

**LES FACTEURS BIO-PSYCHO-SOCIAUX
ET ENVIRONNEMENTAUX INFLUENÇANT LE
RETOUR AU TRAVAIL APRÈS UNE PROTHÈSE DE
GENOU OU DE HANCHE**

NOÉMIE ZELLWEGER

Étudiante HES – Filière Physiothérapie

FLORENCE SAILLET

Etudiante HES – Filière Physiothérapie

Directeur de travail de Bachelor : YVAN LEURIDAN

**TRAVAIL DE BACHELOR DEPOSE ET SOUTENU A GENEVE EN 2021 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN
BACHELOR OF SCIENCE EN PHYSIOTHERAPIE**

AVERTISSEMENT

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé de Genève, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

Le 4 juin 2021

Noémie ZELLWEGER et Florence SAILLET

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail :

Yvan LEURIDAN, physiothérapeute, Maître d'enseignement à la Haute Ecole de Santé de Genève (HEdS) et directeur de notre travail de Bachelor, pour son accompagnement, sa disponibilité et sa bienveillance tout au long de notre travail.

Mischa PIRAUD, chercheur postdoctoral à la faculté des Sciences Humaines et Sociales à l'Université de Paris Descartes et chargé de cours à la HEdS de Genève, pour ses conseils concernant la méthodologie en recherche qualitative.

Jean-David SANDOZ, bibliothécaire à la HEdS de Genève, pour son aide lors des recherches dans les bases de données.

Jean-Luc ROSSIER, **Simone GAFNER** et **Virginie CUVELIER**, physiothérapeutes et enseignants à la HEdS de Genève, pour leurs conseils et leur bienveillance.

Joana WELLS et **Géraldine MENTHA**, physiothérapeutes et assistantes à la HEdS de Genève, pour leurs conseils.

Adèle MESNIL, physiothérapeute, pour ses conseils.

Patricia VAN GENE SAILLET, pour son aide lors de la traduction anglaise du résumé.

Nos proches pour leur soutien tout au long de ce travail.

Ainsi que toutes les personnes qui nous ont soutenues et encouragées pendant ces trois années de formation.

RÉSUMÉ

Introduction : L'arthroplastie de hanche et de genou est une opération fréquemment réalisée de nos jours dans le monde notamment afin de pallier aux difficultés liées à l'arthrose. Actuellement, de plus en plus de ces interventions sont réalisées sur une population encore en âge de travailler. Cependant, il a été mis évidence par de nombreuses études que certaines de ces personnes ne retournent pas au travail.

Objectif : L'objectif de cette revue est de faire émerger les facteurs influençant le retour au travail après une arthroplastie de genou ou de hanche selon les patients. L'espoir est de faire connaître ces facteurs auprès des acteurs concernés par la prise en charge peropératoire pour faciliter la reprise du travail. Le rôle des physiothérapeutes est également exploré afin d'améliorer leur intervention auprès des patients.

Méthodologie : Une revue de la littérature qualitative a été réalisée. Les recherches ont été effectuées sur neuf bases de données. Quatre articles ont été sélectionnés. Toutes les données qualitatives ont été analysées avec la méthode d'analyse thématique illustrée par Thomas et Harden en 2008.

Résultats : Sept thèmes analytiques se sont distingués : *l'état post-opératoire, les facteurs liés au travail, le système de soutien, les facteurs personnels, la qualité de la réadaptation physique, l'individualisation du suivi peropératoire et le poids des décisions du corps médical.*

Conclusion : La nécessité d'une approche biopsychosociale de la part des intervenants dans le processus de retour au travail semble évidente. Une prise en charge individualisée prenant en compte les circonstances propres au patient doit être encouragée auprès de tous les soignants. De plus, les informations fournies aux patients devraient comprendre des stratégies facilitant la reprise du travail, et la physiothérapie être ciblée sur les activités relatives au métier exercé. Il serait intéressant d'effectuer de nouvelles études qualitatives sur ce thème prenant en compte les expériences des physiothérapeutes.

Mots-clés : Prothèse de genou (PTG, PUC), prothèse de hanche (PTH), retour au travail, étude qualitative

ABSTRACT

Introduction : Today hip and knee arthroplasty are surgical procedures often carried out worldwide, in particular to alleviate difficulties related to osteoarthritis. Nowadays, more and more of these surgical interventions are carried out on younger people who are still working. However, many studies have shown that some of these people don't go back to work.

Objective : The aim of this review is to highlight the factors that impact return to work after a knee or hip arthroplasty, from the patients' perspective. The hope is to raise awareness about these factors amongst the different actors involved in perioperative care to facilitate return to work. The physiotherapists' role is also explored in order to improve their treatment of the patients.

Methods : A qualitative review of the literature was carried out. Research was done on nine databases. Four articles were selected. All qualitative data were analyzed using the thematic analysis method illustrated by Thomas and Harden in 2008.

Results : Seven analytical themes were revealed : *post-operative state, factors related to work, support system, personal factors, quality of physical rehabilitation, individualization of perioperative care and the influence of medical staff's decisions.*

Conclusion : The necessity for a biopsychosocial approach adopted by the various actors involved in the process of returning to work seems obvious. Individualized care that takes into account the patient's personal circumstances must be promoted amongst all caregivers. Furthermore, the information given to patients should include strategies to facilitate return to work, and physical therapy be aimed at activities that are work-related. It would be interesting to carry out further qualitative studies on this topic that take into account physiotherapists' experiences.

Keywords : Knee arthroplasty (TKA, UKA), hip arthroplasty (THA), return to work, qualitative research

ABRÉVIATIONS

RT	Retour au travail
PTH	Prothèse totale de hanche
PTG	Prothèse totale de genou
PUC	Prothèse unicompartimentale du genou
IMC	Indice de masse corporelle

TABLE DES MATIÈRES

1.	<i>INTRODUCTION</i>	2
2.	<i>CADRE THÉORIQUE</i>	3
2.1.	Épidémiologie.....	3
2.2.	Causes des prothèses	4
2.3.	Prise en charge physiothérapeutique.....	6
2.4.	Connaissances actuelles sur le retour au travail après arthroplastie.....	7
2.5.	Problématique et objectifs	9
3.	<i>MÉTHODOLOGIE</i>	10
3.1.	Stratégie de recherche.....	10
3.2.	Critères d'inclusion et d'exclusion	12
3.3.	Sélection des articles	15
3.4.	Évaluation de la qualité des articles.....	16
3.5.	Méthodologie d'analyse des articles.....	17
4.	<i>RÉSULTATS</i>	18
4.1.	Résultats de la recherche documentaire.....	18
4.2.	Évaluation de la qualité des articles.....	22
4.3.	Résultats de l'analyse thématique.....	23
5.	<i>DISCUSSION</i>	33
5.1.	Interprétation des résultats et confrontation avec la littérature	33
5.2.	Limites et biais	39
5.2.1.	Limites des articles sélectionnés :.....	39
5.2.2.	Limites de notre travail :.....	41
5.3.	Implications cliniques.....	42
5.4.	Pistes pour les futures recherches	43
6.	<i>CONCLUSION</i>	44
7.	<i>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i>	45
8.	<i>ANNEXES</i>	53

1. INTRODUCTION

Les chirurgies pour pose de prothèses de genou et de la hanche sont en augmentation constante depuis plusieurs années dans le monde. L'Organisation de Coopération et de Développement Économique dévoile des chiffres impressionnants. Depuis 2000, le nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou a augmenté rapidement dans la plupart des pays membres. En moyenne, le taux de prothèses de hanche a augmenté de 30% et celui de prothèses de genou de 40% entre 2007 et 2017. Cette augmentation s'explique notamment par l'augmentation de l'incidence et de la prévalence de l'arthrose (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2019). Parallèlement à cela, le nombre de personnes encore en âge de travailler concernées par la pose de ces prothèses est en augmentation depuis quelques années (Sankar et al., 2013). Ainsi, la question d'un retour au travail (RT) efficace et dans des délais qui ne soient pas trop longs est primordiale pour beaucoup de patients. En effet, le fait de travailler est corrélé avec des effets positifs sur la santé physique et mentale, et le bien-être socio-économique des patients puisqu'ils dépendent de leur travail pour assurer leur revenu (Laasik et al., 2019). En outre, la charge économique pour la société est moindre si les patients sont en mesure de reprendre leur activité professionnelle après leur opération. Pour les diverses raisons citées, un RT réussi représente un critère de succès de la chirurgie pour les patients (Hoorntje et al., 2017). La question des différents facteurs en lien avec le RT chez ces patients en âge de travailler est donc devenue prépondérante dans la littérature scientifique de ces dernières années mais peu est encore connu sur ses déterminants (Nouri et al., 2018). Plus spécifiquement, un manque a été identifié en termes de littérature qualitative alors que celle-ci permettrait de mettre en lumière les expériences des patients concernant les différentes causes péri-opératoires facilitant ou entravant ce RT, et également de faire émerger certains facteurs non-identifiés au travers de la littérature quantitative (Malviya et al., 2014).

Une meilleure compréhension de ces facteurs au travers du point de vue des patients permettrait donc de compléter les connaissances actuelles et d'améliorer le suivi et l'accompagnement physiothérapeutique de ces personnes en participant dans la mesure du possible à faciliter leur réintégration sur le lieu de travail.

