

**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie**

**Québec** 

**Recueil des meilleures pratiques  
concernant l'organisation des services et les interventions en réadaptation  
pour les personnes ayant subi une fracture de hanche**

Réseau clinico-administratif (RCA) Santé physique  
Groupe de Travail Déficience physique – Orientation 2

Version finale du 1<sup>er</sup> octobre 2009

Document réalisé par

France Charles Fleury, *M.Sc.*, courtier de connaissances, Secteur Gestion des Connaissances  
[f.fleury@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:f.fleury@rrsss16.gouv.qc.ca)

Ont participé au groupe de travail

Lyne Girard, Centre Québécois de réadaptation  
Stéphane Aubut, ASSS Montérégie, Secteur Santé sociale et déficiences

Jean-François Renaud, CSSS Champlain  
Claudette Giguère, CSSS du Suroît  
Christiane Mignault, CSSS Haute-Yamaska  
Danielle Picotte, Julie Goudreau, CSSS Haut-Richelieu/Rouville  
Caroline Brooks, Manuel Campeau, CSSS Haut-Saint-Laurent  
France Gendron, CSSS Jardins-Roussillon  
Stéphane Dubuc, CSSS La Pommeraie  
Annick Villeneuve, Carole Benoit, Elise Dehem, CSSS Pierre-Boucher  
Julie St-Amant, CSSS Pierre-De Saurel  
Stéphane Durocher, CSSS Richelieu-Yamaska  
Dominique Pilon, Josée Prud'homme, CSSS Vaudreuil-Soulanges  
Diane Reed, ASSS Montérégie

Nous remercions particulièrement pour leur contribution mesdames Hélène Bouchard et Pascale Côté du Centre de documentation de l'ASSS Montérégie ainsi que Dr Gérald Désaulniers du CSSS Pierre-De Saurel.

*Citation suggérée :*

Fleury, France Charles. Recueil des meilleures pratiques concernant l'organisation des services et les interventions en réadaptation pour les personnes ayant subi une fracture de hanche / pour le groupe de travail déficience physique - orientation 2. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, octobre 2009, 36 p.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de la veille informationnelle de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (VIsAge) à l'adresse [www.asssm.veille.qc.ca](http://www.asssm.veille.qc.ca).

Ce document a été produit à titre d'information générale. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que son auteur, et non l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Les informations contenues dans le présent document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

## Table des matières

MISE EN CONTEXTE .....	3
LÉGENDE DE COULEURS .....	4
TABLEAU SYNTHÈSE DE LA RECENSION .....	4
GÉNÉRALITÉS .....	4
<i>Normes de pratique</i> .....	4
<i>Normes de pratique : fracture du col fémoral</i> .....	5
<i>Cheminement clinique</i> .....	7
<i>Implantation des normes de pratique</i> .....	8
<i>Temps de récupération</i> .....	8
<i>Instabilité</i> .....	8
<i>Dépression et déficit cognitif</i> .....	8
PHASE PRÉOPÉRATOIRE .....	9
<i>Traction</i> .....	9
<i>Évaluation à l'urgence</i> .....	9
<i>Délais pour la chirurgie</i> .....	10
<i>Plaies de pression</i> .....	10
<i>Solution saline ou substitut du plasma (gelatin)</i> .....	10
PHASE PÉRIOPÉRATOIRE ET RÉADAPTATION PRÉCOCE (JUSQU'À DE 7 À 10 JOURS POSTOPÉRATOIRE) .....	11
<i>Chirurgie</i> .....	11
Fracture extracapsulaire : généralités .....	11
Fracture extracapsulaire : arthroplastie par rapport à fixation interne .....	11
Fracture extracapsulaire : techniques chirurgicales de la fixation interne .....	12
Fracture intracapsulaire : généralités .....	12
Fracture intracapsulaire sans déplacement .....	13
Fracture intracapsulaire avec déplacement .....	13
Fixation interne, hémiarthroplastie et remplacement total de la hanche .....	13
Fracture intracapsulaire : types d'hémiarthroplastie .....	14
Évaluation des prothèses .....	15
<i>Anesthésie régionale par rapport à locale</i> .....	15
<i>Thrombose veineuse profonde</i> .....	16
Incidence et facteurs de risque .....	16
Traitement prophylactique .....	16
Vitamine K et warfarine .....	16
Prophylaxie pharmacologique ou mécanique .....	16
Héparine (anticoagulant) .....	17
Aspirine .....	17
Antibiotiques .....	17
<i>Statine et formation osseuse</i> .....	18
<i>Traitement de la plaie</i> .....	18

<i>Plaies de pression</i> .....	18
<i>Voies urinaires</i> .....	19
<i>Contrôle de la douleur</i> .....	19
<i>Programme compréhensif multi-disciplinaire</i> .....	19
<i>Programme de réadaptation</i> .....	19
<i>Mobilisation précoce</i> .....	19
<i>Ergothérapie tôt après la chirurgie</i> .....	20
<i>Suppléments nutritifs</i> .....	20
<i>Délirium</i> .....	21
<i>Durée moyenne de séjour : un exemple</i> .....	21
<b>RÉADAPTATION À L'INTERNE</b> .....	<b>21</b>
<i>Approche gériatrique multidisciplinaire et coordonnée</i> .....	21
<i>Modèle en ergothérapie</i> .....	22
<i>Efficacité des unités gériatriques de réadaptation</i> .....	22
<i>Interne par rapport à externe</i> .....	23
<i>Information pour les usagers et leurs proches</i> .....	23
<i>Intensité des traitements</i> .....	23
<i>Intensité en physiothérapie</i> .....	23
<i>Stratégies de mobilisation</i> .....	24
<i>Programme d'exercices</i> .....	25
<i>Exercices aérobiques</i> .....	25
<i>Entraînement au tapis roulant</i> .....	25
<i>Traitement et prévention de la dépression</i> .....	25
<i>Impact des déficits cognitifs</i> .....	26
<b>RÉADAPTATION EN EXTERNE</b> .....	<b>26</b>
<i>Réadaptation au domicile</i> .....	26
<i>Physiothérapie en externe</i> .....	28
<i>Ergothérapie et physiothérapie en externe</i> .....	28
<i>Programme d'exercices</i> .....	28
<i>Programme de renforcement</i> .....	28
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>29</b>
<b>ANNEXE 1</b> .....	<b>32</b>
CLASSIFICATION DES TYPES DE PROTHÈSES FÉMORALES OU HÉMIARTHROPLASTIES (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2007, P. 161).....	32
<b>ANNEXE 2</b> .....	<b>33</b>
LISTE DE VÉRIFICATION SUR LES INFORMATIONS À TRANSMETTRE AUX PERSONNES OPÉRÉES OU À LEURS PROCHES (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2009, PP. 31-32).....	33

## MISE EN CONTEXTE

Le présent ouvrage s'inscrit dans les travaux régionaux des Réseaux clinico-administratifs (RCA) de la Montérégie. Il représente le troisième et dernier volet de la recension demandée par le Groupe de travail *Déficience physique – orientation 2*. Ainsi, un recueil des meilleures pratiques a été produit sur l'accident vasculaire cérébral, un autre sur l'arthroplastie du genou et de la hanche.

Ce groupe composé de membres des CSSS de la Montérégie et du Centre Montérégien de Réadaptation a reçu le mandat suivant :

LIBELLÉ DE L'ORIENTATION RÉGIONALE 2 :

La préoccupation pour laquelle le RCA a émis une priorité s'énonce ainsi : « L'accessibilité aux services de réadaptation spécialisée et d'intégration sociale, incluant la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), pour les adultes et les personnes âgées ayant une atteinte neurologique non traumatique engendrant une déficience motrice incluant l'accessibilité aux services de réadaptation et de convalescence. »

MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL :

Cette préoccupation se traduit par la mise en place d'un groupe de travail dont le mandat est de « Préciser le plan d'action et les conditions de la mise en œuvre de l'orientation régionale 2 ».

Plus spécifiquement, le groupe souhaite :

- Définir le portrait actuel d'utilisation des services
- Faire une projection par secteur selon l'estimation des besoins
- Définir les intrants nécessaires à l'atteinte des besoins.
- Réaliser un plan de mise en œuvre du modèle d'organisation des services pour une accessibilité plus fluide

Dans ce contexte, la réalisation du recueil sur les meilleures pratiques vise deux objectifs :

- Pour le groupe de travail : préciser les meilleures pratiques en matière d'organisation des services et d'intervention afin de déterminer les modalités thérapeutiques les plus efficaces de l'interne jusqu'au domicile de l'utilisateur;
- Pour chaque CSSS : connaître les meilleures pratiques fondées sur les preuves afin de procéder à une bonification des services actuellement offerts dans leurs établissements.

Les résultats des études versées ici doivent être interprétés à la lumière des orientations nationales concernant les personnes ayant subi une fracture de hanche. De plus, bien que les preuves des niveaux 1 et 2 présentent généralement une bonne validité externe, la généralisation des résultats attendus dépend du contexte d'implantation. Une analyse rigoureuse s'impose alors avant de procéder au changement pour en optimiser les résultats.

Puisque le mandat vise les meilleures pratiques, la recension cible les revues systématiques et les essais contrôlés randomisés des dernières années. Ce choix met en lumière les modes d'organisation des services et les interventions qui paraissent offrir le plus d'effet, tant sur le plan clinique que pour la performance du Réseau. Des publications qualifiées de « tendances fortes » sont de même intégrées dans le recueil. Une tendance est jugée forte lorsque les informations proviennent d'un organisme reconnu et qu'elles sont le produit d'une revue de littérature avec consensus d'experts. Enfin, le recueil est complété par un résumé de certaines études descriptives. Elles reflètent les résultats de bonnes pratiques. Le tableau suivant précise la légende de couleurs qui se rapporte aux quatre types de publications recensées.

LÉGENDE DE COULEURS *	
1	Résultat d'une méta-analyse ou d'une revue systématique d'essais contrôlés randomisés
2	Résultat d'un essai contrôlé randomisé
T	Tendance forte observée dans la littérature
D	Étude descriptive

## TABLEAU SYNTHÈSE DE LA RECENSION

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
<b>Généralités</b>							
<u>Normes de pratique</u>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'Association britannique d'orthopédie énumérait en 2008 quatorze normes de pratique à propos des personnes âgées :                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La prévention secondaire doit être une partie intégrante des soins.</li> <li>2. Les patients pour qui une fracture de hanche est fortement suspectée, mais dont la radiographie initiale est normale, devraient passer un test plus poussé d'imagerie.</li> <li>3. Les patients devraient être admis dans les 4h auprès d'une équipe compétente pour le soin aux personnes vulnérables.</li> <li>4. Les besoins en analgésiques doivent être considérés en se rappelant que jusqu'à 1/3 des personnes ont des déficits cognitifs.</li> <li>5. Il faut éviter la déshydratation préopératoire : administrer des fluides intraveineux et faire les tests sanguins requis.</li> <li>6. Les patients doivent être évalués et positionnés de manière à éviter les problèmes de pression.</li> <li>7. L'évaluation préopératoire suit le protocole local entendu entre les anesthésistes, les orthogériatres et les chirurgiens orthopédistes. Elle vise à cerner les problèmes médicaux, à</li> </ol> </li> </ul>	(British Orthopaedic association, 2008)			T	

\* Les niveaux 1 et 2 sont adaptés de McGovern et al. (2001) *Key topics in evidence-based medicine*. Oxford (UK) : BIOS, p.15.

† Les lignes directrices écossaises sur la fracture de hanche (2009) relatent qu'une évaluation gériatrique complète (*comprehensive*) pourrait jouer un rôle similaire à celui d'un orthogériatre, avec un impact significatif sur la réduction de la mortalité.

