiété, la douleur périopératoire et améliorait la fonction**
- Le projet original et innovant de consultation éducative de la chirurgie de l'arthrose correspond et rassemble en une unité de lieu les axes prioritaires actuels que sont l'information, l'éducation des patients, la prévention des infections et l'amélioration continue de la qualité des soins.

- **Les objectifs spécifiques** de ce programme, comme pour tous les programmes d'ETP, sont l'acquisition de connaissances et de compétences pour un changement des habitudes au décours du programme par le patient, une nouvelle hygiène de vie ainsi que de nouveaux comportements dans la vie quotidienne.

INTRODUCTION

L'ETP fait partie de la prise en charge des maladies chroniques. Depuis la loi HPST, elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient et tout patient doit pouvoir en bénéficier. Elle fait partie de nombreuses recommandations professionnelles de bonne pratique.

Il est bien connu qu'une maladie chronique (1/4 de la population française) plonge le patient dans une quête de "sens".

Les atteintes articulaires chroniques, en particulier l'arthrose, affectent la qualité de vie des personnes et sont responsables de complications fréquentes, de situation de handicap, d'absentéisme et d'un retentissement psychosocial. Le "plan maladies chroniques" publié par le Ministère de la Santé au mois d'avril 2007 a souligné la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de telles maladies en développant notamment des programmes d'éducation thérapeutique. Pour sa part la HAS, recommande de mettre à disposition des patients chroniques des programmes d'éducation thérapeutique structurés. Plusieurs pathologies sont concernées en rhumatologie: la lombalgie chronique, l'ostéoporose, la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite, la sclérodermie, l'arthrose, et plus spécifiquement, **la préparation à la chirurgie prothétique de l'arthrose de la hanche et du genou.**

L'ETP, une pratique de soins recommandée dans l'arthrose

Une des recommandations non pharmacologique n° 1 de l'OARSI (1) concernant la prise en charge de l'arthrose de hanche et du genou mentionne explicitement l'ETP: « tout patient atteint d'arthrose de la hanche et du genou doit bénéficier d'un accès à l'information et une éducation concernant les objectifs du traitement et l'importance des modifications du mode de vie, de l'exercice physique, de l'adaptation des activités, de la perte de poids et d'autres mesures pour décharger la ou les articulations endommagées » (Niveau de preuve élevé Ia).

« L'accent initial doit être mis sur les moyens et les traitements pouvant être mis en œuvre par le patient lui-même, plutôt que des traitements passifs délivrés par des professionnels de la santé. Ensuite, les efforts devront surtout viser à encourager l'adhésion du patient aux traitements non pharmacologiques », niveau de preuve IV (opinion d'expert). La recommandation mentionne donc ce qui relève du " self-management ".

L'ETP, une pratique complexe, multidisciplinaire et multiprofessionnelle

L'ETP est une démarche innovante qui permet de mieux vivre avec une maladie chronique et de "changer " afin de prendre soin de soi et de mieux se soigner.

Le terme " éducation thérapeutique des patients " (ETP) se différencie de l'éducation pour la santé, qui se situe en amont de la maladie, et lutte contre les comportements à risque (promotion de la santé). L'éducation thérapeutique (et non « éducation à la

thérapeutique » trop restrictive et centrée sur les traitements) sous-entend qu'il s'agit d'un acte de soins.

Ce terme semble est parfois mal compris par les patients, « l'éducation » rappelant des contraintes anciennes (scolarité obligatoire et retour sur les bancs de l'école). Le terme " apprentissage - accompagnement dans le soin", dans la prise en charge de la maladie chronique serait probablement plus juste !

L'information : première étape éducative, nécessaire, mais non suffisante.

Dans une maladie, quelle qu'elle soit, l'information des patients est nécessaire. Il faut ainsi :

◆ Informer le patient souffrant d'une maladie chronique et lui expliquer la maladie, les traitements et le suivi. Plusieurs moyens sont à notre disposition:

- 1- L'information orale individuelle incontournable,
- 2- La lecture d'une information écrite standardisée,
- 3- L'information médicale via les sites Internet Santé.