2. CADRE THÉORIQUE

2.1. Épidémiologie

De nos jours, l'arthrose du genou ou de la hanche est une des maladies chroniques les plus courantes en Europe et en Amérique du Nord, faisant de l'arthroplastie une opération de plus en plus fréquente chaque année afin de pallier aux difficultés qui y sont liées (Tilbury et al., 2013). On impute cette escalade internationale du nombre de prothèses principalement à l'accroissement de l'incidence de l'arthrose en lien avec l'obésité et le surpoids, mais aussi au vieillissement démographique (Singh et al., 2019).

En Suisse, 22'000 arthroplasties de hanche et 18'000 arthroplasties de genou sont implantées chaque année. L'incidence pour la population entre 50 et 89 ans – c'est à dire à risque de se voir poser une prothèse - était de 555 nouveaux cas pour 100'000 habitants pour les prothèses totales de hanche (PTH) et de 450 nouveaux cas pour 100'000 habitants pour les prothèses totales de genou (PTG) en 2019. Depuis 2013, l'accroissement annuel moyen du taux de ces prothèses est supérieur à 2,5% pour Beck et al. (2021).

Aux vues de l'augmentation de ce phénomène, les prédictions annoncent une augmentation encore plus importante pour les années à venir. En effet, selon Hannouche et al. (2017), d'ici 2050 il y aurait un accroissement de 142% du nombre de PTG et de 219% du nombre de PTH aux États-Unis et en Australie. Concernant la Suisse, cette augmentation se chiffrerait à 40% pour les PTH et 100% pour les PTG au cours des 10 prochaines années. Cette élévation du nombre d'arthroplasties du genou et de la hanche est observée également dans d'autres pays tels que la Grande-Bretagne ou les Pays-Bas, très souvent cités.

Auparavant, ce type de chirurgie concernait principalement la population retraitée (de plus de 65 ans si l'on se réfère à l'âge de la retraite pour les hommes en Suisse) mais actuellement ceci tend à changer. En effet, dans la revue systématique de Malviya et al. (2014), il est mentionné que 18 à 20% des patients subissant une arthroplastie de genou ou de hanche en Angleterre ou au Pays de Galle auraient moins de 60 ans, selon le 10^{ème} rapport annuel du *National Joint Registry* qui date de 2013. L'article de Nouri et al. (2018) cite des chiffres semblables pour l'année 2015 avec 20% pour l'arthroplastie de hanche et 17% pour le genou. Concernant la Suisse, 12,3% des patient implantés d'une PTH sont âgés de moins de 55 ans. Pour la PTG, les patients entre 45 et 54 ans constituent 6,4 % des interventions (Beck et al., 2021).

Un autre article traitant uniquement des PTG affirme quant à lui qu'entre 1995 et 2003, aux Pays-Bas, le nombre de patients de moins de 65 ans avec une PTG avait déjà triplé, et pour des raisons que nous citerons plus loin, cette tendance ne fait que continuer de grimper. Des données similaires ont été trouvées dans d'autres pays, notamment aux États-Unis où une augmentation de 62% des PTG serait attendue d'ici 2030 chez les moins de 65 ans. Pour l'Angleterre, ce taux s'estime à 50% d'ici 2035 (Hoortnje et al., 2017).

En plus des causes citées plus haut concernant le vieillissement démographique et l'augmentation de la prévalence de l'arthrose, ce changement vers un âge plus précoce de pose de prothèses s'explique par la durée de vie plus importante que dans le passé des prothèses de genou et de hanche grâce aux progrès des techniques chirurgicales et de la qualité des implants (Hannouche et al., 2017). En effet, les chirurgiens avaient tendance dans le passé - et pour certains même encore aujourd'hui - à repousser au maximum le moment de l'arthroplastie dû aux faibles taux de survie des implants afin d'éviter la chirurgie de révision qui présente des risques plus conséquents que la chirurgie primaire (Zingg et al., 2016). Mais aujourd'hui, la survie des implants serait de 25 ans dans 58% des cas pour la PTH, dans 82% des cas pour la PTG et dans 70% des cas pour la PUC, selon deux études menées par Evans et al. (2019). Ainsi, la pose d'une prothèse peut être considérée chez des patients plus jeunes et les priorités remises en question : la probabilité de révision précoce et les risques inhérents à celle-ci étant plus faibles qu'avant, l'argument de la qualité de vie doit prendre le dessus lors de la décision d'opérer. Il n'est plus question de laisser le patient attendre trop longtemps avec des douleurs et un déficit fonctionnel importants qui auront un impact négatif sur son état psychique et socio-économique. De plus, cela amène à des conséquences non-négligeables comme une possible perte d'emploi ou un départ anticipé à la retraite (Tay Swee Cheng et al., 2018).

Par ailleurs, l'âge de la retraite étant plus tardif qu'auparavant, les personnes qui auparavant n'auraient pas eu à s'inquiéter de retourner au travail après une prothèse de hanche ou de genou se voient maintenant forcées d'y songer (Sankar et al., 2013).

2.2. Causes des prothèses

L'étiologie des prothèses de hanche et de genou est très variée, mais la cause principale reste l'arthrose.

Cette affection chronique est l'une des premières causes de handicap physique à l'échelle mondiale. Elle touche approximativement 30% de la population et se caractérise par une dégénérescence progressive des articulations, et concerne le plus souvent la hanche, le genou, la main et le rachis lombaire. Le symptôme principal en cas d'arthrose est la douleur, généralement présente lors des activités et du mouvement ce qui induit une diminution de l'activité physique quotidienne et donc une perte de force sur le long terme. Hormis la douleur qui contribue à diminuer la capacité fonctionnelle, on retrouve aussi le plus fréquemment une raideur, une instabilité articulaire et une tuméfaction de l'articulation, tout ceci contribuant à faire baisser la qualité de vie. L'arthrose est multifactorielle et peut être liée à l'âge, à des facteurs génétiques, métaboliques ou encore biomécaniques comme notamment la surcharge pondérale ou les défauts d'axe qui peuvent créer des sur-sollicitations articulaires et ainsi favoriser la survenue d'arthrose (Heim & Hügle, 2018). Enfin, les traumatismes importants de l'articulation et la ménopause augmentent le risque de son apparition (Herndon, 2004).

Comme mentionné plus haut, le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque importants pour le développement de l'arthrose. La surcharge pondérale est une problématique flagrante aujourd'hui puisque l'obésité a triplé au niveau mondial depuis 1975 avec 1,9 milliard d'adultes en surpoids dont 650 millions étaient obèses en 2016, ce qui correspond en tout à 52% de la population (World Health Organization [WHO], 2020). En Suisse, 40 % de la population générale est en surpoids. On peut donc émettre un parallèle entre cette escalade de l'obésité et du surpoids et l'élévation prédite de la prévalence de l'arthrose de 40% d'ici 2030 (Hannouche et al., 2017).

Par ailleurs, 40% des patients implantés d'une PTH sont en surpoids, et 25,3% sont obèses. L'Indice de masse corporelle (IMC) moyen chez la population implantée est de 27,4 kg/m². Pour le genou, la part associée aux obèses est encore bien supérieure puisqu'elle concerne 39,8% des personnes implantées. Dans ce cas, l'IMC moyen est de 29,5 kg/m². De plus, il est important de noter que plus l'IMC augmente chez les patients implantés, plus l'âge au moment de la chirurgie est bas, laissant sous-entendre que l'obésité est plus fréquente chez la population jeune (Registre suisse des implants, 2020). Ces chiffres laissent donc clairement supposer un lien étroit entre l'excès de poids et la nécessité des arthroplasties du membre inférieur, et expliquent également en partie la raison des implantations de plus en plus précoces.

Les autres causes connues pour la nécessité d'une pose de prothèse de genou ou de hanche sont les fractures, les dysplasies congénitales de hanche, l'ostéonécrose, les infections ou encore les rhumatismes inflammatoires tels que la polyarthrite rhumatoïde (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2020).

De plus amples informations concernant les différents types de prothèses de genou et de hanche, ainsi que des notions sur les révisions de prothèses se situent en annexe VIII.

2.3. Prise en charge physiothérapeutique

Le physiothérapeute a un grand rôle à jouer dans la prise en charge des patients subissant une arthroplastie de hanche ou de genou. Les objectifs de rééducation, devant toujours être adaptés au patient, comprennent dans un premier temps l'antalgie, la diminution de l'œdème et l'amélioration de la mobilité articulaire. Dans un second temps s'y ajoutent le renforcement musculaire contribuant notamment à améliorer la stabilité de l'articulation, l'entraînement de l'équilibre et de la proprioception. Le physiothérapeute peut déjà agir auprès des patients avant leur chirurgie, pour les informer correctement et calmer leurs appréhensions, leur apprendre l'usage des cannes, et dans certains cas, pour favoriser une bonne préparation musculaire, ce qui les aidera à récupérer plus vite après l'intervention. La physiothérapie a aussi son importance après la chirurgie, dès le réveil du patient. Durant l'hospitalisation de celui-ci, le physiothérapeute va l'aider à retrouver son autonomie pour qu'il puisse se débrouiller à domicile pour les activités de la vie quotidienne et lors de ses déplacements. Ainsi, des activités comme monter et descendre les escaliers, ramasser un objet au sol, sortir et entrer dans le lit correctement sont ré-entraînées. De plus, les mouvements contre-indiqués qui risqueraient de luxer la prothèse - dans le cas de la PTH - sont enseignés (HUG, 2020). Finalement, le patient peut continuer des séances de physiothérapie ambulatoires après le séjour hospitalier afin d'optimiser ses capacités fonctionnelles. L'adjonction d'exercices à effectuer à domicile est également nécessaire. Une physiothérapie intensive avec une fréquence de quatre à cinq fois par semaine et continuée durant trois à quatre mois en ambulatoire aurait un impact positif sur la fonction, la mobilité et plus généralement sur la qualité de vie du patient (Luthi et al., 2012).