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
		<p>identifier les patients à risque et à faciliter un traitement rapide.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Une communication efficace est établie avec le patient ou sa famille à propos des décisions relatives au traitement.</li> <li>9. La fixation chirurgicale ne devrait pas être reportée plus de 48h après l'admission à moins d'une réversibilité imminente de la condition médicale.</li> <li>10. Une biopsie histologique doit être réalisée s'il y a suspicion d'une cause pathologique à la fracture.</li> <li>11. La composition de l'équipe, fondée sur l'expérience et la compétence des membres, doit viser une minimisation des risques d'échec de la fixation, l'évitement d'une autre chirurgie et faciliter une rapide mobilisation avec mise en charge.</li> <li>12. La prophylaxie antibiotique et les techniques stériles sont prépondérantes.</li> <li>13. L'implication des orthogéiatres<sup>†</sup> dans toutes les phases des soins est essentielle pour estimer le potentiel de récupération.</li> <li>14. Chaque hôpital devrait soumettre ses données sur un plan national pour apprécier sa performance.</li> </ol>					
<p><b><u>Normes de pratique : fracture du col fémoral</u></b></p>	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les principales normes de pratiques retenues dans <i>The Greater Manchester and Wirral Fracture Neck of Femur Audit 2007</i> sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– 100% des patients sont transférés sur l'unité à l'intérieur d'un délai de 4h suite à l'arrivée à l'urgence.</li> <li>– 100% des patients reçoivent des fluides intraveineux (<i>IV fluids</i>) contre la déshydratation.</li> <li>– 100% des patients reçoivent des antibiotiques en prophylaxie.</li> <li>– 100% des patients reçoivent une prophylaxie contre la thrombose veineuse profonde.</li> <li>– 100% des patients sont admis dans une unité de réadaptation orthopédique.</li> <li>– 70% des patients sont opérés à l'intérieur de 24h.</li> <li>– 100% des patients sont évalués en physiothérapie à J1 suivant l'opération.</li> <li>– 60% des patients mobilisés dès J2 suivant l'opération.</li> </ul> </li> <li>▪ Plus spécifiquement, cette organisation du Royaume-Uni se fonde sur le <i>British Orthopaedic association, le British Geriatric Society et le Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i> pour émettre les normes de pratique qui serviront aux commissaires de l'audit :</li> </ul>	(Todd et al., 2008, pp. 7-11)			T	

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
		<p><b>PREOPERATIVE CARE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>ED - Early assessment in ED or on the ward should include a formal recording of: - fluid balance; pain; co-existing medical problems; mental state; previous mobility.</i></li> <li>– <i>Time to Ward – Patients should be transferred to ward within two hours of arrival in ED. All patients with hip fracture should be admitted to an acute orthopaedic ward within 4 hours of presentation. 90% of these patients should be admitted within 2 hours of arrival.</i></li> <li>– <i>Admitting ward – 100% patients presenting with a fragility fracture should be admitted to an orthopaedic ward. Patient management should have routine access to acute ortho-geriatric medical support from the time of admission.</i></li> <li>– <i>Delay to Theatre – SIGN guidelines state that all patients who are medically fit should be operated on within 24 hours of admission (during standard daytime working hours including weekends) which is followed in this audit. However, the Blue Book states that surgery should be carried within 48 hours of admission.</i></li> <li>– <i>Assessment by OT early in the management of care should be ideally carried out.</i></li> </ul> <p><b>PERI-OPERATIVE MANAGEMENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Prophylactic Antibiotics - All patients undergoing hip fracture surgery should receive antibiotic prophylaxis.</i></li> <li>– <i>Venous Thrombo-embolism Prophylaxis - Prophylaxis against VTE should be considered in all patients.</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Mechanical prophylaxis to reduce risk of asymptomatic VTE (IPC or foot pumps).</i></li> <li>▶ <i>Aspirin 150 mg orally should be given to patients at time of admission and continued for 35 days.</i></li> <li>▶ <i>Heparin should be given only to high risk patients or when the above are contraindicated.</i></li> </ul> </li> <li>– <i>Anaesthesia – Should be closely supervised by an anaesthetist with sufficient experience.</i></li> <li>– <i>General or regional (spinal/epidural) anaesthesia may be considered for patients undergoing hip fracture repair depending on specific indications / contraindications. Combinations of general, regional and local anaesthesia are also widely used.</i></li> <li>– <i>Operation – For displaced intracapsular fracture, younger, active, fitter patients should be considered for internal fixation. Older patients are treated by hemi-arthroplasty generally.</i></li> <li>– <i>Bipolar hemiarthroplasty and total hip replacement are acceptable procedures in certain groups of patients.</i></li> <li>– <i>Extracapsular Fractures are treated by DHS mostly but in some fractures IM fixation is preferable.</i></li> <li>– <i>Hemiarthroplasty - Cement should be used when undertaking hemiarthroplasty. In extremely frail patients with cardio-respiratory problems, an uncemented prosthesis may have to be used.</i></li> </ul> <p><b>POST-OPERATIVE CARE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Urinary Catheterisation – not a routine procedure. There should be a specific indication for doing it.</i></li> <li>– <i>Mobilisation - If the patient's overall medical condition allows, mobilisation should begin within 24 hours</i></li> </ul>					

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
		<p><i>postoperatively.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Nutritional status – All patients should have a nutritional assessment. Consider diet supplementation with high energy protein preparations containing minerals and vitamins.</i></li> </ul> <p>DISCHARGE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>All patients presenting with fragility fracture should be assessed to determine their need for anti-resorptive therapy (for eg. Calcium, Vitamin D and bisphosphonates) to prevent future osteoporotic fractures.</i></li> <li>– <i>All referred patients should receive either a Home Visit and /or Environmental Assessment by the OT.</i></li> <li>– <i>Patients should receive a follow up visit within 2 working days of discharge / referred to community based therapy services.</i></li> </ul>					
<b><u>Cheminement clinique</u></b>	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans une étude américaine, l'implantation d'un cheminement clinique depuis la phase préopératoire jusqu'au congé pour des usagers de 80 ans sans troubles cognitifs, comparativement à l'absence de la formalisation de ce cheminement sur la même unité, est associée avec une réduction de la durée de séjour (13,7 jours par rapport à 21,6) et de la mortalité intra-hospitalière (1,5% par rapport à 5,3%), sans croissance du taux de réopération et sans différence dans la récupération de la capacité ambulatoire.</li> <li>▪ L'algorithme est versé dans les articles. On y retrouve notamment             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Une approche coordonnée et multidisciplinaire;</li> <li>– Une réadaptation débutée à J1 post-chirurgie;</li> <li>– Des objectifs de 15, 20 et 40 pieds en physiothérapie aux jours 1, 2 et 3;</li> <li>– Et une visite au domicile par l'ergothérapeute.</li> </ul> </li> <li>▪ À interpréter avec prudence vu les différences possibles entre les deux cohortes au regard de l'évolution dans le temps des traitements. Notons que l'étude est américaine et que les auteurs ont négligé d'ajouter un paragraphe sur les faiblesses de l'étude.</li> </ul>	(Koval, 2004; Koval, Chen, Aharonoff, Egol, & Zuckerman, 2004)				D
	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans une autre étude américaine, les auteurs décrivent le processus de développement puis d'implantation d'un protocole de soins depuis l'admission à l'urgence jusqu'au congé de l'unité. Ils observent après 17 mois d'implantation une réduction des coûts hospitaliers et de la durée moyenne de séjour, pour une clientèle de 76 ans en moyenne.</li> <li>▪ Leur approche met l'emphase sur             <ul style="list-style-type: none"> <li>– La coordination des membres de l'équipe;</li> <li>– Une mobilisation rapide;</li> </ul> </li> </ul>	(Watters & Moran, 2006)				D

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– La prévention des complications;</li> <li>– Et l'implication des proches.</li> <li>▪ Notons que cet article représente plus la description d'une expérience qu'une étude formelle, dans un contexte américain et sans évocation du rôle des autres partenaires ou missions du réseau de la santé.</li> </ul>					
<b><u>Implantation des normes de pratique</u></b>	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)</i> complète son exercice sur les meilleures pratiques de 2009 en ajoutant un chapitre sur l'implantation de telles normes (pp. 33-35). Les auteurs mettent l'accent sur deux choses : les implications financières et l'audit des pratiques courantes au regard des normes recommandées.</li> <li>▪ Les implications financières concernent surtout les ressources supplémentaires requises, principalement pour le fondaparinux en soi et le personnel requis pour les injections de ce médicament au domicile.</li> <li>▪ L'audit † souligne le besoin pour chaque organisation d'estimer sa situation actuelle puis l'écart avec la situation recommandée dans les normes de pratique. La communication entre gestionnaires et équipes de soins apparaît comme un élément de succès de la démarche.</li> </ul>	(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)			T	
<b><u>Temps de récupération</u></b>	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La plus grande partie de la récupération survient dans les 130 jours suivant la chirurgie. Les auteurs tirent cette conclusion après avoir suivi une cohorte de 50 canadiens ayant en moyenne 80,8 ans et capables de donner leur consentement.</li> </ul>	(Edwards, Baptiste, Stratford, & Law, 2007)				D
<b><u>Instabilité</u></b>	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une revue narrative de 2009 relate les facteurs liés à l'instabilité suite à une arthroplastie totale de hanche. L'auteur conclue que la technique préventive la plus prometteuse contre l'instabilité consiste à utiliser d plus larges têtes fémorales.</li> </ul>	(Colwell, 2009)				D
<b><u>Dépression et déficit cognitif</u></b>	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La dépression et les déficits cognitifs sont prédictifs de résultats négatifs dans la réadaptation des personnes âgées après une fracture de hanche. Ils réduisent en effet le temps de participation aux traitements.</li> <li>▪ Une prise en compte particulière de ces facteurs par l'équipe clinique contribuerait à optimiser les effets du temps de réadaptation.</li> </ul>	(Lenze et al., 2004)				D

† Audit : « Opération de diagnostic qui porte sur une activité particulière ou sur la situation d'une organisation, réalisée au moyen d'études, d'exams systématiques et de vérifications dont les résultats sont jugés en toute indépendance, et qui sert à émettre un avis ou à proposer des mesures correctives durables » (Grand dictionnaire terminologique, juillet 2009).