L'information en général permettra la compréhension du diagnostic, des différents traitements et de la gestion de la maladie. Elle aide également à la décision opératoire et à la compréhension des éventuelles conséquences.

Cette information orale sera appuyée par une documentation basée sur des données validées par des sociétés savantes. Il y sera spécifié les bénéfices avant les risques, les signes d'alerte, les complications et leur prise en charge. Elle sera synthétique, claire et compréhensible par le plus grand nombre de patients.

Le contenu de l'information décrira le déroulement de l'intervention, des examens et des soins. On insistera également sur les précautions recommandées aux patients.

L'information, à développer par une démarche éducative active

◆ L'information seule s'avère insuffisante et a tout intérêt à être relayée par une consultation éducative qui fait appel à une démarche active de la part du patient qui s'approprie l'information (les connaissances) pour « changer » ses habitudes de vie. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS 1998), il s'agit d'un transfert planifié et organisé des compétences du soignant vers le soigné afin de l'aider à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique.

Le concept d'éducation thérapeutique s'inscrit dans une véritable politique de santé soutenue par les pouvoirs publics mis en avant par la loi HPST (article 22 du projet de loi Hôpital patients, santé et territoire) (2).

Pour faire de l'ETP, il faut apprendre à se taire et à écouter le patient.

L'ETP ne s'improvise pas, elle demande une prise en charge multidisciplinaire et des compétences spécifiques. Cette démarche est nécessaire pour tous les patients souffrant de maladies chroniques et à tous les stades de la maladie. L'idéal est de la proposer très précocement, dès la consultation d'annonce afin d'aider le patient à " accepter " sa maladie. Le patient reste cependant libre d'entrer (seul ou avec un accompagnant) ou non dans un programme d'ETP.

Démontrer que l'ETP est bénéfique et difficile, car l'évaluation fait appel à des critères bien différents de ceux qui permettent de juger le rapport bénéfice/risque d'un médicament.

En savoir plus sur l'ETP

L'éducation thérapeutique du patient n'est plus une pratique inconnue des soignants, elle est maintenant reconnue par des textes réglementaires et la nouvelle loi HPST l'intègre comme une pratique nécessaire et validée. Malgré cette reconnaissance récente, de nouveaux défis se posent pour l'ETP et ses promoteurs : est-ce une pratique réalisable par tous les soignants, en ville ou dans les réseaux ? L'ETP n'est-elle pas trop élitiste et réservée à des populations déjà favorisées et informées et quelle formation est nécessaire pour la réaliser ? Comment mieux intégrer les patients dans son développement et sans démagogie ? Comment la valoriser financièrement sans aggraver les déficits publics et intéresser tous les soignants ? Enfin comment démontrer son intérêt et son impact de façon scientifique et validée ? Si la loi HPST donne enfin la légitimité à l'ETP, il existe de nombreuses interrogations que les décrets d'application devraient préciser. En dehors des aspects réglementaires et administratifs, il reste encore des éléments théoriques et pratiques que l'ETP devra résoudre pour trouver véritablement sa place dans les soins et confirmer les espoirs dont elle est porteuse, pour les patients comme pour les soignants.

Des lois pour annoncer l'ETP ?

L'éducation thérapeutique du patient vit actuellement un tournant de son histoire, en particulier en France. L'histoire de l'ETP est encore récente, et remonte officiellement à 1998, avec la définition qui en a été donnée par l'OMS. Depuis, plusieurs lois et décrets ont mis en avant l'ETP de façon de plus en plus visible dans la démarche de soins, en particulier pour les maladies chroniques :

- la loi du 4 mars 2002 (3) sur les droits du patient a pour la première fois en France préconisé la nécessité de développer les actions d'ETP,
- le décret du 29 juillet 2004 a indiqué le rôle propre de l'infirmière dans l'action éducative,
- le plan de qualité de vie des maladies chroniques en 2007/2011 a placé l'ETP au centre du dispositif de prise en charge de ces maladies
- les recommandations de l'HAS en 2007 (4) ont montré les principes de la démarche éducative, les étapes des programmes et les aspects pratiques de son déroulement,
- la circulaire du 9 mai 2007 sur la tarification T2A a proposé des formules de financement de l'ETP

Une loi pour imposer l'ETP ?