2.4. Connaissances actuelles sur le retour au travail après arthroplastie

Une majorité des patients ayant été opérés d'une arthroplastie de hanche ou de genou sont en mesure de retourner au travail après une période de récupération. En effet, selon Leichtenberg et al. (2016), la proportion de ces patients serait de 68 à 95% après une PTH et de 71 à 83% après une PTG. Cependant, le nombre de personnes restantes sans cette possibilité de retour à l'activité professionnelle ne doit pas être minimisé puisque cela engendre de nombreuses conséquences considérables pour le patient et la société. Il y a donc encore de la place pour tenter d'augmenter le pourcentage de personnes avec un RT réussi.

Bien qu'un manque d'études qualitatives sur le RT chez les patients après une arthroplastie de hanche ou de genou ait déjà été identifié par certains auteurs dont notamment par Malviya et al. (2014), la littérature quantitative a déjà permis de mettre en avant certains facteurs facilitateurs ou limitants le RT. Parmi les facilitateurs, nous avons distingué les suivants :

- Le sentiment d'urgence de retourner au travail (c'est-à-dire le sens des obligations et la valeur donnée au travail par l'individu) et le fait de travailler sur un lieu adapté aux personnes handicapées, qui sont associés avec un RT plus rapide (Styron et al., 2011).
- Les professions avec des exigences physiques plus faibles comme par exemple le travail administratif ou dans le domaine des finances, ainsi que le fait d'avoir fait des études universitaires (Sankar et al., 2013). En effet, un haut niveau d'études mène plus fréquemment à des professions de type sédentaire et donc à des travaux aux exigences physiques minimales (Hoorntje et al., 2018).
- Le fait d'être employé avant l'arthroplastie car cela laisse plus de chances de retourner au travail qu'en cas de chômage, que ce soit pour les patients avec une prothèse de hanche (Cowie et al., 2013) ou une prothèse de genou (Lyll et al., 2009).
- La méthode chirurgicale choisie, car l'approche à double incision favoriserait un retour plus rapide au travail (Kuijer et al., 2009).

En ce qui concerne les obstacles au RT, les suivants ont été cités :

- Le fait d'avoir des qualifications professionnelles plus faibles, tout comme le fait d'avoir été en congé maladie avant l'opération, car ils retardent le temps pris pour retourner au travail après la chirurgie (Kleim et al., 2014).

- La présence d'obésité avec un IMC supérieur ou égal à 30 (Kuijer et al., 2016).
- Le fait de s'attendre à être en arrêt maladie de longue durée après l'opération, tout comme le fait que le travail soit la cause des symptômes au genou avant la pose d'une PTG (Hoorntje et al., 2017).
- L'âge avancé au moment de la chirurgie (Leichtenberg et al., 2016).
- Les restrictions de mouvement imposées au patient par l'équipe médicale en post-opératoire (Kuijer et al., 2009).
- Le fait d'être indemnisé par les assurances durant son absence au travail, ou encore le fait d'avoir une santé mentale moins bonne avant l'opération car cela induit une récupération post-opératoire plus lente (Styron et al., 2011).

Certains facteurs ont été énoncés comme des facilitateurs dans certaines études, et de manière contradictoire comme des obstacles dans d'autres. En effet, par exemple, selon Kleim et al. (2014), les patients avec des professions manuelles retourneraient plus vite au travail après leur opération puisque leurs emplois nécessitent rarement d'être en congé maladie avant l'intervention sachant qu'ils n'impliquent pas une grande utilisation des membres inférieurs. A l'inverse, Lankinen et al. (2019) énoncent que les activités professionnelles considérées comme « non-manuelles » sont un facteur favorable au RT. Également en contradiction, Styron et al. (2011) explicitent que le fait d'être employé à son compte est associé à un RT plus rapide, tandis que Leichtenberg et al. (2016) le mentionnent comme facteur entravant le RT ou ne le permettant que partiellement.

Enfin, le sexe des patients a été de multiples fois énoncé comme obstacle tout comme facilitateur au RT. Selon Kuijer et al. (2016), le fait d'être une femme serait un facteur limitant le RT, de par le fait qu'elles ont souvent des résultats moins bons après une PTG que les hommes, car elles sont plus enclines à présenter une dépression, des douleurs lombaires et des articulations symptomatiques. Inversement, Styron et al. (2011) disent que les femmes ont tendance à retourner au travail plus vite que les hommes.

Cette contradiction au sujet de certains facteurs laisse supposer que d'autres études devraient être effectuées afin d'appuyer les arguments dans un sens ou dans l'autre pour pouvoir mieux les nuancer.

Un autre point important à souligner est que le délai de RT est généralement d'environ 3 mois dans la littérature, mais il y a une tendance chez les patients avec PTH à retourner

plus rapidement au travail comparé aux patients avec PTG, en lien avec une récupération plus rapide et une meilleure gestion des douleurs (Sankar et al., 2013).

2.5. Problématique et objectifs

Un grand nombre de personnes en âge de travailler sont actuellement concernées par la pose de ces prothèses et cette tendance est en augmentation depuis quelques années (Sankar et al., 2013). En effet, selon Leichtenberg et al. (2016), une proportion importante de personnes (15 à 45%) ont moins de 65 ans au moment de la chirurgie. Bien qu'une majorité de patients reprennent leur activité professionnelle en post-opératoire, le nombre total de personnes en incapacité de le faire est encore considéré comme trop important. Les personnes concernées par l'impossibilité de retourner au travail se voient faire face aux conséquences non-négligeables que cela peut engendrer sur leur situation financière et sur leur santé psychique et mentale, puisque travailler permet de donner du sens et une structure au quotidien et procure un sentiment d'utilité pour eux-mêmes et la société (Kuijer et al., 2009). A l'inverse, la perte d'emploi participe à augmenter la dépression et l'anxiété (Sankar et al., 2013). L'impact psycho-social d'une incapacité de travailler étant ainsi mis en avant en lien avec la pose d'une prothèse, nous avons trouvé judicieux d'approfondir ce versant-là en plus de l'aspect biomédical plus présent dans la littérature quantitative afin d'avoir la perspective la plus riche et globale possible des facteurs facilitant ou entravant le RT. En effet, avec une approche biopsychosociale, il est plus aisé pour les professionnels de la santé et plus spécifiquement pour les physiothérapeutes de contextualiser une problématique dans son ensemble pour mieux la comprendre et en faire émerger des objectifs adéquats prenant en compte toutes les dimensions impliquées (Edwards & Jones, 2007). L'approche biopsychosociale étant basée en grande partie sur le vécu des patients, nous avons énoncé la question de recherche suivante :

« Quels sont les facteurs bio-psycho-sociaux et environnementaux influençant le retour au travail après une prothèse de genou ou de hanche, selon le point de vue des patients ? »

L'objectif premier de ce travail est d'identifier les obstacles et facilitateurs à un RT optimal au travers de l'expérience des patients. De cette manière, nous pourrions par la suite les confronter aux facteurs déjà énoncés dans la littérature quantitative et espérons également étoffer la littérature qualitative très pauvre sur la thématique du RT en faisant émerger de nouveaux thèmes encore méconnus, notamment sur les aspects psycho-sociaux et environnementaux difficilement abordables par des données quantitatives. Deux objectifs découlent de celui-ci. D'une part, nous voudrions explorer le rôle du

physiothérapeute dans l'accompagnement du patient face à son RT afin d'améliorer sa réintégration professionnelle. D'autre part, nous souhaiterions faire connaître les différents facteurs influençant le RT identifiés auprès de tous les acteurs concernés par cette problématique afin de limiter autant que possible la survenue des obstacles et d'encourager la mise en place des facilitateurs.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Stratégie de recherche

a. Choix de l'approche

Nous avons décidé de nous orienter vers une approche de type qualitative car elle permet une vision subjective et donne la possibilité de comprendre de manière plus approfondie les expériences des patients face à une problématique définie. Le fait d'inclure les témoignages des patients dans le processus de compréhension d'un phénomène permet de mettre en lumière certains éléments, notamment psychologiques ou socio-environnementaux parfois laissés pour compte en recherche quantitative car seul le patient peut en attester de par son vécu. Ceci peut également faire avancer la recherche scientifique tout comme la pratique sur le terrain en amenant des pistes supplémentaires. Ainsi, la recherche qualitative est une approche que l'on peut qualifier de « centrée sur le patient » où celui-ci est acteur de sa santé ce qui est indispensable de nos jours (Schoeb, 2012).

b. Mots-clés, bases de données et alertes

Notre intention lors de nos premières recherches a été de confirmer la richesse de la littérature scientifique sur la thématique choisie, c'est pourquoi nous avons d'abord utilisé des mots-clés simples englobant de manière très générale le thème des prothèses du membre inférieur et celui du qualitatif afin de garder le champ le plus large possible. Cette démarche a servi pour nous aider à affiner notre question de recherche et pour comprendre le contexte dans lequel notre problématique évolue et les questionnements actuels autour de celle-ci. De ceci a découlé notre PIC (Population, phénomène d'Intérêt, Contexte) qui a précisé les mots-clés spécifiques à choisir lors de notre recherche définitive sur les différentes bases de données.