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'observation de 133 travailleurs ontariens de la santé œuvrant en unité de réadaptation gériatrique indique que :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'anxiété, l'irritabilité et l'agitation du patient sont les principaux comportements qui compliquent les soins.</li> <li>– Seulement 51% des infirmières parvenaient à lister des stratégies face aux principaux comportements par rapport à 96% chez les autres professionnels.</li> <li>– Les troubles de mémoire et le manque d'introspection sont les principaux symptômes cognitifs qui compliquent les soins.</li> </ul> </li> </ul>	(McGilton, Wells, Davis et al., 2007; McGilton, Wells, Teare et al., 2007)				D
	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le suivi de 139 personnes âgées au départ non dépressives pendant 6 mois suite à une fracture de hanche fait ressortir que la douleur postopératoire et l'anxiété seraient les plus forts prédicteurs de dépression.</li> </ul>	(Oude Voshaar et al., 2007)				D
	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chez 126 américains âgés en moyenne de 80 ans, 14,3% ont développé un trouble dépressif majeur en cours de séjour. Le risque est accru dans les 10 premiers jours et l'est particulièrement dans les 2 premiers jours suite à la chirurgie.</li> </ul>	(Lenze et al., 2007)				D
	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une cohorte du Royaume-Uni de 293 personnes ayant en moyenne 81 ans rapporte que 42% des participants cotaient 7 ou plus sur l'Échelle gériatrique de dépression à l'intérieur de deux semaines postopératoire.</li> </ul>	(Burns et al., 2007)				D
<b>Phase préopératoire</b>							
<b><u>Traction</u></b>	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La traction préopératoire (peau ou squelette) ne démontre aucune différence. Les objectifs de la traction sont de diminuer la douleur et d'assister la réduction de la fracture.</li> <li>▪ La traction tendrait plutôt à accroître l'utilisation d'analgésique (1 essai randomisé contrôlé).</li> </ul>	(Beaupre, Johnston, Buckingham, & Majumdar, 2005; New Zealand Guidelines Group, 2003; Parker & Handoll, 2006c; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			
<b><u>Évaluation à l'urgence</u></b>	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le patient suspecté d'avoir une fracture de hanche devrait être évalué préférentiellement dans l'heure qui suit son arrivée.</li> </ul>	(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)			T	

<b>Rubriques</b>	No de l'énoncé	<b>Énoncés</b>	<b>Références</b>	1	2	T	D
<b><u>Délais pour la chirurgie</u></b>	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La chirurgie devrait être réalisée dans les 24h, une fois l'usager stable sur le plan médical.</li> <li>▪ Différentes études de cohorte observent une association entre le prolongement du délai de la chirurgie et les effets négatifs sur la mortalité, les plaies de lit, les complications médicales et la durée du séjour.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)				D
	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bien que les études sur les effets des délais d'attente soient enclines à de sérieux biais, une étude d'observation (16 881 finlandais) rapporte qu'un délai égal ou supérieur à 3 nuits entre l'admission et l'opération est associé avec un traitement non optimal et un risque accru de mortalité.</li> </ul>	(Sund & Liski, 2005)				D
	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une étude de cohorte de près de 4000 canadiens (médiane des groupes comparés de 81 à 83 ans), entre 1994 et 2000, conclue qu'un délai de moins de 24h peut être une mesure inappropriée de qualité des services si l'usager est instable sur le plan médical.</li> <li>▪ Le délai entre l'admission à l'urgence et la chirurgie ne serait pas associé avec une mortalité à brève échéance. La mortalité serait plutôt associée à l'état préopératoire de la personne et aux choix chirurgicaux.</li> </ul>	(Majumdar et al., 2006)				D
<b><u>Plaies de pression</u></b>	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les matelas à réduction de pression permettent de prévenir et de réduire le développement de plaies de pression.</li> <li>▪ Notons que l'incidence observée des plaies de pression varie entre 10 et 40%.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; New Zealand Guidelines Group, 2003)	1			
<b><u>Solution saline ou substitut du plasma (gelatin)</u></b>	19	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'ajout de 500 ml de Gelofusine® à une solution saline en préopératoire ne présente pas plus d'avantages sur le taux de mortalité à 30 jours ou les complications postopératoires qu'une solution saline seule. Cette intervention tendrait toutefois à réduire la durée de séjour, précisent les auteurs.</li> <li>▪ L'essai randomisé contrôlé comptait 396 patients dont la moyenne d'âge était de près de 81 ans.</li> <li>▪ Tous les patients des groupes intervention et contrôle recevaient une solution saline en I.V. dès l'admission à l'urgence à un taux de 1 litre aux 8-12 heures.</li> </ul>	(Parker, Griffiths, & Boyle, 2004)		2		

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
<b>Phase périopératoire et réadaptation précoce (jusqu'à de 7 à 10 jours postopératoire)<sup>§</sup></b>							
<b>Chirurgie</b>							
<b>Fracture extracapsulaire : généralités</b>	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malgré de nombreuses publications sur des techniques chirurgicales spécifiques, la détermination des meilleures pratiques reste incertaine.</li> <li>▪ Le <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i> recommande fortement le recours aux vis-plaque à compression (<i>sliding hip screw</i>)** en guise de traitement standard, sauf pour certaines fractures où la technique intramédullaire peut être envisagée.</li> <li>▪ La vis-plaque à compression s'installe plus facilement et plus rapidement que les clous intramédullaires.</li> <li>▪ Les clous intramédullaires offrent un plus haut taux de complications. Bien que le taux de sepsie de la plaie profonde, la durée de la chirurgie et la perte de sang lors de l'opération soient plus avantageux avec un clou <i>condylocephalic</i> qu'avec un implant extramédullaire, il demeure que les clous accroissent les risques de fracture aux pourtours de la prothèse et les réopérations.</li> <li>▪ Les clous intramédullaires présentent néanmoins de meilleurs résultats pour des personnes ayant une fracture intertrochantérienne basse transversale ou oblique ou une fracture sous-trochantérienne.</li> <li>▪ Les clous de Ender ne devraient pas être utilisés car ils augmentent significativement le risque de déformation et la douleur.</li> <li>▪ Parker et Handoll concluent que les différents types de clous ne présentent pas d'avantages supérieurs les uns par rapport aux autres et que la supériorité de la vis-plaque à compression n'indique pas de faire d'autres études comparatives sur les effets des clous.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; New Zealand Guidelines Group, 2003; Parker & Handoll, 1998, 2006a, 2006b, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			
<b>Fracture extracapsulaire : arthroplastie par rapport à fixation interne</b>	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ À partir de deux essais randomisés contrôlés présentant des limitations méthodologiques, les auteurs concluent qu'il n'y a pas de preuve suffisante pour déterminer si l'arthroplastie présente des avantages supérieurs à une fixation interne. L'implication pour la pratique est de conserver la méthode habituelle pour une fracture extracapsulaire instable, soit l'utilisation d'une vis-plaque à compression.</li> </ul>	(Parker & Handoll, 2006d)	1			

<sup>§</sup> Le regroupement de connaissances sous un chapitre périopératoire allant jusqu'à 10 jours postopératoire s'inspire du résultat de la recension systématique de Beaupre et al. (2005).

\*\* Peyser et al. (2007) rappellent que *sliding hip screw* est l'équivalent de *compression dynamic hip screw*.

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
<b>Fracture extracapsulaire : techniques chirurgicales de la fixation interne</b>	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En comparant l'ostéotomie et la réduction anatomique sous une modalité de fixation à l'aide de vis-plaque à compression, l'ostéotomie est associée à une plus grande perte de sang lors de l'opération et à une durée plus longue de la chirurgie. Il n'y a pas de différence significative sur la mortalité, la morbidité ou les déformations anatomiques.</li> <li>▪ Une fixation à l'aide de vis-plaque à compression augmentée avec du ciment présente à 6 mois de meilleurs scores de qualité de vie chez les personnes âgées par rapport à une fixation non cimentée.</li> <li>▪ Les auteurs estiment que les preuves sont insuffisantes pour supporter l'utilisation de l'ostéotomie dans la fixation des fractures trochantériennes ou pour favoriser l'utilisation des autres techniques analysées dans la revue systématique.</li> </ul>	(Parker & Handoll, 2009)	1			
	23	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une étude randomisée contrôlée qui compare les effets d'une compression ou non conjointement avec une vis-plaque ne montre pas de différence significative.</li> <li>▪ Une étude randomisée contrôlée note une tendance à des bénéfices supérieurs en utilisant un tire-fond recouvert d'hydroxyapatite.</li> </ul>	(Parker & Handoll, 2009)		2		
<b>Fracture intracapsulaire : généralités</b>	24	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malgré de nombreuses publications sur des techniques chirurgicales spécifiques, la détermination des meilleures pratiques reste incertaine, principalement pour les fractures du col du fémur.</li> <li>▪ Les vis présentent de meilleurs résultats que les tenons (<i>pins</i>) pour les fractures non déplacées.</li> <li>▪ Les arthroplasties cimentées sont supérieures aux non-cimentées : douleur moindre et meilleure récupération de la mobilité.</li> <li>▪ Les implants bipolaires ne présentent pas plus d'avantages que les implants unipolaires, mais les implants unipolaires sont moins dispendieux. Le Groupe néo-zélandais (2003) rapporte de telles conclusions pour des personnes de 75 ans et plus.</li> <li>▪ Le choix entre une hémiarthroplastie ou une fixation interne dépend du rapport entre les particularités de l'usager (son âge, son niveau d'activité et son statut de santé) et les préférences du chirurgien. Toutefois, les fractures déplacées devraient être traitées avec une hémiarthroplastie ou une arthroplastie complète.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; New Zealand Guidelines Group, 2003; Parker & Gurusamy, 2006a)	1			

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
<b>Fracture intracapsulaire sans déplacement</b>	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les auteurs énoncent que, malgré de nombreuses publications sur des techniques chirurgicales spécifiques, la détermination des meilleures pratiques reste incertaine, principalement pour les fractures du col du fémur.</li> <li>▪ Toutefois, le groupe néo-zélandais (2003) souligne que les vis procureraient une meilleure fixation et une meilleure cicatrisation que les tenons non filetés chez les personnes de 65 ans et plus. Ils en recommandent l'utilisation sur les bases de publications à fort risque de biais.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; New Zealand Guidelines Group, 2003; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			
<b>Fracture intracapsulaire avec déplacement</b>	26	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une arthroplastie serait supérieure à une fixation interne pour une fracture avec déplacement, avec comme conséquence un plus faible taux de réopération.</li> <li>▪ En général, une procédure de réduction de la fracture suivie d'une fixation interne est privilégiée chez les usagers plus jeunes, plus actifs, lorsqu'une arthroplastie sera favorisée chez les usagers plus âgés, moins mobiles. L'hémiarthroplastie serait plus à envisager chez les personnes très âgées.</li> <li>▪ La prothèse totale de hanche (PTH) apparaît plus favorable que l'hémiarthroplastie pour des usagers actifs âgés de moins de 80 ans.</li> <li>▪ La PTH n'est toutefois pas recommandée pour les usagers atteints de démence.</li> <li>▪ Bien que le temps de chirurgie soit plus long lors de l'installation d'une PTH, les résultats fonctionnels sont supérieurs par rapport à une hémiarthroplastie, cimentée ou non.</li> </ul>	(New Zealand Guidelines Group, 2003; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			
	27	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'utilisation de ciment osseux pour une arthroplastie est associée avec moins de douleur dans le membre opéré.</li> </ul>	(New Zealand Guidelines Group, 2003)	1			
	28	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il n'existe pas de preuve suffisante pour confirmer l'effet relatif d'une réduction ouverte ou fermée des fractures intracapsulaires, ou les effets de l'impaction<sup>††</sup> ou de la compression sur une fracture intracapsulaire traitée par fixation interne.</li> </ul>	(Parker & Banerjee, 2005)	1			
<b>Fixation interne, hémiarthroplastie et remplacement total de la hanche</b>	29	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'hémiarthroplastie et le remplacement total de la hanche présentent des bénéfices supérieurs à une fixation interne sur le plan clinique et très probablement sur le plan économique, pour des usagers ayant en moyenne 75 ans et capables de donner leur consentement.</li> <li>▪ Le remplacement total de la hanche présenterait des avantages supérieurs par rapport à une hémiarthroplastie bipolaire sur une période de deux ans.</li> </ul>	(Frihagen, Nordsetten, & Madsen, 2007; Keating, Grant, Masson, Scott, & Forbes, 2005)		2		

†† Impaction : Réduction de la fracture lorsqu'on peut admettre un raccourcissement du membre. On fait alors pénétrer l'un dans l'autre les bouts de l'os brisé.