Enfin, c'est la loi HPST, en 2009, avec ses décrets d'application en 2010, et les ARS, notamment son article 22 qui donne un véritable statut à l'ETP en affirmant des principes tels que l'obligation de garantir la qualité et la proximité des soins et le droit à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique. Ce sont les décrets d'application, très attendus, qui poseront véritablement les aspects concrets, administratifs et financiers de son organisation.

Quels programmes actuels ?

A l'heure actuelle, il faut encore distinguer des projets de niveaux très différents :

- les programmes d'ETP fondés sur les recommandations HAS

- les programmes d'accompagnement, en particulier avec le soutien des associations de patients et des acteurs sociaux.
- les programmes d'apprentissage, en général autour d'une technique (injections, administration d'un médicament). Ce sont en général des programmes de guidance technique proposés par les industriels.

L'ETP : une pratique encore très marginale. Près de 15 millions de français sont atteints de maladie chronique et devraient participer à des actions éducatives, or malgré ces avancées et cette reconnaissance, l'ETP est une démarche aujourd'hui encore marginale dans le processus de soins, quelles que soient les maladies considérées. Les modalités du financement notamment lors de son intégration dans la prise en charge habituelle doivent être précisées.

Quels sont les enjeux à venir de l'ETP ? L'ETP doit maintenant rentrer dans l'âge de la maturité et aborder des questions fondamentales, pour son développement et aussi une reconnaissance durable.

- le financement dédié : un financement fléché, dédié, devrait être mis en place pour que les crédits qui sont accordés ne soient pas déviés pour combler un déficit croissant.
- le développement de l'ETP en ville, dans les réseaux, hors de l'hôpital : l'ETP reste encore une pratique très centrée sur l'hôpital, même si de nombreux réseaux s'y impliquent. La participation des soignants de ville, en particulier des médecins libéraux est souhaitable, en lien avec l'hôpital. S'ils n'étaient pas au départ mentionnés comme professionnels impliqués dans cette démarche éducative, il est important d'impliquer les pharmaciens d'officine et d'hôpital dans les programmes.
- l'implication de patients référents, formés, partenaires : l'ETP se centre sur le patient, sur ses attentes, ses besoins, ses compétences. Pour se développer encore en s'adaptant au mieux, les patients devront participer de plus en plus aux programmes de formation, en tant que référents, partenaires et experts. Des formations spécifiques pour les patients doivent se développer.
- **le développement de l'ETP doit se faire pour toutes les maladies, y compris aiguës, aux urgences, pour des objectifs qui ne doivent plus être seulement curatifs, mais aussi préventifs.**
- l'ETP doit atteindre toutes les populations: les sujets âgés, les personnes à niveau éducatif faible, les populations étrangères, en précarité, pour que l'ETP n'aggrave pas les inégalités de santé.

Néanmoins, la mise en place de l'ETP en pratique se heurte à des difficultés réelles, au premier rang desquelles se place le "manque de temps" et donc le problème de la faisabilité. Dans les services où les professionnels de santé sont déjà très occupés, il n'est pas rare de faire passer cette activité en seconde ligne. La nécessité d'un espace-temps important pour pratiquer l'ETP est en contradiction avec les plans de retour à l'équilibre de la plupart des hôpitaux français. De même, un temps de formation des personnels de santé à l'ETP est nécessaire et encore chronophage

L'éducation thérapeutique du patient dans la chirurgie de l'arthrose : quelle pratique ? Quels objectifs ?

Les déficiences liées à l'arthrose sont une diminution de la force musculaire, de la mobilité et de l'équilibre. Elles sont pourvoyeuses d'une incapacité fonctionnelle, de douleurs et donc d'une difficulté à la marche. L'état physique préopératoire est prédictif

de la récupération après arthroplastie. Mais actuellement, les programmes d'ETP centrés sur l'arthrose ne sont toujours pas validés par les ARS. Nous parlerons alors de "consultation éducative".