P : Adultes en âge de travailler, dont la majorité sont employés avant l'opération

I : Les facteurs bio-psycho-sociaux et environnementaux influençant le retour au travail, selon le point de vue des patients

C : Minimum 6 mois après la pose d'une prothèse de hanche ou de genou

Dans nos équations de recherche, nous avons décidé d'associer des mots-clés simples et des thésaurus plus spécifiques à notre sujet quand cela était possible afin d'obtenir une liste de résultats la plus exhaustive possible. Ainsi, pour notre première catégorie de mots-clés concernant le type de chirurgie, nous avons utilisé les termes suivants en fonction de la base de données : « arthroplasty, replacement, knee (MeSH Terms) », « arthroplasty, replacement, hip (MeSH Terms) », « knee arthroplasty », « hip arthroplasty », « prothèse de genou », « prothèse de hanche », « arthroplastie », « hip replacement », « knee replacement », « joint replacement », « prosthesis » et « prostheses ».

Notre deuxième catégorie de mots-clés concerne le retour au travail, pour lequel les mots-clés suivants ont été employés : « return work », « return to work », « reprise du travail » et « retour au travail ».

Lors de nos recherches sur PEDro, nous avons établi différentes équations de recherche dont certaines avec le mot-clé « qualitative » et d'autres sans. En effet, nous souhaitons ainsi rester le plus exhaustif possible et ne pas limiter nos résultats. De plus, l'adjonction du mot-clé « qualitative » nous semblait pertinente pour mettre en avant d'éventuels articles qualitatifs ou mixtes puisque ce moteur de recherche comprend avant tout de la littérature de type quantitatif. Sur les autres bases de données, nous avons décidé de ne pas ajouter de mots-clés spécifiques pour la catégorie concernant l'aspect qualitatif de la recherche et les facteurs bio-psycho-sociaux et environnementaux car cela restreignait largement le nombre de résultats en limitant la recherche.

Les différents mots-clés et MeSH Terms utilisés sont visibles en annexe I.

Afin d'assembler les différentes catégories de mots-clés entre elles, nous avons utilisé l'opérateur booléen « AND » ou « ET », et pour relier les termes de catégorie similaire le booléen « OR » ou « OU ». Nous avons décidé de ne pas appliquer de filtres afin de ne pas limiter notre recherche sachant que les résultats émanant de nos équations de recherche n'étaient pas assez abondants pour le justifier. Pour avoir la recherche la plus complète possible, nous avons cherché des résultats sur toutes les bases de données qui nous semblaient pertinentes, c'est-à-dire sur PubMed, CINAHL, LiSSa, Embase, Kinedoc et PEDro. Nous avons également effectué une partie de nos recherches sur la

base PsycINFO pour ne pas passer à côté d'éventuels articles qualitatifs supplémentaires. De plus, nous avons fait une recherche simple sur The Cochrane Library afin de vérifier qu'il n'existait pas déjà de revue qualitative traitant exactement de la même problématique.

Enfin, nous avons voulu nous assurer qu'il n'y avait pas de revue qualitative en cours risquant d'être publiée durant la réalisation de notre travail, c'est pourquoi nous avons fait une ultime recherche sur PROSPERO regroupant des MeSH Terms similaires à ceux employés dans nos recherches précédentes sur les bases de données.

Nous avons défini comme date butoir pour finaliser toutes nos recherches le 19 janvier 2021.

Concernant les alertes, nous les avons activées sur PubMed, CINAHL et Embase pour être averties de l'éventuelle publication d'articles plus récents. En effet, ce sont les trois bases de données qui ont donné le plus de résultats pertinents pour notre recherche.

3.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Dans le but de faciliter la sélection des articles correspondant à notre thématique, nous avons établi un certain nombre de critères d'inclusion et d'exclusion représentés dans le tableau ci-dessous :

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	<ul style="list-style-type: none"> • Patients avec prothèse de genou ou de hanche • Etudes comprenant majoritairement des personnes employées/indépendantes avant l'opération • Minimum 6 mois post-opératoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Patients avec toute autre prothèse (rachidienne /cheville/pied/membre supérieur) • Etudes comprenant uniquement des personnes sans emploi avant l'opération
Phénomène d'intérêt	<ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs bio-psycho-sociaux ou environnementaux • Le retour au travail post-chirurgie • Point de vue des patients ayant subi l'opération 	<ul style="list-style-type: none"> • Etudes prenant uniquement en compte les facteurs biologiques • Etudes restreintes à un seul facteur impactant le RT • Point de vue des employeurs, collègues, soignants, proches
Design	<ul style="list-style-type: none"> • Études qualitatives ou mixtes 	<ul style="list-style-type: none"> • Etudes exclusivement quantitatives
Collecte des données	<ul style="list-style-type: none"> • Interview individuels et/ou questionnaires avec réponses à développer librement, focus groups 	<ul style="list-style-type: none"> • Autres méthodes (examen de documents, ...)

Ces différents critères prennent en compte quatre aspects de notre problématique départagés comme suit :

a. Population :

Tout d'abord, nous avons voulu inclure dans notre travail les patients ayant subi une intervention pour la pose d'une prothèse de genou et de hanche en excluant les arthroplasties de toutes les autres articulations car ce sont les deux procédures les plus répandues (National Joint Registry, 2020) et qu'il s'agit de deux articulations majeures. Nous n'avons cependant pas exclu un type particulier de prothèse (PUC, PTG, PTH) afin de garder le champ de résultats le plus vaste possible.

Ensuite, nous avons souhaité exclure les études comprenant majoritairement ou uniquement des personnes sans emploi avant leur opération car cette population a généralement moins de chances de retourner au travail après l'intervention (Malviya et al., 2014).

Pour finir, nous nous sommes intéressées uniquement aux études comprenant des patients se situant à six mois post-opératoire au minimum. En effet, le temps moyen de RT pour la population employée avant la chirurgie est généralement d'environ trois mois, soit 12 à 13 semaines, comme le démontrent de nombreuses études dont une de Tilbury et al. (2015). Nous avons supposé que 3 mois supplémentaires après le RT étaient nécessaires afin que les patients puissent témoigner avec du recul des éléments facilitateurs ou des difficultés qui auraient influencé la reprise du travail, notamment ceux sur le lieu de travail. De plus, il est possible que certaines douleurs ou limitations fonctionnelles soient apparues ou se soient intensifiées suite au RT en fonction du niveau physique lié à l'activité professionnelle.

b. Phénomène d'intérêt :

Avec l'idée de remédier au mieux au manque de données de type qualitatives recueillies dans la littérature scientifique actuelle sur les facteurs influençant le RT après une arthroplastie de hanche ou de genou, nous avons exclu les articles traitant uniquement des facteurs biologiques causaux, ceux-ci pouvant déjà être expliqués par la recherche quantitative.

Par ailleurs, nous avons décidé d'exclure les études s'intéressant à un seul facteur influençant le RT car d'après nous, cela est trop ciblé par rapport à notre question de recherche dont le but est d'identifier un maximum d'éléments qui impactent le RT.

Nous avons également choisi de nous intéresser uniquement au point de vue des patients puisqu'aujourd'hui encore, seul un petit nombre d'études traite du processus de RT selon cet angle (Malviya et al., 2014). Comme déjà mentionné, une telle approche permet de mettre en avant l'expérience de la personne selon ses propres mots, et ainsi aide à la compréhension de nouveaux éléments n'ayant pas pu être mis en lumière de manière quantitative. Bien que les témoignages des employeurs, des collègues, des proches et des soignants apporteraient certainement encore de nouvelles perspectives et seraient intéressants à aborder plus en profondeur dans de futures études, nous avons souhaité nous concentrer uniquement sur le patient qui est la première personne concernée par notre problématique et celle qui détient certainement le plus de réponses à nos questionnements.