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'essai randomisé contrôlé de 2005 rapporte que, sur une période de deux ans, une chirurgie supplémentaire s'est avérée requise chez 39% des participants ayant reçu une fixation interne, chez 5% de ceux ayant reçu une hémiarthroplastie et chez 9% de ceux ayant reçu un remplacement total de la hanche. Des différences sur le plan fonctionnel sont significatives à 4 et 12 mois, l'effet s'estompant à 2 ans dû aux réopérations dans le groupe fixation interne.               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Différence du temps de chirurgie : 9 min de moins pour le groupe fixation (fix) par rapport au groupe hémiarthroplastie (hémi); et 21 min de moins pour le groupe hémi par rapport au groupe remplacement total (PTH). Les preuves disponibles ne suggèrent pas qu'une telle différence soit associée à un risque accru de complications.</li> <li>– Besoin de transfusions en postopératoire : inférieure pour le groupe fix (7%), intermédiaire pour le groupe hémi (14%) et supérieure pour le groupe PTH (32%).</li> <li>– Durée du séjour hospitalier : différence non significative, les séjours moyens oscillant entre 10,6 et 12,3 jours selon les groupes.</li> <li>– Résultats fonctionnels : meilleurs résultats observés à 2 ans du groupe PTH, puis du groupe hémi par rapport au groupe fix. Les bénéfices apparaissent plus importants dans le groupe d'âge des 60-74 ans, ce qui est contraire aux croyances habituelles selon les auteurs.</li> </ul> </li> </ul>					
	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La comparaison entre la préservation de la tête fémorale avec une fixation interne ou son remplacement par une arthroplastie semble avantager le remplacement cimenté, principalement parce que la fixation interne est associée avec un risque accru de réopération et une moins bonne récupération fonctionnelle. Le risque accru de réopération s'élève à 36% contre 11% pour l'arthroplastie.</li> <li>▪ Toutefois, la fixation interne est associée avec une plus courte durée de séjour et moins de perte sanguine en cours de chirurgie.</li> <li>▪ Les coûts sur une période de deux ans s'avèrent inférieurs pour une PTH par rapport à une hémiarthroplastie et par rapport à une fixation interne (coûts PTH &lt; coûts hémi &lt; coûts fix).</li> </ul>	(Parker & Gurusamy, 2006b)	1			
<b>Fracture intracapsulaire : types d'hémiarthroplastie</b>	31	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quatre revues systématiques ne trouvent pas de preuve de la supériorité des implants bipolaires sur les implants unipolaires. Elles identifient toutefois de meilleurs résultats des implants cimentés sur les implants non cimentés.</li> <li>▪ La classification des types d'hémiarthroplasties, telle que rapportée par la Haute autorité de santé (2007), est versée en annexe.</li> </ul>	(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
Évaluation des prothèses	32	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Haute autorité de santé française a émis un long rapport en 2007, à l'aide d'une recension de la littérature et de consultations d'experts (<a href="#">HAS Rapport complet</a>).</li> <li>▪ Les informations sont regroupées sous les thèmes suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Évaluation                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse critique des données : Couples de frottement des PTH; Modes de fixation des PTH (tiges, cotyles); Comparaison des prothèses utilisées en chirurgie traumatologique</li> <li>• Consensus formalisé d'experts : Couples de frottement des PTH; Modes de fixation des PTH (tiges, cotyles); Comparaison des prothèses utilisées en chirurgie traumatologique</li> </ul> </li> <li>– Position du groupe de travail : sur les mêmes thèmes cités précédemment</li> </ul> </li> </ul>	(Haute autorité de santé, 2007)	1			
	33	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D'autres publications proposent une analyse de l'efficacité et des coûts relatifs de certains types de prothèses, dont :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– <a href="#">Metal-on-metal hip resurfacing arthroplasty (2002)</a></li> <li>– <a href="#">A systematic review of outcomes and modelling of cost-effectiveness associated with different prothesis (1998)</a></li> </ul> </li> </ul>				T	
<u>Anesthésie régionale par rapport à locale</u>	34	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'anesthésie locale, comparée à l'anesthésie générale, est associée avec une réduction du risque de mortalité à 1 mois postopératoire; une réduction du risque de thrombose veineuse, d'embolie pulmonaire et de pneumonie; ainsi qu'avec une réduction du besoin de transfusion.</li> <li>▪ Le groupe néo-zélandais ne retient qu'un effet bénéfique statistiquement significatif de l'anesthésie locale sur le risque de thrombose veineuse par rapport à une anesthésie générale.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; New Zealand Guidelines Group, 2003)	1			
	35	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'anesthésie locale présente une légère mais significative réduction de l'incidence d'apparition d'un état confusionnel chez les personnes âgées par rapport à l'anesthésie générale.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			
	36	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La littérature ne présente toutefois pas de preuve robuste sur la différence entre anesthésie locale et générale au regard de la mortalité à 3, 6 et 12 mois, de même que de la durée de séjour ou des problèmes cardiaques. Les études seraient de pauvre qualité.</li> </ul>	(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009; Urwin, Parker, & Griffiths, 2000)	1			

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
<b>Thrombose veineuse profonde</b>							
<b>Incidence et facteurs de risque</b>	37	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Notons que l'incidence d'une thrombose proximale (au-dessus du genou) est estimée à 27%. L'incidence d'une embolie pulmonaire fatale s'élève entre 1,4% et 7,5% dans les trois premiers mois suivant la chirurgie.</li> <li>▪ Les facteurs qui accroissent le risque de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire sont :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'histoire de thrombose veineuse ou d'embolie pulmonaire;</li> <li>– Une tumeur maligne;</li> <li>– Une histoire familiale de thrombose ou d'embolie;</li> <li>– Une immobilité prolongée ou une pauvre mobilité.</li> </ul> </li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; British Orthopaedic Association, 2006)				D
<b>Traitement prophylactique</b>	38	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La prophylaxie contre la thrombose devrait être débutée entre l'admission et la chirurgie si la chirurgie est reportée.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)	1			
<b>Vitamine K et warfarine</b>	39	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il est recommandé qu'un antagoniste de la vitamine K soit utilisé pendant 10 jours suite à l'opération, avec un ratio international normalisé de 2,5 mg (acceptable entre 2,0 et 3,0 mg).</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)		2		
	40	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une faible dose de vitamine K (de 1mg à 2,5mg) administrée de manière intraveineuse ou orale annule partiellement l'effet anticoagulant de la warfarine sur une période de 24h.</li> </ul>	(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			
<b>Prophylaxie pharmacologique ou mécanique</b>	41	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'héparine ou le fondaparinux, ou encore les méthodes mécaniques (<i>mechanical pumping</i>), réduisent significativement le risque de thrombose veineuse profonde. Il est recommandé que le traitement soit administré pour au moins 10 jours suite à l'opération.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)		2		
	42	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il n'y a pas de preuve forte que la prophylaxie pharmacologique soit supérieure à la prophylaxie mécanique. La conclusion doit être interprétée avec précaution vu la faible qualité des études disponibles.</li> </ul>	(Handoll et al., 2002; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			
	43	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La thromboprophylaxie mécanique, comme la compression cyclique, montre de meilleurs résultats pour prévenir la thrombose que l'absence de traitement ou l'élévation des jambes.</li> <li>▪ L'utilisation de méthodes mécaniques n'est pas associée avec une augmentation des hémorragies ou du besoin de transfusions.</li> </ul>	(New Zealand Guidelines Group, 2003; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Il n'y a pas de preuve convaincante que l'utilisation de bas de compression gradués prévienne la thrombose veineuse.</li> <li>▪ Le groupe néo-zélandais rapporte toutefois que les moyens mécaniques présentent des risques pour la peau et des problèmes d'observance au traitement.</li> </ul>					
Héparine (anticoagulant)	44	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'héparine réduit significativement le risque de tous types de thrombose veineuse profonde par rapport à un placebo, qu'elle soit non fractionnée ou de faible poids moléculaire. Il n'y a toutefois pas de preuve qu'une forme soit supérieure à l'autre.</li> </ul>	(Handoll et al., 2002; New Zealand Guidelines Group, 2003; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			
	45	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les auteurs d'une méta-analyse concluent qu'il n'y a pas de preuve convaincante que l'héparine de faible poids moléculaire administrée en préopératoire soit associée à une réduction significative du risque de thrombose veineuse profonde asymptomatique, même pour de forts dosages (<math>\geq 4000</math> anti-Xa U.I.). Notons que la recension incluait les diagnostics de fracture de hanche, prothèses totales de hanche et de genou.</li> <li>▪ Ils observent de plus une corrélation entre le risque de thrombose et le dosage de l'héparine de faible poids moléculaire (entre 3000 et 6000 anti-Xa U.I.), sans toutefois recommander une application claire vu l'hétérogénéité des études consultées.</li> <li>▪ L'héparine de faible poids moléculaire n'accroît pas plus le risque d'hémorragie majeure par rapport au placebo.</li> </ul>	(Zufferey et al., 2003)	1			
Aspirine	46	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'aspirine contribue à réduire le risque de maladie thromboembolique. L'interprétation des résultats ne permet pas de conclure que l'aspirine est la meilleure thérapeutique considérant que :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les principaux effets s'observent après la 1<sup>re</sup> semaine post-chirurgie, le traitement conventionnel ayant été habituellement cessé à ce moment-là;</li> <li>– Et que le risque d'hémorragie est accru dans le groupe recevant de l'aspirine (différence de 6 hémorragies pour 1000 patients).</li> </ul> </li> </ul>	(New Zealand Guidelines Group, 2003; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)		2		
Antibiotiques	47	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les antibiotiques réduisent l'incidence des infections superficielles et profondes de la plaie. Il est recommandé que tous les usagers reçoivent des antibiotiques en prophylaxie.</li> <li>▪ Les antibiotiques sont de plus associés avec une réduction significative des infections des voies urinaires.</li> <li>▪ Des recommandations sur le dosage des antibiotiques sont formulées par exemple dans <a href="#">SIGN</a></li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; New Zealand Guidelines Group, 2003; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009; Southwell-Keely et al., 2004)	1			

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références				
				1	2	T	D
		<a href="#">104: Antibiotic prophylaxis in surgery</a> du réseau écossais sur les normes de pratique (2008).					
	48	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il ne semble pas y avoir de différence entre une dose unique d'antibiotiques avec effet sur plus de 12h et de multiples doses d'antibiotiques dont la demi-vie est plus courte.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; Southwell-Keely et al., 2004)	1			
<b><u>Statine et formation osseuse</u></b>	49	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des études d'observation concluent que le risque de fracture de hanche est inférieur chez les femmes âgées qui prennent une médication de statine<sup>‡‡</sup> pour l'hyperlipidémie.</li> <li>Une revue systématique d'essais randomisés ne supporte pas la conclusion que la statine aurait un effet protecteur.</li> </ul>	(Bauer et al., 2004)	1			
<b><u>Traitement de la plaie</u></b>	50	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le drainage de la plaie ne présente pas de différence significative sur le taux d'infection, sur le taux de réopération ou sur les transfusions. Ainsi, le drainage de la plaie en postopératoire n'est pas requis et tendrait à augmenter le risque d'infection.</li> <li>La revue de Clifton <i>et al.</i> (2008) conclue que l'usage de drains aspiratifs ne présente pas d'avantages supérieurs sur le taux de complication, le nombre de réopération ou la nécessité de transfusion.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; Clifton, Haleem, McKee, & Parker, 2008; New Zealand Guidelines Group, 2003; Parker, Livingston, Clifton, & McKee, 2007)	1			
	51	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour des usagers ayant en moyenne 82 ans, traités avec une hémiarthroplastie ou une fixation interne (méthode par clouage excluse), l'utilisation d'un bandage de compression pneumatique de la plaie ne permet pas de réduire le besoin de transfusions sanguines par rapport à un traitement sans compression (respectivement 1.3 unités de transfusion contre 1.1 unités).</li> <li>Le bandage était le <i>Calmed compression dressing system</i> (compagnie Calmar Medical AB). La pression initiale de 40 mmHg était maintenue 30 minutes, après quoi la pression était réduite à 20 mmHg pendant 12 heures.</li> <li>Une unité était donnée lorsque l'hémoglobine descendait sous les 100g/L.</li> </ul>	(Apelqvist, Waldén, Larsson, & Atroshi, 2009)		2		
<b><u>Plaies de pression</u></b>	52	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les matelas à réduction de pression permettent de prévenir et de réduire le développement de plaies de pression.</li> <li>Notons que l'incidence observée des plaies de pression varie entre 10 et 40%.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; New Zealand Guidelines Group, 2003)	1			

‡‡ Statine : « Terme générique désignant tout médicament inhibiteur de l'HMG-CoA réductase, étape limitante de la synthèse du cholestérol, aboutissant à une baisse du cholestérol plasmatique » (Grand dictionnaire terminologique, septembre 2009).