La consultation éducative telle qu'elle est appliquée dans notre institution a pour but d'améliorer le devenir du patient arthrosique après une arthroplastie de hanche ou du genou. Deux objectifs sont à atteindre : informer et préparer le patient à l'intervention. Ceci reste le début d'une mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) telle qu'elle est décrite par la HAS.

Lors d'une consultation médicale en prévision d'une intervention chirurgicale, beaucoup d'informations sont données, mais peu sont perçues à cause de leur abondance et du climat d'inquiétude, voire de stress ressenti par le patient. De plus, une consultation est limitée dans le temps et il est très fréquent, pour le patient, que des interrogations surgissent ensuite et demeurent sans réponse.

Les consultations éducatives pluridisciplinaires créées en 1992, sont organisées en rhumatologie et en orthopédie dans notre institution. Elles ont représenté une véritable nouveauté dans l'information du patient et ont beaucoup évolué depuis. Une première évaluation de leur rôle informatif a été proposée en 1996 [5]. Depuis, des améliorations tant sur le plan pédagogique qu'organisationnel ont été apportées. Une deuxième étude scientifique, randomisée publiée en 2003 [6] a montré l'impact de ces consultations éducatives, à savoir que **l'éducation préopératoire du patient diminuait l'anxiété, la douleur pré- et postopératoire et améliorait la fonction (tableau 1)**. La différence entre deux groupes de patients est significative en ce qui concerne la douleur préopératoire qui se retrouve diminuée dans le groupe d'intervention. La diminution de l'anxiété mesurée avec le Spielberger State and Trait Anxiety Inventory est en faveur du groupe d'intervention. La sortie de l'hôpital n'est en revanche pas influencée dans cette étude par la prise en charge préopératoire.

Tableau 1.- Évaluation de la douleur, de l'anxiété en pré- et postopératoire [1]

Résultats	Groupe d'intervention (n=48)	Groupe Contrôle (n=52)	p*
EVA- m ± DS			
Avant chirurgie	24 (21)	36 (29)	0,04
Après chirurgie	21 (18)	28 (22)	0,07
Score d'anxiété-dif avec état basal	m ± DS		
Pré opératoire	-1,74 (9,6)	+1,81 (9,6)	
Post opératoire	-2,65 (10,77)	+0,63 (12,39)	
A la sortie	-4,16 (10,74)	-2,53 (11,98)	
Complications (n,%)	9 (18)	6(12)	
Traitement			
Morphine (n,%)	4 (8)	5 (9)	1,0
Psychotropes(n,%)	15 (31)	13 (25)	0,49
Marche (jours) m ± DS	2,6 (0,6)	2,8 (1,0)	0,43
Sortie (jours) m ± DS	8,1 (2,5)	7,9 (2,4)	0,71
Satisfaction du patient (%) m ± DS	91,6 (16,0)	90,6 (22,3)	0,81

*t test ou Chi square test

Le deuxième volet à prendre en compte au cours de cette consultation éducative est le **risque infectieux** qui reste omniprésent et plus particulièrement en orthopédie.

On admet communément qu'en France, 6 % à 7 % des hospitalisations sont compliquées par une infection nosocomiale plus ou moins grave, soit environ 750 000 cas sur les 15 millions d'hospitalisations annuelles. La mortalité par infections nosocomiales serait comprise entre 10 000 et 20 000 décès par an.

Une seule séance éducative était alors proposée et en 2008 nous passons à deux séances de 3h chacune pour développer en parallèle un programme complémentaire de prévention du risque infectieux à l'hôpital.

Dans ce contexte, nous proposons un programme pour les patients souffrant d'une arthrose de hanche et/ou du genou et nécessitant une intervention chirurgicale avec mise en place d'une prothèse.