Enfin, bien qu'une majorité de patients retournent actuellement au travail après la pose d'une prothèse de hanche ou de genou, certains sont toujours en incapacité de le faire ou n'ont pu reprendre leur activité professionnelle que partiellement (Leichtenberg et al., 2016). Cela a des conséquences financières importantes autant pour le patient que pour l'employé et la société, ce qui en fait une problématique non négligeable pouvant également avoir un impact sur la santé psychique des patients (Lankinen et al., 2019). Nous considérons donc que la reprise du travail nécessite toute l'attention des différents protagonistes (professionnels de la santé, proche-aidants, employeurs, assurances, etc.) ayant un rôle à jouer dans ce processus.

c. Design des études :

Nous avons choisi d'exclure les articles de type exclusivement quantitatif mais pas les études de type mixte (qualitatif et quantitatif) dans le but de ne négliger aucune information existante, aux vues de la pauvreté de la littérature qualitative au sujet de notre problématique.

d. Méthode de collecte des données :

Nous avons inclus trois méthodes de récolte de données qui sont le focus group, l'interview semi-structuré et les questionnaires, ces derniers comprenant toujours au moins une partie de questions ouvertes avec possibilité de développement. D'après le cours de M. Piraud, l'interview permet une compréhension en profondeur des expériences personnelles : il donne la possibilité de comprendre ce que les gens font et ce qu'ils ressentent, aussi bien que leurs représentations, soit ce qu'ils pensent ou croient, le tout dans un environnement auquel l'intervieweur n'a pas accès (communication personnelle,

18 mai 2020). De plus, la méthode d'interview semi-structuré permet une certaine flexibilité dans la manière de formuler les questions et l'ordre de celles-ci pour s'adapter au discours de chacun, mais a tout de même une certaine trame permettant d'obtenir les informations souhaitées (Murphy et al., 1998). Inversement, bien que les questionnaires s'apparentent plus aux interviews standardisés, dans lesquels l'ordre des questions et leur formulation sont les mêmes pour tous laissant moins de liberté aux sujets pour répondre, nous avons souhaité les inclure également, à condition que ceux-ci contiennent au moins une partie de leurs items sous forme de questions ouvertes. En effet, celles-ci permettent de ne pas imposer de limites strictes quant au contenu ou à la longueur des réponses. Par ailleurs, les questions de type fermées s'apparentant plutôt à la méthodologie quantitative, ce qui, seules, les rendent inexploitable dans le contexte d'un travail qualitatif. Enfin, nous avons retenu la méthode des focus groups dans nos critères d'inclusion car d'après Touboul (s.d), celle-ci permet d « évaluer ... les expériences, les besoins, les attentes, les représentations des participants.... Cette méthode permet de saisir toute la complexité psychosociale des problèmes de santé... ». Cependant, cette méthodologie de collecte de données n'est apparue dans aucun des articles issus de notre recherche.

3.3. Sélection des articles

a. Processus de sélection d'articles :

Une fois nos différentes équations de recherche établies sur les différentes bases de données, nous avons utilisé nos critères d'inclusion et d'exclusion pour effectuer notre sélection en 3 temps :

Dans un premier temps, nous avons lu tous les titres des articles ressortissants de nos recherches. Grâce à cette première étape sur les différentes bases de données, nous avons déjà pu éliminer certains titres pour affiner nos résultats. Nous avons effectué ce procédé chacune de notre côté afin de discuter ensuite d'éventuels discordances. N'ayant pas obtenu exactement le même nombre d'articles retenus chacune de notre côté, nous avons ensuite réitéré ce processus ensemble et nous sommes mises d'accord sur nos choix finaux pour les articles suscitant un doute. Lorsque le titre des articles ne comprenait pas clairement un de nos critères d'exclusion ou lorsque le lien entre celui-ci et notre problématique était superflu, nous le gardions par précaution afin de lire le résumé par la suite et s'assurer de ne pas exclure un article potentiellement utilisable. Lors de cette étape, les doublons n'ont pas encore été mis en évidence.

Dans un second temps, nous avons procédé à la lecture des résumés de nos articles restants afin d'affiner notre sélection davantage. Ceci a encore réduit le nombre de résultats de la recherche. Nous avons effectué cette deuxième étape ensemble comme le nombre d'articles le permettait.

Enfin, dans un dernier temps, nous avons chacune de notre côté procédé à la dernière sélection qui consistait à lire intégralement les articles restants. Lors de cette étape finale, nous avons atteint le consensus qu'aucun article ne devait être éliminé sachant que tous respectaient nos critères d'inclusion et d'exclusion. Le tableau récapitulatif de la recherche d'articles comprenant nos équations de recherche et le nombre d'articles retenus dans chaque base de données se trouve en annexe II.

Notons que nous avons tout de même pris en compte certains articles exclus lors de nos diverses sélections et les avons utilisés pour étoffer notre cadre théorique et argumenter de manière appuyée notre discussion.

b. Méthodologie de recherche manuelle :

Pour avoir la recherche la plus aboutie possible et éviter de passer à côté d'articles potentiellement utilisables dans notre travail qui ne seraient pas ressortis avec nos équations de recherche, nous avons passé en revue les références bibliographiques des articles retenus par nos critères d'inclusion pour mettre en lumière d'éventuels articles supplémentaires répondant à nos critères d'inclusion. Nous avons ensuite fait de même pour une revue mixte qualitative et quantitative dont le sujet se rapprochait du nôtre.

c. Méthodologie de vérification :

Afin de clore notre processus de sélection et pour vérifier que nous n'avions pas négligé d'articles par mégarde, nous avons effectué une ultime recherche sur Google Scholar en utilisant les mots-clés « knee arthroplasty », « hip arthroplasty », « knee replacement », « hip replacement », « return to work » et « qualitative research », le tout sans filtre par date afin de ne passer à côté d'aucun résultat pertinent.

3.4. Évaluation de la qualité des articles

Pour effectuer l'évaluation de la qualité de nos articles, nous avons décidé d'utiliser la grille de Côté et Turgeon (2002) qui a été pensée expressément pour les articles

qualitatifs. Celle-ci est rédigée en français ce qui facilite sa compréhension et est accompagnée d'un guide explicatif d'utilisation dans le but d'aider l'évaluateur à l'appliquer et ainsi éviter des biais d'analyse. De cette manière, elle est facilement utilisable par des non-experts en recherche qualitative. De plus, elle est construite selon le modèle classique des articles de recherche (introduction, méthodes, résultats, discussion et conclusion) permettant un bon fil rouge lors de l'analyse et s'intéresse à des critères tels que la clarté des informations, la pertinence de celles-ci et la crédibilité (Côté & Turgeon, 2002). Dans le but de comparer nos résultats à posteriori, nous nous sommes d'abord consacrées séparément à l'analyse des quatre articles avec l'aide du guide d'utilisation. En cas de désaccords observés sur certains items, nous les avons repris ensemble afin d'arriver à un consensus. Bien que cette évaluation soit utile afin de mettre en évidence d'éventuelles limites à nos études, elle n'est qu'une interprétation subjective qui n'a pas été employée pour décider de l'exclusion des articles.

3.5. Méthodologie d'analyse des articles

Pour procéder à l'analyse qualitative des données de nos articles retenus (le détail des articles sélectionnés est visible en annexe III), nous nous sommes basées sur la méthodologie décrite par Thomas et Harden qu'ils nomment « analyse thématique ». En effet, celle-ci est bien décrite et facilement reproductible grâce aux exemples illustrés dans leur article « Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews » de 2008. Dans cet article, ils expliquent que cette méthode est fréquemment utilisée pour l'analyse des données en recherche qualitative. Elle consiste dans un premier temps en l'identification parmi différents articles de concepts-clés appelés « codes ». Par la suite, ces codes sont progressivement regroupés en thèmes de plus en plus généraux à la manière d'un entonnoir. Ainsi, les codes feront d'abord ressortir des thèmes appelés « descriptifs », puis enfin des thèmes « analytiques » plus globaux. Cette méthode permet donc d'identifier des thèmes communs transversaux à différentes études, et en recherche qualitative, c'est un bon moyen de faire ressortir des thématiques propres à l'expérience du patient (Thomas & Harden, 2008).

Pour procéder à notre extraction des données, nous avons repris ce même schéma en 3 étapes :

En premier lieu, nous avons effectué le codage ligne par ligne. Pour définir les codes, nous avons utilisé à la fois les citations retranscrites des interviews, appelées verbatims, et les commentaires des auteurs. Cependant, nous n'avons pas pris en compte les phrases qui n'étaient pas pertinentes pour répondre à notre question de recherche, ni les titres des

différents thèmes prédéfinis par les auteurs des articles. Toutes nos données ont été recueillies dans la partie des résultats des études.

Ainsi, pour la première partie, nous avons procédé à la codification conjointement pour l'article de Bardgett et al. de 2015, dans le but de nous familiariser avec la méthode et pour nous assurer de l'homogénéité de notre façon d'analyser les données. Ensuite, nous avons reproduit cette même étape chacune de notre côté pour faire émerger d'éventuels codes supplémentaires. Une fois la méthode acquise, nous avons directement procédé au codage séparément pour les autres articles de notre sélection. Pour chaque article analysé, nous nous sommes ensuite concertées pour nous accorder sur nos codes et renommer certains intitulés si cela s'avérait nécessaire.

Dans un second temps, nous avons regroupé les codes analogues en thèmes descriptifs. A nouveau, nous avons effectué cette étape individuellement d'abord, puis avons discuté pour arriver à un consensus.

Enfin, pour la dernière étape, nous avons fait émerger des thèmes analytiques plus généraux à partir de nos thèmes descriptifs prédéfinis. Cette étape a demandé beaucoup de réflexion de la part de chacune car la définition des titres de ces thèmes était très sujette à interprétation. Cette étape a donc été finalisée après argumentation de chacune et un débat productif.

4. RÉSULTATS

4.1. Résultats de la recherche documentaire

a. Résultats de la recherche dans les bases de données :

En regroupant tous les articles obtenus dans les différentes bases de données, nous avons 428 articles au total.

A l'issue de la première phase de sélection qui consistait à lire les titres des articles, nous en avons retenu 109 dont le titre ne permettait pas de les exclure.

Dans un second temps, nous avons procédé à la lecture des résumés de nos 109 articles restants afin d'affiner notre sélection davantage. Ceci a réduit la recherche à un total de 10 articles. Ce nombre de 10 articles a ensuite été réduit à quatre sachant que 6 d'entre eux étaient des doublons.