<b>Rubriques</b>	No de l'énoncé	<b>Énoncés</b>	<b>Références</b>	1	2	T	D
<b><u>Voies urinaires</u></b>	53	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'incidence d'une infection des voies urinaires chez les usagers suite à une opération pour fracture de hanche se situe entre 23 et 25%.</li> <li>▪ Un cathéter intermittent tend à offrir de meilleurs résultats qu'un cathéter à demeure, avec une réduction observée de la durée de séjour.</li> <li>▪ Le SIGN (2009) précise au contraire qu'il n'y a pas de preuve scientifique suffisante à propos de la cathétérisation urinaire.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005; New Zealand Guidelines Group, 2003; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)		2		
<b><u>Contrôle de la douleur</u></b>	54	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une douleur incontrôlée tend à accroître la durée de séjour, retarde l'ambulation et réduit la mobilité à 6 mois.</li> <li>▪ Une gestion de la douleur par épidurale réduit significativement les complications cardiaques en plus de réduire la douleur péri- et postopératoire par rapport aux analgésiques habituels.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)	1			
	55	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une anesthésie locale par bloc nerveux contribue à réduire significativement la douleur et la consommation d'analgésiques par voies orale ou parentérale, sans complications majeures et peu de complications mineures.</li> <li>▪ Les conclusions portent toutefois sur de petits échantillonnages, ce qui réduit le potentiel de généralisation des résultats.</li> </ul>	(Parker, Griffiths, & Appadu, 2002)	1			
	56	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le bloc tronculaire du nerf fémoral par cathéter continu ne présente pas de réel bénéfice pour un coût financier plus élevé, par rapport à une administration de propacétamol ou de morphine.</li> </ul>	(Cuillon et al., 2007)		2		
<b><u>Programme compréhensif multi-disciplinaire</u></b>	57	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un programme danois amorcé juste après la chirurgie qui comporte un bloc local du nerf fémoral, une rapide évaluation par l'anesthésiste, ainsi qu'une approche plus systématique de la nutrition, de l'oxygénothérapie et de la rétention urinaire, réduit significativement à la fin du séjour                         <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les complications de 33% à 20%;</li> <li>– Les taux de confusion, de pneumonie et d'infection des voies urinaires;</li> <li>– Et la durée de séjour de 15,8 jours à 9,7 jours.</li> </ul> </li> <li>▪ Le programme détaillé est versé dans l'article.</li> </ul>	(Pedersen et al., 2008)				D
<b><u>Programme de réadaptation</u></b>	58	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un programme qui comprend, en soins aigus, une équipe multidisciplinaire avec rapide mobilisation, entraînement à la mobilité, de la physiothérapie ou de l'ergothérapie deux fois par jour et une planification du congé améliore la récupération fonctionnelle et réduit la durée de séjour.</li> </ul>	(Chudyk, Jutai, Petrella, & Speechley, 2009)		2		
<b><u>Mobilisation précoce</u></b>	59	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La mobilisation devrait débuter dans les 24h suite à l'opération en contexte de réadaptation multidisciplinaire.</li> </ul>	(New Zealand Guidelines Group, 2003; Scottish			T	

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le Groupe néo-zélandais écrit que « les personnes avec une fracture de hanche devraient être mobilisés, mises en charge avec soutien selon la tolérance, aussi vite que possible après la chirurgie » (p.9) dans un délai de 24h à 48h.</li> </ul>	Intercollegiate Guidelines Network, 2009)				
<b><u>Ergothérapie tôt après la chirurgie</u></b>	60	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un entraînement individualisé en ergothérapie tôt après la chirurgie accélère la récupération de l'autonomie dans les AVQ, accroissant le taux de retour au domicile et réduisant le besoin de services au domicile, par rapport à un traitement conventionnel.</li> <li>▪ Les participants ont en moyenne 81 ans (intervention) et 79 ans (contrôle).</li> <li>▪ Les auteurs notent au congé une meilleure habileté à l'habillage, aux soins personnels, à l'hygiène et à l'utilisation des toilettes. À 2 mois, tous les participants du groupe intervention ont récupéré leurs habiletés dans les AVQ. Il n'y a pas de différence significative quant à la durée du séjour (13 jours pour le groupe intervention et 10 pour le groupe contrôle). Pas de différence observée de la mobilité entre les deux groupes.</li> <li>▪ L'intervention focalise sur la performance fonctionnelle plutôt que sur une approche biomécanique. Elle consiste en une rencontre quotidienne matinale de 45-60 minutes. Le thérapeute et l'utilisateur s'entendent sur les objectifs de la réadaptation à propos des AVQ et de l'autonomie au domicile. Une visite conjointe au domicile a lieu au cours du séjour, pour préparer et adapter le domicile.</li> <li>▪ Les groupes contrôle et intervention reçoivent les mêmes soins du personnel infirmier et de la physiothérapie. L'ergothérapeute ne s'implique pas dans la planification du congé des participants du groupe contrôle.</li> <li>▪ Les auteurs estiment que cette intervention tend à réduire les coûts.</li> <li>▪ Ils concluent que des visites de suivi au domicile seraient judicieuses pour optimiser l'effet (3 visites par exemple), ce que partagent Edwards <i>et al.</i>(2007).</li> <li>▪ Certaines décisions méthodologiques, dont le choix d'un outil auto-rapporté sur la capacité à réaliser les AVQ, ont pu biaiser les résultats. Elles auraient pour effet de réduire l'écart observé entre les résultats des deux groupes.</li> </ul>	(Hagsten, Svensson, & Gardulf, 2004)		2		
<b><u>Suppléments nutritifs</u></b>	61	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des suppléments protéinés et vitaminés contribuent à réduire les complications à long terme.</li> <li>▪ Les multistances nutritives en supplément, administrées par voie orale, tendent à réduire les complications pendant l'hospitalisation. Cela contribue à réduire le nombre de jours requis en réadaptation. La durée de consommation n'est toutefois pas claire, variable d'une étude à l'autre.</li> <li>▪ L'alimentation nasogastrique peut être bénéfique pour les usagers souffrant de malnutrition. Elle tend à réduire leur durée de séjour mais est mal tolérée.</li> </ul>	(Avenell & Handoll, 2006; Beupre et al., 2005; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
<b><u>Délirium</u></b>	62	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une rapide stimulation visant l'orientation de la personne à l'aide de calendrier, de cadran, de radio, de télévision ou de téléphone n'apparaît pas réduire la détérioration cognitive postopératoire.</li> </ul>	(New Zealand Guidelines Group, 2003)	1			
<b><u>Durée moyenne de séjour : un exemple</u></b>	63	<ul style="list-style-type: none"> <li>La durée moyenne de séjour pour la phase aigüe et la réadaptation précoce était de 10,27 jours en Nouvelle-Zélande en 1998-99 (écart entre 6,78 et 12,88 jours) pour des personnes de 65 ans et plus.</li> </ul>	(New Zealand Guidelines Group, 2003)				D
<b>Réadaptation à l'interne</b>							
<b><u>Approche gériatrique multidisciplinaire et coordonnée</u></b>	64	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un service spécialisé de réadaptation en gériatrie avec une approche multidisciplinaire tend à de meilleurs résultats. Halbert <i>et al.</i> (2007) concluent que 16% d'usagers en plus auront de meilleurs résultats au congé après avoir reçu une réadaptation multidisciplinaire comparativement à ceux qui n'en ont pas reçu.</li> <li>Le groupe néo-zélandais (2003) stipule qu'un soutien au congé précoce réalisé par une équipe multidisciplinaire, au sein d'un programme gériatrique structuré sur la fracture de hanche dans les unités de soins aigus orthopédiques, contribue efficacement à réduire la durée moyenne de séjour et accroître le taux de retour au domicile, sans accroître les complications ni les réadmissions.</li> </ul>	(Cameron, Handoll, Finnegan, Madhok, & Langhorne, 2001; Halbert et al., 2007; New Zealand Guidelines Group, 2003)	1			
	65	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une pratique interdisciplinaire qui regroupe notamment un gériatre, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un travailleur social et une infirmière clinicienne spécialisée a pour effet une augmentation de la durée de séjour (29,2 par rapport à 20,9) et ne présente pas de différences cliniques significatives à 3 mois et 6 mois par rapport aux soins conventionnels (moyenne d'âge du groupe intervention : 83,8 ans; groupe contrôle : 84,6 ans).</li> <li>L'intervention interdisciplinaire tendrait toutefois à de meilleurs bénéfices à 6 mois pour des personnes ayant des déficits cognitifs légers ou modérés.</li> <li>Les rencontres interdisciplinaires ont lieu deux fois par semaine.</li> <li>Les auteurs estiment que leur étude présente des faiblesses méthodologiques. Ils expliquent aussi que des services ambulatoires complémentaires joueraient un rôle significatif dans la récupération.</li> </ul>	(Naglie et al., 2002)		2		
	66	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les personnes avec une démence légère ou modérée bénéficient particulièrement d'une réadaptation multidisciplinaire.</li> </ul>	(Toussant & Kohia, 2005)	1			

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
<b><u>Modèle en ergothérapie</u></b>	67	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recourir au modèle de l'adaptation occupationnelle tend à présenter de meilleurs résultats par rapport à l'utilisation du modèle biomécanique.</li> <li>▪ Bien que le score d'autonomie fonctionnelle au congé soit le même pour les usagers ayant reçu une réadaptation fondée sur l'un ou l'autre des deux modèles, les auteurs soulignent que               <ul style="list-style-type: none"> <li>– La durée de séjour est inférieure pour le groupe modèle de l'adaptation occupationnelle, quoique la différence ne soit pas significative sur le plan statistique (10,75 jours contre 14,2 jours en moyenne);</li> <li>– La satisfaction au regard de l'intervention pour le groupe modèle de l'adaptation occupationnelle est supérieure.</li> </ul> </li> <li>▪ Le modèle de l'adaptation occupationnelle emploie le concept d'activités significatives au quotidien et focalise sur l'ensemble de la personne. Le modèle lui-même serait moins important pour le changement que la philosophie qu'il préconise et ses conséquences concrètes sur l'intervention.</li> </ul>	(Jackson & Schkade, 2001)				D
<b><u>Efficacité des unités gériatriques de réadaptation</u></b>	68	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les auteurs concluent qu'il n'est pas possible de se positionner franchement sur l'efficacité relative de chaque type d'unité de réadaptation gériatrique.</li> <li>▪ Une unité gériatrique de réadaptation orthopédique favorise une meilleure autonomie fonctionnelle et une réduction des décès par rapport à une unité conventionnelle. Elle influence de même directement l'efficacité de l'utilisation des lits de soins aigus. Les auteurs supposent également un effet sur la réduction des coûts en institution, les personnes retournant en plus grand nombre à leur domicile.</li> <li>▪ Il n'existe aucune preuve que ce type d'unité réduit la durée totale de séjour par rapport à une unité conventionnelle. Dans les deux cas, la durée excessive du séjour n'est pas reliée à des problèmes médicaux mais plutôt à des besoins de soins ou de soutien social, ou encore à des troubles cognitifs.</li> </ul>	(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)	1			
	69	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En comparant les effets d'une unité de réadaptation intensive gériatrique et d'une unité de soins généraux pour des personnes âgées présentant une démence, les auteurs rapportent une diminution significative de la durée de séjour pour les personnes ayant une démence légère ou modérée (MMSE≥12/30). Ils observent aussi qu'à 3 mois post-chirurgie, les participants du groupe en réadaptation intensive gériatrique vivent plus nombreux en milieu non institutionnel.</li> <li>▪ L'intervention revêtait une approche multidisciplinaire et coordonnée, avec notamment deux interventions quotidiennes en réadaptation, une préparation du congé, une visite au domicile et 10 séances de physiothérapie au domicile.</li> </ul>	(Huusko, Karppi, Avikainen, Kautiainen, & Sulkava, 2000)		2		