Le pôle ostéo-articulaire dispose de moyens logistiques et pédagogiques propres à assurer des activités éducatives répondant aux critères de qualité fixés par la HAS : des locaux adéquats (salle de staff pour les séances collectives et boxes de consultations pour les entretiens individuels) et des outils éducatifs adaptés (brochures éducatives et diaporamas). Ces derniers sont élaborés par les équipes multidisciplinaires à savoir : chirurgiens, rhumatologues, anesthésistes, rééducateurs et infirmiers. L'hygiène de vie et le risque infectieux quant à eux seront traités en collaboration avec les associations de malades et le CLIN de l'hôpital Cochin.

Ce projet original et innovant correspond et rassemble en une unité de lieu les axes prioritaires actuels :

- **Information** (loi du 04/03/02) [3].
- **Éducation des patients** (HAS 2007 - Loi HPST 2008 – Décrets 2010).
- **Prévention des infections** (Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008) [7].
- **Amélioration continue de la qualité des soins** [8]

C'est dans ce contexte que le pôle ostéo-articulaire du CHU COCHIN PARIS a obtenu un financement au titre des Missions d'intérêt général (MIGAC).

Il permet une coordination transversale et interdisciplinaire des professionnels de santé en collaboration avec les médecins de ville et les soins de suite au service du patient.

Les objectifs spécifiques de ce programme sont :

- l'acquisition de connaissances, de compétences pour un changement des habitudes au décours du programme par le patient ;
- une nouvelle hygiène de vie ;
- de nouveaux comportements dans la vie quotidienne.

L'impact final attendu est une réhabilitation précoce grâce aux moyens analgésiques mis en place (analgésie multimodale intégrant l'analgésie locorégionale) permettant une rééducation moins douloureuse et un lever rapide.

- une diminution globale du risque infectieux opératoire qui reste le facteur essentiel de la politique de qualité des soins.
- Une prise en charge spécifique de la douleur préopératoire serait une réelle avancée dans ce programme. Une douleur préopératoire est prédictive d'une douleur postopératoire importante !

Le nombre de patients pris en charge dans le cadre des consultations éducatives est d'environ 420 patients par an. Ce programme est proposé en ambulatoire dans le

service d'orthopédie. Il est systématiquement proposé aux patients souffrant de coxarthrose, de gonarthrose et candidats à la chirurgie prothétique. Les patients sont informés de l'existence du programme par voie d'affichage à la consultation et par courrier. Une inscription est demandée. Les patients sont libres de refuser d'y participer et peuvent quitter la séance à tout instant et les membres proches peuvent y assister.

Organisation des séances

Le programme a été établi à partir d'entretiens auprès des patients afin de répondre à leurs besoins, à leurs attentes et à leurs craintes. Il est évolutif et amélioré régulièrement selon les nouvelles données scientifiques.

Les dates prévisionnelles des séances sont proposées tous les 6 mois par l'équipe et adaptées aux vacances, grèves et congés.

En orthopédie, deux interventions de 3h chacune, consécutives et complémentaires sont proposées chaque mois pour préparer à la chirurgie prothétique. Les formations seront assurées par des spécialistes respectifs.

Lors de la première séance collective seront expliqués :

- les pathologies articulaires par un rhumatologue ;
- la chirurgie prothétique des membres inférieurs, les prothèses, les techniques, les bénéfices et risques et le suivi par un chirurgien ;
- les différents types d'anesthésie, la consultation préalable, les complications thromboemboliques, la transfusion et la prise en charge de la douleur par un anesthésiste-réanimateur ;
- les points pratiques : l'évaluation de la douleur, la prise en charge de la douleur liée aux soins, le déroulement des soins seront exposés par les infirmières ;
- la rééducation par le kinésithérapeute.

Lors de la deuxième séance collective seront expliqués :

- les risques infectieux liés aux soins seront précisés par le chirurgien, président du CLIN ;
- la prévention et l'hygiène par les infirmières et le kinésithérapeute ;
- un atelier d'hygiène des mains est assuré par des infirmières ;
- l'hygiène alimentaire est expliquée par une diététicienne ;
- le lien sera fait avec l'association de patients.