Enfin, dans un dernier temps, nous avons lu l'entièreté de ces quatre articles et tous répondaient à nos critères d'inclusion, c'est pourquoi ils ont été retenus dans notre sélection finale.

Les résultats issus de nos diverses étapes de sélection des articles sont résumés dans la figure I ci-dessous :

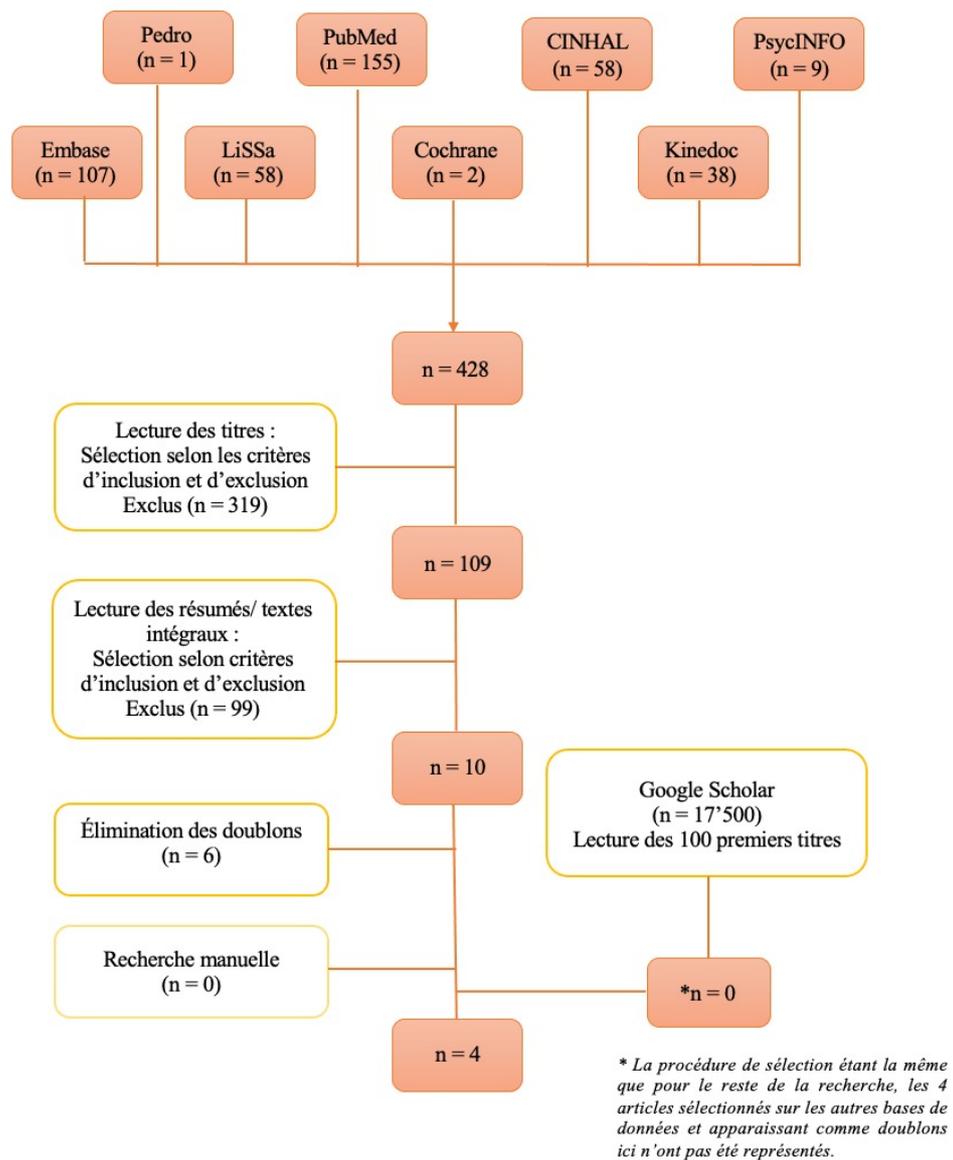


Figure I : Diagramme de flux de notre méthodologie de recherche et étapes de sélection

Aucun article additionnel ne s'est ajouté à notre sélection après avoir enclenché les alertes sur les bases de données, et ce jusqu'au 1^{er} avril 2021, date que nous avons définie comme limite temporelle à l'inclusion de nouveaux articles.

Notons que des résultats de ces recherches est ressorti une revue systématique mixte qualitative et quantitative sur notre thématique nommée « Factors influencing return to work after hip and knee replacement » de Malviya et al., parue en 2014. Celle-ci se différencie de notre travail de trois manières. Premièrement, elle intègre et analyse des articles purement quantitatifs lorsque nous nous sommes restreintes aux articles qualitatifs et mixtes. Deuxièmement, la majorité des participants inclus dans leur revue et suivis après la chirurgie sont à la retraite et ils expliquent cela par une moyenne d'âge de plus de 62 ans dans leur population étudiée. Cela diffère de l'âge moyen observé dans les études que nous avons sélectionnées qui se situe autour de 55 ans et est donc plus représentatif d'une population de travailleurs. Finalement, il est spécifié que bien que les articles quantitatifs inclus dans leur revue s'intéressent au RT après l'arthroplastie de hanche et de genou, les articles qualitatifs quant à eux ne traitent pas de ce statut de RT.

En outre, un article de Nouri et al. datant de 2020 et intitulé « Return to work advice after total hip and knee replacement » a émergé de nos équations de recherche. Nous avons décidé de ne pas le retenir pour notre analyse thématique car il ne s'intéresse qu'aux conseils des soignants en lien avec la reprise du travail. Bien que cet élément soit un des facteurs pouvant impacter le RT, nous avons considéré qu'à lui seul il ne répondait que partiellement à notre question de recherche. En effet, cet article est très précis et n'aborde aucunement tous les autres facteurs pouvant jouer un rôle dans le RT, comme les facteurs biologiques, psychologiques ou sociaux.

b. Résultats de la recherche manuelle :

A l'issue de la recherche manuelle dans les références bibliographiques de nos quatre articles sélectionnés et de la revue mixte de Malviya et al. de 2014, nous n'avons pas retenu de nouveaux articles.

c. Résultats de la méthodologie de vérification :

Lors de la phase finale de sélection sur Google Scholar dont le but était de vérifier l'omission d'aucun articles pertinents n'étant pas apparus sur les autres bases de données, nous avons obtenu 17'500 résultats à notre recherche. Les quatre articles finalement retenus sur les autres bases de données se trouvant parmi les 9 premières suggestions de Google Scholar, et dans le but d'économiser du temps, nous nous sommes limitées à la

lecture des 100 premiers titres, ce qui ne nous a pas amenées à trouver de nouveaux articles respectant nos critères d'inclusion.

d. Articles sélectionnés :

Les informations importantes relatives à nos quatre articles sélectionnés ont été extraites et mises en avant dans le tableau I représenté ci-dessous (version longue et détaillée en annexe III). Ce tableau récapitulatif et résumé nous a servi de repère tout au long de notre travail afin de comparer nos articles sans être contraintes à rechercher les informations noyées dans le texte dès que nous avons une interrogation. Il a également servi à confirmer le respect des critères d'inclusion et d'exclusion de notre travail pour chaque article.

	Bardgett et al. (2015)	Bardgett et al. (2016)	Maillette et al. (2017)	McGonagle et al. (2019)
	<i>“Patient-reported factors influencing return to work after joint replacement”</i>	<i>“Return to work after knee replacement: a qualitative study of patient experiences”</i>	<i>“Workers’ perspectives on return to work after total knee arthroplasty”</i>	<i>“Factors influencing return to work after hip and knee arthroplasty”</i>
Lieu	Freeman Hospital, Newcastle, Angleterre	Freeman Hospital, Newcastle, Angleterre	Hôpital Charles-Le Moyne, Canada	Geraldton Regional Hospital, Australie
Nombre de participants	102	10	8	116
Âge	<60 ans, moyenne de 54 ans	Entre 40 et 59 ans, moyenne de 54 ans	Entre 42 et 62 ans, moyenne de 56 ans	<65 ans, moyenne de 56 ans
Type de chirurgie	PTG (n=50) et PTH (n=52) (primaires)	PTG (primaire)	PTG primaire (n=6) ou révision de prothèse (n=2)	PTH (n=58), PTG (n=31) ou PUC (n=27) (primaires)
Statut professionnel des participants avant l'opération	Employés (n=83, 81%) Pas employés (n=19)	Employés au minimum dans les 3 mois précédents la chirurgie (tous) 2 indépendants / 8 employés	Employés (tous)	Employés au minimum dans les 3 mois précédents la chirurgie (tous) 31 indépendants / 85 employés
Temps entre l'opération et l'interview	Entre 6 mois et 3 ans	Entre 8 et 35 mois	De 6 à 12 mois	De 6 à 12 mois
Statut de RT	Non-mentionné	10 (100%) RT.	4 (50%) RT	106 (91%) RT
Récolte de données	Questionnaires (6 questions ouvertes + questions fermées)	Interview semi-structurés (7 questions)	Interview semi-structurés (7 thèmes abordés avec questions)	Questionnaire (13 items, questions ouvertes + questions fermées)

Tableau I : Résumé des articles sélectionnés – version courte

Parmi les quatre articles de notre sélection finale, deux nous ont interpellés car ils ont été écrits en majorité par les mêmes auteurs, à un an d'intervalle et que chacune des études a été effectuée en utilisant une population du même hôpital. Il s'agit des deux articles de Bardgett et al. intitulés « Patient-reported factors influencing return to work after joint replacement » de 2015 et « Return to work after knee replacement : a qualitative study of patient experiences » de 2016. Ainsi, nous nous questionnions sur la pertinence de les

analyser séparément. Cependant, après lecture approfondie, nous avons constaté que ces deux articles avaient des différences assez importantes notamment au niveau de l'échantillon de population étudié. En effet, le nombre de participants est plus important dans l'étude de 2015 et celle-ci s'intéresse à la fois aux prothèses de genou et de hanche. A contrario, l'étude de 2016 dont la population choisie est très restreinte ne parle que des prothèses de genou. Ainsi, bien qu'il soit impossible d'être sûr que ces deux études n'ont pas certains participants en commun, nous avons pris la décision de les considérer séparément. Un autre élément a permis d'appuyer cette décision. Effectivement, la méthode de récolte des données était différente, avec l'utilisation de questionnaires à développement dans l'étude de 2015 et l'emploi d'interviews dans celle de 2016.