<b>Rubriques</b>	No de l'énoncé	<b>Énoncés</b>	<b>Références</b>	1	2	T	D
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les auteurs ne précisent pas le nombre réel d'interventions reçues ni le suivi du groupe contrôle.</li> </ul>					
<b><u>Interne par rapport à externe</u></b>	70	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les usagers suivis en physiothérapie au domicile présentaient une meilleure mobilité à 1 an par rapport à ceux ayant été suivis uniquement à l'interne.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)		2		
<b><u>Information pour les usagers et leurs proches</u></b>	71	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une liste de vérification sur les informations à transmettre aux personnes opérées ou à leurs proches est versée en annexe. Elles sont regroupées sous les rubriques :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Admission</li> <li>– Mobilisation précoce</li> <li>– Contrôle de la douleur</li> <li>– Réadaptation</li> <li>– Congé</li> <li>– Suivi</li> <li>– Prévention</li> </ul> </li> </ul>	(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009)			T	
<b><u>Intensité des traitements</u></b>	72	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peu d'études démontrent un bénéfice clair des différentes interventions en réadaptation. La réadaptation intensive ne présente pas de plus grands bénéfices sur la mortalité et la dépendance par rapport aux soins usuels.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)	1			
	73	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deux semaines de thérapie intensive en unité de réadaptation gériatrique et dix visites en physiothérapie au domicile peuvent significativement réduire la durée de séjour et la réadaptation continue au domicile par rapport aux soins habituels, spécialement pour les personnes qui présentaient des déficits fonctionnels avant la chirurgie.</li> </ul>	(Toussant & Kohia, 2005)		2		
<b><u>Intensité en physiothérapie</u></b>	74	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un programme d'exercices à forte intensité (60 min/j sur 2 séances) avec mise en charge offert en physiothérapie, à l'interne puis au domicile, présente peu de meilleurs résultats à 4 et 16 semaines post-chirurgie, en comparaison avec un programme de faible intensité (30 min/j) débuté sans mise en charge formelle.</li> <li>▪ Le groupe intervention (forte intensité) est plus rapide au test assis-debout à 4 et 16 semaines, et monte dans un temps donné plus de marches à 4 semaines.</li> <li>▪ Il n'y a pas de différence significative dans la force des muscles extenseurs du genou et dans la vitesse de marche. Pas de différence non plus sur la durée moyenne de séjour.</li> <li>▪ Toutefois, le sous-groupe des personnes ayant des déficits cognitifs légers ou modérés au sein du groupe intervention présente une amélioration significative en comparaison avec ceux du groupe</li> </ul>	(Moseley et al., 2009)		2		

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
		<p>contrôle, observable sur les habiletés à la marche et dans les AVQ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aucun effet contraire n'est observé dans le groupe intervention.</li> <li>▪ Tous les participants pouvaient sans contre-indication faire une mise en charge totale ou partielle. Personne ne présentait de déficit cognitif sévère. S'ils présentaient des déficits légers ou modérés, un proche devait être disponible pour superviser le programme d'exercices au domicile. Les participants ont en moyenne 84 ans.</li> <li>▪ Le programme intervention dure au total 16 semaines. Une fois au domicile, les participants reçoivent des visites du physiothérapeute (moyenne de 8 visites). Ils suivent de plus un programme de marche qui reprend ce qui a été fait à l'interne.</li> <li>▪ Le groupe contrôle reçoit 30 min/j de traitement pendant 4 semaines. Après le suivi à l'interne, les participants reçoivent des visites hebdomadaires au domicile (moyenne de 4 visites) avec un programme structuré qui reprend les exercices réalisés à l'interne.</li> <li>▪ Tous les participants sont suivis de la même manière par les autres intervenants de l'équipe. Aucun autre traitement en physiothérapie n'est prodigué pendant l'étude.</li> </ul>					
	75	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une plus grande intensité de traitements en physiothérapie offerts entre J1 et J3 post-chirurgie est associée significativement avec une bonne locomotion à 2 mois post-chirurgie chez des personnes ayant en moyenne 81,4 ans. L'association s'estompe à 6 mois.</li> <li>▪ Les participants reçoivent en moyenne 1,7 séance entre J1 et J3.</li> <li>▪ Une différence de 0,7 points sur une échelle de mobilité de 14 points est observée entre ceux qui ont reçu 1 séance et ceux qui en ont reçu 3. Cette différence serait significative sur un plan clinique. Chaque séance de physiothérapie accroîtrait de 2% les chances d'une mobilité autonome par rapport à des personnes qui n'en recevraient pas.</li> <li>▪ À interpréter avec prudence vu le devis d'observation.</li> </ul>	(Penrod et al., 2004)				D
<b><u>Stratégies de mobilisation</u></b>	76	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La méta-analyse conclue qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour établir l'efficacité relative des différentes stratégies de mobilisation en réadaptation, dû aux faiblesses méthodologiques des études. Il s'avère toutefois évident qu'une intervention liée à la mobilité est requise.</li> <li>▪ Les auteurs ressortent les thèmes suivants des 13 études randomisées contrôlées pertinentes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– À l'interne : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement avec ou sans mise en charge;</li> <li>• Variation dans l'intensité de traitement;</li> <li>• Renforcement du quadriceps;</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	(Handoll & Sherrington, 2007)	1			

<b>Rubriques</b>	No de l'énoncé	<b>Énoncés</b>	<b>Références</b>	1	2	T	D
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entraînement au tapis roulant;</li> <li>• Stimulation neuromusculaire du quadriceps.</li> <li>– Suite au congé :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entraînement physique intensif au domicile;</li> <li>• Entraînement avec résistance ou aérobique;</li> <li>• Traitement supplémentaire à compter de 5 ou 7 mois post-chirurgie.</li> </ul> </li> </ul>					
<b><u>Programme d'exercices</u></b>	77	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les usagers répondent positivement à un programme d'exercices suite à une fracture de hanche.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)	1			
<b><u>Exercices aérobiques</u></b>	78	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une petite cohorte canadienne de participants (moyenne 80,3 ans) ayant reçu un programme d'exercices aérobiques du haut du corps, en plus du programme conventionnel, présentent au congé une meilleure capacité aérobique par rapport à un traitement conventionnel seulement (différence qualifiée de grande de 1,48 au <math>V_{O_2peak}</math>).</li> <li>▪ Le programme était de 3 séances par semaine de 30 minutes pendant 4 semaines.</li> <li>▪ La durée moyenne de séjour était la même pour les deux groupes (33,2 jours pour le groupe intervention par rapport à 32,5).</li> </ul>	(Mendelsohn, Overend, Connelly, & Petrella, 2008)		2		
<b><u>Entraînement au tapis roulant</u></b>	79	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'utilisation du tapis roulant en physiothérapie offrirait de meilleurs résultats sur la mobilité suite à une fracture du col fémoral.</li> </ul>	(Toussant & Kohia, 2005)		2		
<b><u>Traitement et prévention de la dépression</u></b>	80	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le traitement de la dépression à l'aide de 6 séances hebdomadaires conduites par une infirmière psychiatrique permet une légère diminution des symptômes dépressifs à 6 et 12 semaines chez des personnes (moyenne d'âge de 81 ans) qui cotaient initialement 7 ou plus sur l'Échelle gériatrique de dépression (42% de la cohorte). La différence n'est toutefois pas significative, ni d'ailleurs en ce qui concerne la mobilité, la durée de séjour ou la douleur.</li> <li>▪ L'intervention s'étendait de la chirurgie au congé. Elle incluait l'observance aux antidépresseurs, l'assistance aux autres professionnels, l'éducation à propos de la dépression et la résolution de problèmes.</li> <li>▪ Les personnes qui cotaient 6 et moins sur l'Échelle recevaient soit une thérapie cognitivo-comportementale (maximum de 7 séances), soit le traitement usuel. Cette intervention qui visait la prévention de la dépression ne montre pas de changement significatif à 6, 12 et 26 semaines par rapport au traitement usuel.</li> </ul>	(Burns et al., 2007)		2		

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
<b><u>Impact des déficits cognitifs</u></b>	81	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les auteurs concluent que les personnes âgées présentant des déficits cognitifs qui reçoivent de la réadaptation à l'interne peuvent récupérer sur le plan physique au même titre que les personnes sans déficit cognitif.</li> <li>▪ Ils soulignent que les personnes avec déficits cognitifs légers ou modérés pourraient particulièrement bénéficier d'une réadaptation à l'interne. Ils nécessiteraient une plus longue durée de séjour, compensée par un plus haut taux de retour au domicile.</li> <li>▪ Une seule étude randomisée contrôlée répond aux critères. Les études sont de faible qualité et d'une grande hétérogénéité. Cela tend à réduire le potentiel de généralisation des conclusions.</li> </ul>	(Muir & Yohannes, 2008)	1			
<b>Réadaptation en externe</b>							
<b><u>Réadaptation au domicile</u></b>	82	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un programme gériatrique multiprofessionnel à l'interne puis au domicile, pour des personnes en moyenne de 82 ans, améliore significativement à 1 mois la reprise des soins personnels, la mobilité, les activités domestiques, l'assurance de son équilibre lors de la marche et les activités instrumentales, en comparaison avec le traitement conventionnel. La majorité des participants du groupe intervention (88% contre 46% dans le groupe contrôle) prennent à 1 mois des marches à l'extérieur et sont plus indépendants pour leurs activités extérieures.</li> <li>▪ Des effets supérieurs associés à l'intervention s'observent à 6 mois et, avec une moindre amplitude, à 12 mois post-chirurgie. Les participants du groupe intervention ont récupéré plus rapidement bien que, à 12 mois, 1/3 participant du groupe intervention rapportait avoir pleinement récupéré par rapport à 1/10 dans le groupe contrôle.</li> <li>▪ L'étude compte 102 participants de 65 ans et plus ayant subi différents types de fracture. Les personnes qui présentaient une démence sévère étaient exclues.</li> <li>▪ L'intervention focalise sur un soutien au congé, sur l'autonomie dans les AVQ, sur l'augmentation de l'activité physique et sur une stimulation de l'assurance comme de la connaissance de ses propres capacités face à la réalisation des activités quotidiennes.</li> <li>▪ Tous les participants à l'étude reçoivent (traitement conventionnel) : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Une mobilisation rapide suite à la chirurgie à l'intérieur de 48h;</li> <li>– Un feuillet d'informations et des informations verbales sur la chirurgie, le pronostic et l'importance de l'activité physique;</li> <li>– Une implication de tout le personnel dans la réadaptation après avoir reçu des indications du physiothérapeute et de l'ergothérapeute;</li> </ul> </li> </ul>	(Zidén, Frändin, & Kreuter, 2008; Zidén, Kreuter, & Frändin, 2009; Zidén, Sherman, & Wenestam, 2009)		2		