La coordination de l'équipe se fait comme suit :

- la rédaction du diaporama se fait avec les associations de patients et la révision est régulière ;
- la préparation du programme éducatif et sa synthèse sont bimensuelles ;
- les réunions régulières de mise au point et les discussions pour améliorer le contenu et le déroulement des séances sont programmées à l'avance ;
- la participation aux réunions d'ETP organisées au sein du pôle concerne les formations extérieures, la participation aux congrès spécifiques ETP et les réunions FETCH (Fédération d'ETP Cochin Hôtel-Dieu).

La coordination avec les autres acteurs du parcours de soins :

- les chirurgiens et les anesthésistes sont informés de la participation des patients au programme ;
- la réalisation d'un compte-rendu spécifique est en cours d'élaboration ;
- le dossier de traçabilité est en cours de conception (fiche d'identité, entretien, évaluation).

Il s'agit enfin d'une démarche d'établissement associant des professionnels de terrain, des hygiénistes et les associations de malades. La complémentarité avec les acteurs de santé du secteur extrahospitalier permettra la continuité des soins (médecins traitants, réseaux ville-hôpital...).

L'impact de ce programme sur l'organisation de soins, sur les dynamiques professionnelles et les collaborations transdisciplinaires pourra être évalué dans un second temps.

Comment intégrer l'ETP dans les soins et montrer son intérêt ?

Plusieurs volets se dégagent de l'ETP. Ainsi, pour développer les recommandations concernant la réhabilitation préopératoire, Coudeyre et al. (9) ont utilisé la méthode SOFMER (Société française de médecine et de réhabilitation). La réhabilitation préopératoire d'une arthroplastie du genou et de hanche préconisée comprend une thérapie physique et éducative. Elle sera associée à une visite à domicile du patient, car une physiothérapie isolée n'est pas recommandée. Ainsi une réhabilitation multidisciplinaire comprenant au moins une éducation des patients fragiles possédant des comorbidités et des problèmes sociaux devient prioritaire. D'autres études sont nécessaires pour définir les composantes de cette réhabilitation. Il a été démontré que la réhabilitation préopératoire contribue à une réduction de la durée d'hospitalisation, mais elle nécessite une collaboration de tous les professionnels de santé qualifiés dans l'éducation et la préparation du patient pour le retour à domicile. Cependant certaines interventions restent complexes : la kinésithérapie et l'éducation ne semblent pas avoir d'effet sur la déficience et la réduction de la durée de séjour reste sans impact médicoéconomique. Il n'y a pas d'étude concernant l'ergothérapie préopératoire isolée. En revanche l'intervention multidisciplinaire préopératoire entraîne une amélioration de l'appétit à la sortie et une réduction des durées de séjour chez les patients "à risque".

Ces deux précédents programmes d'information et de formation du patient ont montré le bénéfice d'une prise en charge et de l'éducation du patient en préopératoire. Nous n'avons trouvé ni de grandes études ni des résultats très significatifs en France concernant l'amélioration du postopératoire.

En revanche, une récente étude [10] écossaise sur l'arthroplastie du genou a démontré le bénéfice d'une mise en place d'un programme de récupération améliorée (*Enhance Recovery Programme : ERP*). L'objectif étant de réduire la morbidité tout en accélérant la réhabilitation périopératoire. 1081 patients bénéficiant d'une arthroplastie de genou ont suivi ce programme. La réorganisation de l'infrastructure existante d'un service hospitalier fut nécessaire pour une meilleure utilisation des ressources existantes [5].

Les avantages et l'impact économique des ERP ont été préalablement démontrés dans l'arthroplastie des membres inférieurs [11,12]. Le programme commence en préopératoire par l'information et l'éducation du patient [13] impliquant toutes les

disciplines. La prise en charge est continue jusqu'à la sortie. Le patient est informé sur son chemin clinique aménagé selon sa pathologie et son état préopératoire. Une aide lui est fournie pour diminuer son anxiété [14] et lui permettre de devenir membre actif de sa prise en charge pendant les soins [15]. L'analgésie périopératoire occupe une place importante dans ce programme et l'optimiser permet d'accélérer le processus de réhabilitation. Il va s'en dire que la technique chirurgicale comprenant une large infiltration d'anesthésiques locaux intra et extra articulaire, contribue dans cette étude à l'amélioration de la prise en charge de la prise en charge de la douleur.