4.2. Évaluation de la qualité des articles

Comme mentionné au point 3.4. de notre travail sur la méthode d'évaluation de la qualité des articles, nous avons employé la grille de lecture critique de Côté et Turgeon (2002) afin d'estimer la qualité de ceux-ci et de mettre en lumière les limites potentielles relatives à leur contenu, qui seront évoquées plus loin dans la discussion.

Pour chacun des 12 items décrits dans la grille, nous avons choisi de mettre un « oui » lorsque le critère de qualité était rempli, un « +/- » lorsqu'il n'était que partiellement rempli, et un « non » lorsqu'il n'était pas respecté.

De manière générale, l'article de Bardgett et al. (2016) et celui de Maillette et al. (2017) sont bien notés, avec une majorité de « oui ».

Les deux autres articles quant à eux ne sont que moyennement cotés, tout particulièrement celui de McGonagle et al. (2019) qui répond à moins de la moitié des critères avec seulement 4 « oui ». En effet, ce dernier manque de précision dans la description de la méthodologie employée, ce qui est bien illustré par deux « non » et trois critères que « +/- » validés. De plus, la qualité des résultats est mitigée avec un « non » (critère 9) qui exprime l'absence de citations pour illustrer les dires des participants à l'étude. Enfin, la conclusion manque également de rigueur et ne propose aucune piste pour les recherches futures (critère 12).

Dans l'article de Bardgett et al. (2015), le critère 5 sur la justification de la sélection des participants n'est pas validé. En effet, les critères d'éligibilité pour participer à l'étude ne sont pas clairement mentionnés. Par ailleurs, cinq autres items ne sont que « +/- » validés. La grille d'analyse ainsi que les résultats de notre évaluation sont représentés en annexes IV et V.

4.3. Résultats de l'analyse thématique

Au cours de notre analyse thématique réalisée manuellement et selon la méthode de Thomas et Harden (2008), nous avons pu identifier 71 codes au total. Ensuite, de ces codes ont découlé 21 thèmes descriptifs que nous avons par la suite regroupés en 7 thèmes analytiques. La figure représentée ci-dessous relie les thèmes descriptifs à leurs thèmes analytiques selon un code de couleurs afin d'avoir une schématisation plus visuelle. Le tableau démontrant la justification des codes en lien avec les verbatims et commentaires des auteurs, ainsi que le détail de l'analyse mettant en lien les thèmes analytiques avec les thèmes descriptifs et les codes correspondants, se situent respectivement en annexes VI et VII.

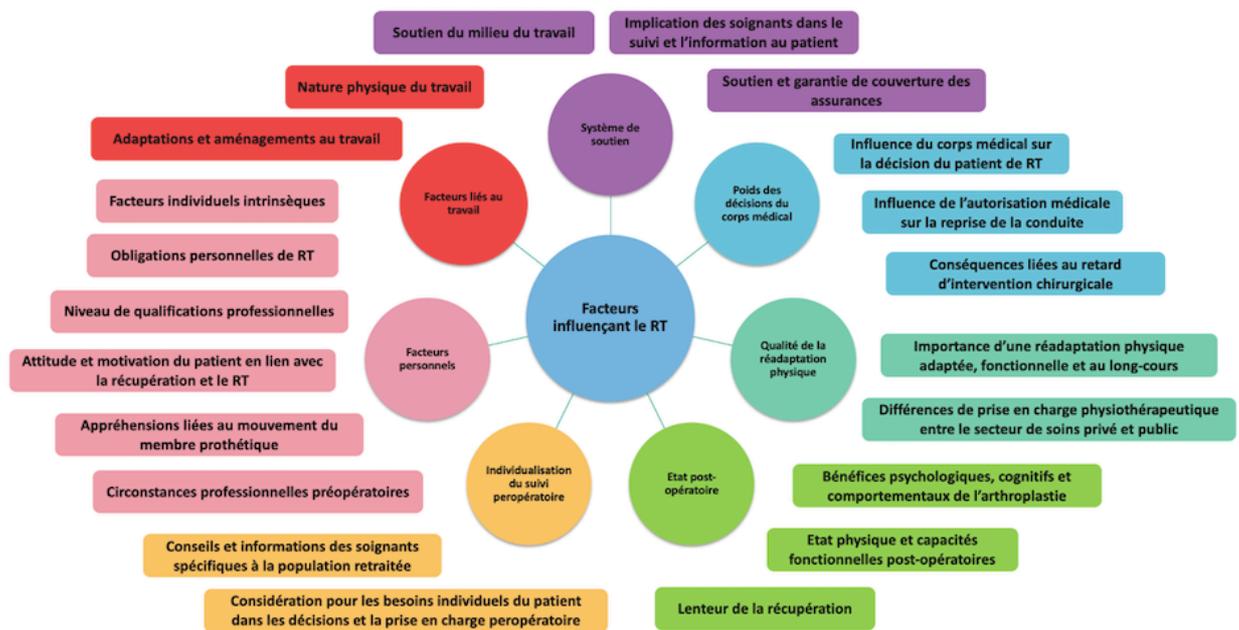


Figure II : Schéma représentatif de l'analyse thématique créé partiellement depuis © Copyright Showet.com

Sept thèmes analytiques ont été mis en lumière suite à l'analyse des données : *l'état post-opératoire, les facteurs liés au travail, le système de soutien, les facteurs personnels, la qualité de la réadaptation physique, l'individualisation du suivi peropératoire et le poids des décisions du corps médical.*

a. L'état post-opératoire :

L'état physique et les capacités fonctionnelles post-opératoires

Nous avons constaté qu'un bon état physique post-opératoire était un facteur primordial pour faciliter le processus de RT. En effet, les patients ayant remarqué une amélioration

globale de leurs capacités fonctionnelles, une diminution de leurs boiteries et de leurs douleurs après l'arthroplastie, ainsi qu'une meilleure qualité de leur sommeil étaient convaincus de l'impact positif de cela sur leur capacité à travailler. Cela est transparu au travers du discours d'un participant qui a mentionné : « *The knee replacement has been a huge success. I have excellent range of movement and if this had been the only health problem I am certain that I would be still in employment.* » (Bardgett et al., 2015, p.217). A l'inverse, certains patients n'ayant pas vécu d'amélioration de leur état physique, voire même une détérioration de celui-ci avec notamment des douleurs ou une fatigue persistante après l'opération ont rapporté des difficultés liées à leur capacité à retravailler : « *[What I hoped for] was to get rid of the pain. The pain is still here, and on top of that, I'm less functional than I was before. Because before, I was able to do my work every day.* » (Maillette et al., 2017, p.5).

Les bénéfices psychologiques, cognitifs et comportementaux de l'arthroplastie

Une conséquence positive de l'arthroplastie exprimée par beaucoup de patients était l'amélioration de l'état psychologique de ceux-ci, notamment en lien avec une augmentation de la confiance en soi, de la concentration au travail et une vision plus positive de l'avenir (Bardgett et al., 2015, p.217). Cette confiance en soi plus affirmée, ainsi que l'atténuation des préoccupations des patients face à leurs douleurs s'estompant suite à l'opération leur a également permis de faire preuve d'une plus grande attention envers les autres : « *I no longer think about pain, pain relief, or that others are watching me walk badly/limp [...]. I am able to concentrate better on other people's issues now.* » (Bardgett et al., 2015, p.217).

La lenteur de la récupération

Certains patients dont la récupération post-opératoire s'est déroulée plus lentement et moins efficacement que prévu se sont vu forcés à repenser leurs objectifs et leurs attentes (Maillette et al., 2017, p.3). Cela a sans aucun doute dû chambouler leurs projets RT.

b. Facteurs liés au travail :

La nature physique du travail

Le type de métier et les exigences physiques liées à celui-ci est un facteur non négligeable qui a été mis en évidence dans les citations des patients. En effet, les postes de travail incluant l'obligation de marcher sur de longues distances, de rester debout durant de

longues périodes, d'utiliser fréquemment des escaliers, ou encore les postes comprenant des tâches et activités physiques comme se pencher ou s'agenouiller ont été des facteurs limitant la participation au travail, particulièrement chez les patients avec prothèse de genou (Maillette et al., 2017, p.3). Ces derniers ont même dit qu'ils pensaient que ces limitations entraveraient leurs perspectives d'avenir sur le marché du travail (Bardgett et al., 2015, p.217). Un participant a mis en avant ses difficultés : « *(TKR would be seen as an impediment)... If the job includes physical aspects relating to accessing confined spaces, climbing ladders, kneeling for periods... Not an impediment in a sedentary work environment.* » (Bardgett et al., 2015, p.217).