Rubriques	No de l'énoncé	Énoncés	Références	1	2	T	D
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Au besoin, une visite au domicile réalisée par l'ergothérapeute ou le physiothérapeute;</li> <li>– Un entraînement quotidien en individuel sur les activités quotidiennes, sur les techniques de transfert, sur les aides techniques, sur la marche;</li> <li>– Des sessions de groupe en ergothérapie et physiothérapie;</li> <li>– Et un contact avec un intervenant des soins à domicile pour déterminer les besoins au domicile.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les participants du groupe intervention, dit réadaptation au domicile, reçoivent les interventions suivantes en plus de ceux du traitement conventionnel :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Un soutien au congé où le participant reçoit de l'information sur le programme et définit ses objectifs de réadaptation avec le professionnel, utile à mobiliser la personne;</li> <li>– Un contact étroit avec le service à domicile dans le but de planifier un retour à domicile en douceur et leur coopération;</li> <li>– Un programme interdisciplinaire à l'interne qui se traduit par une coopération étroite entre les membres de l'équipe;</li> <li>– L'accompagnement de l'ergothérapeute et du physiothérapeute au moment du congé;</li> <li>– Au domicile, une intervention maximale de trois semaines offerte par le physiothérapeute (ou un assistant en physiothérapie) et l'ergothérapeute, en général les mêmes intervenants que ceux de l'interne (en moyenne 2,4 en physio et 1,6 en ergothérapie);</li> <li>– Au domicile, au besoin, des interventions en soins infirmiers et, dans tous les cas, une visite de l'infirmière de l'équipe à l'interne;</li> <li>– Et une couverture médicale en cas de besoin assurée par le gériatre pendant les trois semaines du suivi.</li> </ul> </li> <li>▪ La durée moyenne de séjour n'est pas significativement différente entre les deux groupes (18,4 jours pour le groupe intervention contre 20,0 jours). Les auteurs estiment toutefois que cette différence équivaut à 367 jours de moins en institution (unité gériatrique et de convalescence avec réadaptation) pour le groupe intervention.</li> <li>▪ L'étude comporte des faiblesses dont la taille de l'échantillonnage.</li> <li>▪ La partie qualitative de l'étude conclue que les intervenants devraient porter une attention particulière à la peur et à l'insécurité nées de la blessure chez les personnes âgées.</li> </ul>					

<b>Rubriques</b>	No de l'énoncé	<b>Énoncés</b>	<b>Références</b>	1	2	T	D
	83	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un programme de réadaptation au domicile, pour des personnes autonomes avant leur fracture, peut être aussi valable qu'une réadaptation à l'hôpital.</li> <li>▪ Une des études randomisées contrôlées (Crotty <i>et al.</i>, 2003) rapporte que les personnes peuvent recevoir plus tôt leur congé et atteindre les mêmes résultats fonctionnels à 1 an que les personnes demeurées à l'unité.</li> <li>▪ Une autre étude randomisée (Kuisma, 2002) conclue que les personnes qui ont reçu au domicile 5 séances de physiothérapie présentent à 1 mois des capacités ambulatoires comparable à ceux suivis pendant la même période en centre de réadaptation avec de la physiothérapie quotidiennement.</li> <li>▪ Une troisième étude (Tinetti <i>et al.</i>, 1999) observe qu'un programme systématique de réadaptation en unité post-aigue n'est pas plus efficace qu'une réadaptation au domicile à 12 mois.</li> </ul>	(Toussant & Kohia, 2005)	1			
<b><u>Physiothérapie en externe</u></b>	84	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les usagers suivis en physiothérapie au domicile présentaient une meilleure mobilité à 1 an par rapport à ceux ayant été suivis à l'interne.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)		2		
<b><u>Ergothérapie et physiothérapie en externe</u></b>	85	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des traitements au domicile en équipe multidisciplinaire (ergothérapie et physiothérapie) présentent les mêmes résultats à 6 mois post-chirurgie que des traitements uniquement en physiothérapie au regard de la récupération du niveau fonctionnel observé avant la fracture, tel que documenté par l'observation du thérapeute.</li> <li>▪ Toutefois, le fonctionnement rapporté par les usagers eux-mêmes est meilleur dans le groupe suivi en multidisciplinaire.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)		2		
<b><u>Programme d'exercices</u></b>	86	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les usagers répondent positivement à un programme d'exercices suite à une fracture de hanche.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)	1			
<b><u>Programme de renforcement</u></b>	87	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les programmes de renforcement de différents types montrent des gains modestes supérieurs de la force et de la fonction par rapport aux effets des soins habituels.</li> </ul>	(Beaupre et al., 2005)	1			

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Apelqvist, A., Waldén, M., Larsson, G.-U., & Atroshi, I. (2009). Pneumatic wound compression after hip fracture surgery did not reduce postoperative blood transfusion. *Acta orthopaedica*, 80(1), 26-31.
- Avenell, A., & Handoll, H. H. G. (2006). Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in older people. *Cochrane database of systematic reviews*, 4(Art.No.: CD001880).
- Bauer, D. C., Mundy, G. R., Jamal, S. A., Black, D. M., Cauley, J. A., & et al. (2004). Use of statins and fracture. *Arch inter med*, 164, 146-152.
- Beaupre, L. A., Jones, C.A., Saunders, L.D., Johnston, D. W. C., Buckingham, J., & Majumdar, S. R. (2005). Best practices for elderly hip fracture patients: a systematic overview of the evidence. *JGIM*, 20, 1019-1025.
- British Orthopaedic Association. (2006). *Primary total hip replacement: a guide to good practice*. London.
- British Orthopaedic association. (2008). Boast 1: Hip fracture in the older person. 2009, from <http://www.library.nhs.uk/musculoskeletal/ViewResource.aspx?resID=302219>
- Burns, A., Banerjee, S., Morris, J., Woodward, Y., Baldwin, R., Proctor, R., et al. (2007). Treatment and prevention of depression after surgery for hip fracture in older people: randomized, controlled trial. *J Am Geriatric Soc*, 55, 75-80.
- Cameron, I., Handoll, H. H. G., Finnegan, T. P., Madhok, R., & Langhorne, P. (2001). Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures. *Cochrane database of systematic reviews*, 3(Art.No.: CD000106).
- Chudyk, A. M., Jutai, J. W., Petrella, R. J., & Speechley, M. (2009). Systematic review of hip fracture rehabilitation practices in the elderly. *Arch Phys Med Rehabil*, 90, 246-262.
- Clifton, R., Haleem, S., McKee, A., & Parker, M. J. (2008). Closed suction surgical wound drainage after hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International orthopaedics*, 32, 723-727.
- Colwell, C. W. J. (2009). Instability after total hip arthroplasty. *Current orthopaedic practice*, 20(1), 8-14.
- Cuvillon, P., Ripar, J., Debureau, S., Boisson, C., Veyrat, E., Mahamat, A., et al. (2007). Analgésie postopératoire par cathéter fémoral après fracture du col du fémur chez la personne âgée: étude prospective randomisée. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 26, 2-9.
- Edwards, M., Baptiste, S., Stratford, P. W., & Law, M. (2007). Recovery after hip fracture: what can we learn from the Canadian occupational performance measure? *American journal of occupational therapy*, 61, 335-344.
- Frihagen, F., Nordsletten, L., & Madsen, J. E. (2007). Hemiarthroplasty or internal fixation for intracapsular displaced femoral neck fractures: randomised controlled trial. *BMJ Online first*, 8.
- Hagsten, B., Svensson, O., & Gardulf, A. (2004). Early individualized postoperative occupational therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture - A randomized trial. *Acta orthop scand*, 75(2), 177-183.
- Halbert, J., Crotty, M., Whitehead, C., Cameron, I., Kurrle, S., Graham, S., et al. (2007). Multi-disciplinary rehabilitation after hip fracture is associated with improved outcome: a systematic review. *J Rehabil Med*, 39, 507-512.
- Handoll, H. H. G., Farrar, M. J., McBirnie, J., Tytherleigh-Strong, G. M., Milne, A. A., & Gillepsie, W. J. (2002). Heparin, low molecular weight heparin and physical methods for preventing deep vein thrombosis and pulmonary embolism following surgery for hip fractures. *Cochrane database of systematic reviews*, 4(Art. No.: CD000305).
- Handoll, H. H. G., & Sherrington, C. (2007). Mobilisation strategies after hip fracture surgery in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 1(Art.No.: CD001704), 240.
- Haute autorité de santé. (2007). *Évaluation des prothèses de hanche: Révision des descriptions génériques de la liste de produits et prestations remboursables "implants articulaires de hanche"*. Saint-Denis La Plaine, France: Service évaluation des dispositifs.
- Huusko, T. M., Karppi, P., Avikainen, V., Kautiainen, H., & Sulkava, R. (2000). Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture: subgroup analysis of patients with dementia. *BMJ*, 321, 1107-1111.
- Jackson, J. P., & Schkade, J. K. (2001). Occupational adaptation model versus biomechanical-rehabilitation model in the treatment of patients with hip fractures. *American journal of occupational therapy*, 55, 531-537.

- Keating, J. F., Grant, A., Masson, M., Scott, N. W., & Forbes, J. F. (2005). Displaced intracapsular hip fractures in fit, older adults: a randomised comparison of reduction and fixation, bipolar hemiarthroplasty and total hip arthroplasty. *Health technology assessment*, 9(41), 82.
- Koval, K. J. (2004). A clinical pathway for hip fractures in the elderly. *Techniques in orthopaedics*, 19(3), 181-186.
- Koval, K. J., Chen, A. L., Aharonoff, G. B., Egol, K. A., & Zuckerman, J. D. (2004). Clinical pathway for hip fractures in the elderly. *Clinical orthopaedics and related research*, 425, 72-81.
- Lenze, E. J., Munin, M. C., Dew, M. A., Rogers, J. C., Seligman, K., Mulsant, B. H., et al. (2004). Adverse effects of depression and cognitive impairment on rehabilitation participation and recovery from hip fracture. *International journal of geriatric psychiatry*, 19, 472-478.
- Lenze, E. J., Munin, M. C., Skidmore, E. R., Dew, M. A., Rogers, J. C., Whyte, E. M., et al. (2007). Onset of depression in elderly persons after hip fracture: implications for prevention and early intervention of late-life depression. *J Am Geriatric Soc*, 55, 81-86.
- Majumdar, S. R., Beaupre, L. A., Johnston, D. W. C., Dick, D. A., Cinats, J. G., & Jiang, H. X. (2006). Lack of association between mortality and timing of surgical fixation in elderly patients with hip fracture. *Medical care*, 44(6), 552-559.
- McGilton, K., Wells, G. A., Davis, A. M., Rochon, E., Calabrese, S., Teare, G., et al. (2007). Rehabilitating patients with dementia who have had a hip fracture. Part 2: Cognitive symptoms that influence care. *Topics in geriatric rehabilitation*, 23(2), 174-182.
- McGilton, K., Wells, G. A., Teare, G., Davis, A. M., Rochon, E., Calabrese, S., et al. (2007). Rehabilitating patients with dementia who have had a hip fracture. Part 1: Behavioral symptoms that influence care. *Topics in geriatric rehabilitation*, 23(2), 161-173.
- Mendelsohn, M. E., Overend, T. J., Connelly, D. M., & Petrella, R. J. (2008). Improvement in aerobic fitness during rehabilitation after hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil*, 89, 609-617.
- Moseley, A. M., Sherrington, C., Lord, S. R., Barraclough, E., St George, R. J., & Cameron, I. D. (2009). Mobility training after hip fracture: a randomised controlled trial. *Age and ageing*, 38, 74-80.
- Muir, S. W., & Yohannes, A. M. (2008). The impact of cognitive impairment on rehabilitation outcomes in elderly patients admitted with a femoral neck fracture: a systematic review. *Journal of geriatric physical therapy*, 32(1), 24-32.
- Naglie, G., Tansey, C., Kirkland, J. L., Ogilvie-Harris, D. J., Detsky, A. S., Etchells, E., et al. (2002). Interdisciplinary inpatient care for elderly people with hip fracture: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 167(1), 25-32.
- New Zealand Guidelines Group. (2003). *Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over*. Wellington, New Zealand.
- Oude Voshaar, R. C., Banerjee, A., Horan, M., Baldwin, R., Pendleton, N., Proctor, R., et al. (2007). Predictors of incident depression after hip fracture surgery. *American journal of geriatric psychiatry*, 15(9), 807-814.
- Parker, M. J., & Banerjee, A. (2005). Surgical approaches and ancillary techniques for internal fixation of intracapsular proximal femoral fractures. *Cochrane database of systematic reviews*, 2(Art. No. CD001705).
- Parker, M. J., Griffiths, R., & Appadu, B. (2002). Nerve blocks (subcostal, lateral cutaneous, femoral, triple, psoas) for hip fractures. *Cochrane database of systematic reviews*, 1(Art.No.: CD00159).
- Parker, M. J., Griffiths, R., & Boyle, A. (2004). Preoperative saline versus gelatin for hip fracture patients: a randomized trial of 396 patients. *British journal of anaesthesia*, 92(1), 67-70.
- Parker, M. J., & Gurusamy, K. S. (2006a). Arthroplasties (with or without bone cement) for proximal femoral fractures in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 3(Art.No.: CD001706).
- Parker, M. J., & Gurusamy, K. S. (2006b). Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 4(Art.No.: CD001708).
- Parker, M. J., & Handoll, H. H. G. (1998). Condylcephalic nails versus extramedullary implants for extracapsular hip fractures. *Cochrane database of systematic reviews*, 4(Art.No.: CD000338).