Les résultats comparés à un groupe contrôle de 735 patients a démontré que la durée moyenne de séjour a été réduite et est passée de 6 à 4 jours pour le groupe ERP ($p < 0,001$), Le sondage urinaire (35% vs 6,9%) et la transfusion (3,7% vs 0,6%) ont été significativement réduits ($p < 0,001$). Le score moyen de douleur à la mobilisation sur une échelle numérique (0 = pas de douleur, 10 = douleur maximale) était de 3/10 pendant l'hospitalisation et 95% des patients étaient capables de se mobiliser durant les 24 premières heures. Aucune différence significative n'a été constatée concernant les événements thromboemboliques ($p = 0,35$ et $0,5$), l'infection ($p = 0,86$) et le taux de mortalité ($p = 0,8$).

CONCLUSION

L'ETP est considérée comme un élément indispensable de la prise en charge des patients souffrant de pathologie chronique, mais reste une démarche aujourd'hui encore tout à fait marginale dans le processus de soins. Cette démarche qui emprunte à de nombreux champs des sciences humaines doit aller toujours plus loin dans l'ouverture, vers les patients, vers de nouveaux professionnels de soins et vers de nouveaux domaines du soin, en préventif et en aigu. Le développement de cette démarche dans de nouveaux champs, tels que la prise en charge préopératoire de l'arthrose, est une avancée récente, qui améliore la qualité des soins et les résultats du geste chirurgical. La médecine change, les patients aussi, et nous devons tous être acteurs de ces changements, pour le bénéfice de nos patients.

RÉFÉRENCES

- [1] Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008;16:137-62.
- [2] Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient
- [3] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [4] Haute Autorité de santé, Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé. *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique*, juin 2007.
- [5] J.S. Giraudet-Le Quintrec, L. Kerboull, MF. Nguyen- Vaillant, S. Berton, M. Revel, A. Kahan, M. Kerboull, C.J.Menkès. Consultations éducatives : évaluation de leur rôle éducatif à court et à moyen terme. *Rev. Rhum. Mal. Ostéoartic.* 1996;63: 553-8.

- [6] Giraudet-Le Quintrec JS, Coste J, Vastel L, et al. Positive effect of patient education for hip surgery: a randomized trial. *Clin Orthop Relat Res* 2003;1: 112-20.
- [7] Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008.
- [8] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [9] E Coudeyre, C Jardin, P Givron, P Ribink, M Revel, F Rannou. Could preoperative rehabilitation modify postoperative outcomes after total hip and knee arthroplasty? Elaboration of French. Professional practices and recommendations. *Ann Réadapt Méd Phys* 2007 ;50:189-97.
- [10] McDonald DA, Siegmeth R, Deakin AH, Kinninmonth AWG, Scott NB.
An enhanced recovery programme for primary total knee arthroplasty in the United Kingdom — follow up at one year, *Knee* (2011), doi:10.1016/j.knee.2011.07.012
- [5] Wainwright T. An orthopaedic enhanced recovery pathway. *Curr Anaesth Crit Care* 2010;21:3.
- [11] Larsen K. Cost-effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation after total hip and knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 2009;91:4.
- [12] Larsen K. Effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation intervention compared to current intervention after hip and knee arthroplasty. A before-after trial of 247 patients with a 3-month follow-up. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9.
- [13] Pour AE. Minimally invasive hip arthroplasty: what role does patient preconditioning play? *J Bone Joint Surg Am* 2007;89:A9.
- [14] McDonald S. Pre-operative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;1.
- [15] Weiner KA. Empowering the pain patient to make treatment decisions. *Home Health Care Manage Pract* 2003;15:3.