- Parker, M. J., & Handoll, H. H. G. (2006a). Extramedullary fixation implants and external fixators for extracapsular hip fractures in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 1(Art.No.: CD000339).
- Parker, M. J., & Handoll, H. H. G. (2006b). Intramedullary nails for extracapsular hip fractures in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 3(Art.No.: CD004961).
- Parker, M. J., & Handoll, H. H. G. (2006c). Pre-operative traction for fractures of the proximal femur in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 3(Art.No.: CD000168).
- Parker, M. J., & Handoll, H. H. G. (2006d). Replacement arthroplasty versus internal fixation for extracapsular hip fractures in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 2(Art. No.: CD000086).
- Parker, M. J., & Handoll, H. H. G. (2008). Gamma and other cephalocondylic intramedullary nails versus extramedullary implants for extracapsular hip fractures in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 3(Art.No.: CD000093).
- Parker, M. J., & Handoll, H. H. G. (2009). Osteotomy, compression and other modifications of surgical techniques for internal fixation of extracapsular hip fractures. *Cochrane database of systematic reviews*, 2(Art. No.: CD000522).
- Parker, M. J., Livingston, V., Clifton, R., & McKee, A. (2007). Closed suction surgical wound drainage after orthopaedic surgery. *Cochrane database of systematic reviews*(3 Art. No.: CD001825).
- Pedersen, S. J., Borgbjerg, F. M., Schousboe, B., Pedersen, B. D., Jorgensen, H. L., Duus, B. R., et al. (2008). A comprehensive hip fracture program reduces complication rates and mortality. *J Am Geriatric Soc*, 56, 1831-1838.
- Penrod, J. D., Boockvar, K. S., Litke, A., Magaziner, J., Hannan, E. L., Halm, E. A., et al. (2004). Physical therapy and mobility 2 and 6 months after hip fracture. *J Am Geriatric Soc*, 52, 1114-1120.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2009). Management of hip fracture in older people: a national clinical guideline. Edinburgh: NHS Quality improvement Scotland.
- Southwell-Keely, J. P., Russo, R. R., March, L., Cumming, R., Cameron, I., & Brnabic, A. J. M. (2004). Antibiotic prophylaxis in hip fracture surgery: a metaanalysis. *Clin Orthop*, 419, 179-184.
- Sund, R., & Liski, A. (2005). Quality effects of operative delay on mortality in hip fracture treatment. *Qual saf health care*, 14, 371-377.
- Todd, B., Cook, G. A., Haynes, C., Giles, S., Keogh, K., Havelly, D., et al. (2008). *Greater Manchester & Wirral fracture neck of femur audit report 2007*. NHS.
- Toussant, E. M., & Kohia, M. (2005). A critical review of literature regarding the effectiveness of physical therapy management of hip fracture in elderly persons. *Journal of gerontology*, 60A(10), 1285-1291.
- Urwin, S. C., Parker, M. J., & Griffiths, R. (2000). General versus regional anaesthesia for hip fracture surgery: a meta-analysis of randomized trials. *British journal of anaesthesia*, 84(4), 450-455.
- Watters, C. L., & Moran, W. P. (2006). Hip fractures - a joint effort. *Orthopaedic nursing*, 25(3), 157-165.
- Zidén, L., Frändin, K., & Kreuter, M. (2008). Home rehabilitation after hip fracture. A randomized controlled study on balance confidence, physical function and everyday activities. *Clinical rehabilitation*, 22, 1019-1033.
- Zidén, L., Kreuter, M., & Frändin, K. (2009). Long-term effects of home rehabilitation after hip fracture - 1 year follow-up of functioning, balance confidence, and health-related quality of life in elderly people. *Disability and rehabilitation, iFirst*, 1-15.
- Zidén, L., Sherman, M. H., & Wenestam, C.-G. (2009). The break remains - Elderly people's experiences of a hip fracture 1 year after discharge. *Disability and rehabilitation, iFirst*, 1-11.
- Zufferey, P., Laporte, S., Quenet, S., Molliex, S., Auboyer, C., Decousus, H., et al. (2003). Optimal low-molecular-weight heparin regimen in major orthopaedic surgery: a meta-analysis of randomised trials. *Thromb Haemost*, 90, 654-661.

## ANNEXE 1

### Classification des types de prothèses fémorales ou hémiarthroplasties (Haute autorité de santé, 2007, p. 161)

Tableau 2 : Prothèses fémorales inscrites sous descriptions génériques

Types de prothèses fémorales	Composition	Indications
<b>Prothèse fémorale unipolaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monobloc</li> <li>- modulaire cimentée</li> <li>- modulaire non cimentée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une prothèse fémorale unipolaire monobloc est constituée d'une seule pièce : une tige monobloc incluant une tête</li> <li>▪ Une prothèse fémorale unipolaire modulaire est constituée de deux pièces : une tige, cimentée ou non, et une tête unipolaire métallique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fracture cervicale vraie, sans coxopathie symptomatique pré-existante, chez des sujets:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- âgés de plus de 85 ans</li> <li>- âgés de moins de 85 ans avec un niveau d'activité faible (correspondant à un score de Parker inférieur ou égal à 5)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Prothèse fémorale bipolaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cimentée</li> <li>- non cimentée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une prothèse fémorale bipolaire est constituée de trois pièces : une tige, cimentée ou non, une tête métallique et une cupule intermédiaire fixée sur la tête</li> </ul>	

## ANNEXE 2

### Liste de vérification sur les informations à transmettre aux personnes opérées ou à leurs proches (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2009, pp. 31-32)

#### CHECKLIST FOR PROVISION OF INFORMATION

This section gives examples of the information patients/carers may find helpful at the key stages of the patient journey. The checklist was designed by members of the guideline development group based on their experience and their understanding of the evidence base. The checklist is neither exhaustive nor exclusive.

<b>Admission</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• After admission, the following should be discussed with patients and carers:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- history of falls</li> <li>- how the hip fracture will be managed</li> <li>- how long patients are likely to wait for an operation</li> <li>- what support is available at home – is there a carer who is willing and able to support the patient upon discharge</li> <li>- how the patient will be mobilised</li> <li>- the likelihood of bruising around the site of their operation, which may be extensive</li> <li>- whether or not a blood transfusion may be needed</li> <li>- how long the patient is expected to stay in hospital.</li> </ul> </li> <li>• Discuss how the patient may feel, for example, acknowledge that patient may feel anxious.</li> <li>• Advise patients and carers whom they can ask for information within and outwith the hospital setting.</li> <li>• Ensure families and carers are aware of their responsibilities regarding infection control.</li> <li>• Make patients and carers aware of the hospital chaplaincy service.</li> </ul>
<b>Early mobilisation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• The importance of early mobilisation following a hip fracture operation should be emphasised:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- let patients know in advance that it is likely that they will be encouraged to move with the help of a physiotherapist or other member of the healthcare team within 24 hours of their operation.</li> <li>- acknowledge that starting to walk again is a challenge and will be uncomfortable.</li> </ul> </li> <li>• Encourage patients to be as independent as possible.</li> </ul>
<b>Pain control</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain control is important to promote mobilisation and patients should be encouraged to take pain medication as offered, so that they are comfortable in bed and when moving around with the walking frame.</li> <li>• Encourage patients to ask for painkillers if uncomfortable at any time.</li> <li>• Discuss the side effects of medication with patients and carers.</li> <li>• Emphasise the importance of continuing with medication once the patient is home.</li> </ul>
<b>Rehabilitation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• From the beginning patients should be encouraged to think ahead, not just about getting back on their feet, but also about getting home.</li> <li>• Patients should be made aware that healthcare staff, in particular physiotherapists and occupational therapists, may need information about their home and social circumstances in order to make any necessary arrangements for additional support or equipment needed on discharge from hospital. Advise patients and carers that an occupational therapy home assessment may be carried out as part of their discharge planning and ensure they are aware of what this will involve.</li> </ul>

<b>Discharge</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital nurses should communicate with the multidisciplinary team and ensure that patients and carers are involved in discharge planning.</li> <li>• Acknowledge the concerns associated with going home.</li> <li>• Hospital staff should establish whether there is a carer who is willing and able to provide support to the patient upon discharge.</li> <li>• Advise patients and carers about social services, acknowledging that there may be a cost involved for some home support services.</li> <li>• Advise patients and carers (including care homes) of possible discharge dates.</li> <li>• Discuss the possibility of further rehabilitation settings, for example, GORU.</li> <li>• Ensure the patient agrees to sharing of assessment results between services.</li> <li>• Advise patients and carers that a discharge letter will be sent to their GP.</li> <li>• Provide patients and carers with written information on medication, mobility and useful sources of information.</li> </ul>
<b>Follow up</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advise patients and carers of how they will be followed up, for example, by telephone calls from a liaison nurse, or appointments with their GP.</li> <li>• Discuss with patients who are on anticoagulant therapy how this treatment will continue in the community.</li> <li>• Encourage carers to inform their GP if they are having difficulty in maintaining the caring role.</li> <li>• Highlight that carers are entitled to their own assessment for practical and financial support.</li> </ul>
<b>Prevention</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patients should be encouraged to be active – a history of immobility is a significant risk factor for fracture.</li> <li>• Falls prevention – identify any factors that might reduce the risk of the patient falling, for example:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- hazards in the home environment – loose rugs, trailing flexes, poor lighting, stairs etc</li> <li>- have the patient's eyesight and hearing been tested recently?</li> <li>- would the use of walking aids be beneficial, or could their use be optimised?</li> <li>- is there other equipment that might help at home, for example, additional rails, bath equipment, higher chair, trolley etc?</li> </ul> </li> </ul>