Les adaptations et aménagements au travail

Parmi les éléments pouvant faciliter le retour sur le lieu de travail, nous avons identifié différents facteurs. En premier lieu, la flexibilité du management quant aux horaires, à l'aménagement de pauses et à la possibilité de retourner au travail avec une charge de travail plus légère pour débiter puis augmentant progressivement ont été mis en avant comme aidant à pallier aux difficultés physiques et psychologiques à court-terme. En effet, ces adaptations ont aidé à la réintégration sur le lieu de travail (Bardgett et al., 2015, pp. 218-219). A contrario, les patients ne bénéficiant pas de la possibilité d'un retour progressif au travail ont exprimé les difficultés rencontrées : « *Unfortunately, my employer wouldn't allow me to go back to work on part time basis following the op... I had to work full time 9-5 from my first day of return to work... After 8 weeks on the sick, it was tiring and difficult to adjust to.* » (Bardgett et al., 2015, p.218).

Les adaptations ergonomiques et de l'environnement au travail ont aussi contribué à surmonter les difficultés physiques passagères résultant de l'opération (Bardgett et al., 2015, p. 218).

En outre, les patients ont rapporté être ouverts à accepter une modification – même sur le long-terme – de leur poste de travail ou cahier de charge car cela a permis de faciliter leur profession malgré les restrictions fonctionnelles résiduelles (Bardgett et al., 2015, p.217). Finalement, il a été mentionné par certains patients que le degré d'ancienneté dans l'entreprise avait des avantages comme la possibilité de choisir un poste plus sédentaire, ce qui a sans nul doute facilité la reprise du travail (Maillette et al., 2017, p.4).

c. Systeme de soutien :

Le soutien du milieu du travail

Il y a différents protagonistes qui semblent avoir participé activement à faciliter la réintégration de l'employé sur le lieu de travail. L'aide et le soutien de chacun d'entre eux a été positivement corrélé avec une expérience positive de RT. Avant tout, le soutien des employeurs, pouvant s'exprimer par différentes adaptations autorisées pour faciliter le quotidien de l'employé a été primordial (Bardgett et al., 2015, p.218). Contrairement à cela, lorsque l'employeur démontrait une forme de discrimination envers l'employé à cause de sa situation médicale, cela a semblé entraver la possibilité de retravailler. Effectivement, quelques patients ont dit ressentir une pression de la part de leur employeur pour démissionner de leur emploi pré-opératoire ou ont eu l'impression qu'on limitait leur rôle au travail (Bardgett et al., 2015, p.219). Cette forme de discrimination était particulièrement visible dans le discours d'un patient : « *I was not allowed to return to my job in full capacity... as I could not do control and restraint courses, I was allowed to return as a porter with a drop in pay..., I should have been given the opportunity to return to my job... I decided to put in for my retirement.* » (Bardgett et al., 2015, p.218). Les collègues ont apparemment également un grand rôle à jouer. L'esprit d'équipe et d'entraide a permis aux travailleurs de ne pas avoir l'appréhension d'être un fardeau au travail et le fait de pouvoir reléguer certaines tâches difficiles aux collègues a facilité le processus de RT : « *Sometimes we have to put bandages on patients [...] so we're on our feet for a long time. That's a little bit harder, but I can get other patient attendants to help me.* » (Maillette et al., 2017, p.4). En outre, bénéficier d'une protection syndicale a également été énoncé comme facilitateur de reprise du travail (Maillette et al., 2017, p.4). Enfin, un autre facteur facilitateur prédominant était l'implication des médecins du travail lors de la réintégration au travail et le fait de discuter avec eux des exigences individuelles liées au métier en question (Bardgett et al., 2016, p.5). Un participant a exprimé sa satisfaction vis-à-vis de ce soutien : « *I returned to work through occupational health dept, who were very helpful and understanding. However, had I not had the support of occupational health [...] my return to work may have been a totally different experience.* » (Bardgett et al., 2015, p.218).

Le soutien et la garantie de couverture des assurances

Les patients ayant reçu une aide financière des assurances (remplacement de revenu et remboursement des traitements médicaux) ont mentionné avoir beaucoup apprécié ce

soutien (Maillette et al., 2017, p.4). Inversement, de nombreux patients ont rapporté un manque d'implication active des assureurs pour faciliter leur RT, hormis des lettres administratives de rappel insistantes pour précipiter ce retour dans les plus brefs délais : « *Even if you send me 100 letters a week, it won't change anything. I just can't do it. They've let up a bit now. They've understood that my goal is to go back to work.* » (Maillette et al., 2017, p.4).

De plus, les patients ayant peur de ne pas être couverts par leur assurance accident s'ils retournaient au travail sans le feu-vert du médecin insistaient sur la nécessité d'attendre son autorisation (Bardgett et al., 2016, p.4).

L'implication des soignants dans le suivi et l'information au patient

Le soutien et l'engagement des différents professionnels de la santé dans le suivi peropératoire des patients apparaissait comme primordial. L'impression de ces derniers d'être écoutés, encouragés et de recevoir des conseils adéquats a eu son importance.

Certains patients n'ont reçu aucunes informations ou indications quant à leur RT, comme par exemple le délai à espérer pour y retourner, ou encore la manière de faciliter ce processus. Malheureusement, cette absence d'informations et conseils a été mise en lumière à maintes reprises : « *I cannot recall my return to work being discussed at all [...].* » (Bardgett et al., 2015, p.218).

De plus, il a été mis en avant que la communication avec les physiothérapeutes et leur feedback était un facteur motivant qui aidait le patient à progresser dans sa guérison physique et psychologique et contribuait à sa confiance en lui : « *It (Physiotherapy) was helpful because I was told by a professional that yes you are doing the right things and are you are progressing at the right rate and what is happening should be happening and I found that very helpful and encouraging.* » (Bardgett et al., 2016, p.5).

En dernier lieu, la communication avec les chirurgiens était elle-aussi cruciale. Bien que ceux-ci soient censés jouer un rôle central dans le processus de RT de par leurs conseils, la plupart des participants n'étant pas retournés au travail ont ressenti un manque d'implication et de soutien de leur part. En effet, ils semblaient indisponibles puisqu'il a été dit qu'il était souvent difficile d'obtenir un rendez-vous avec eux. De plus, lorsqu'un rendez-vous avait lieu, la brièveté de celui-ci a été mise en avant. Parallèlement, les patients ont exprimé ne pas se sentir écoutés. Le seul conseil qu'ils aient reçu était « *You have to wait and hope* » (Maillette et al., 2017, p.5).

d. Les facteurs personnels :

Les obligations personnelles de RT

Certains facteurs tels que la peur du licenciement, les difficultés financières ou les obligations envers l'employeur ont accéléré le RT (Bardgett et al., 2015, pp.218-219). Un patient a cité un de ces éléments très explicitement : « *I didn't qualify for sick pay... I had to return to work so I could pay my mortgage.* » (Bardgett et al., 2015, p.218).

Les facteurs individuels intrinsèques

Les éléments non-modifiables propres au patient tels que l'âge et la présence de comorbidités ou d'arthrose touchant d'autres articulations que celle opérée pouvaient potentiellement être un frein à retravailler après l'arthroplastie, même si l'évolution post-opératoire était favorable.

Le marché du travail favorisant très nettement les personnes de jeune âge, il est clair qu'il est plus difficile pour le travailleur de se faire embaucher ou de garantir le maintien de sa place de travail lorsqu'il se rapproche de l'âge de la retraite : « *At 62 years old, what employer is going to say, yes, we'll hire you. Come on, be realistic !* » (Maillette et al., 2017, p.5)

Le niveau de qualifications professionnelles

Les personnes pourvues d'une grande expérience dans le domaine du travail et de qualifications professionnelles conséquentes n'étaient pas soucieuses de leur possibilité de retourner à leur poste, ou le cas échéant, d'être à nouveau engagées si leurs capacités le leur permettaient. A l'opposé, celles avec des qualifications plus modestes craignaient d'être remplacées (Maillette et al., 2017, p.5).

Les circonstances professionnelles préopératoires

Un élément émergeant du discours des patients n'ayant pas pu retourner à leur activité professionnelle était le fait d'être en congé maladie avant la chirurgie (Maillette et al., 2017, p.3).

Les appréhensions liées au mouvement du membre prothétique

Une forme de kinésiophobie a émergé du discours de certains patients, à la fois par peur de créer des douleurs en étant trop actifs et en bougeant le membre opéré, mais aussi par manque de confiance envers le matériel prothétique. Effectivement, les patients n'étant

pas retournés au travail ont mentionné organiser leurs activités de manière à éviter certains mouvements pouvant augmenter les douleurs : « *I'm always busy trying to plan what I'm going to do, how I'm going to do it, for sure I won't do that [...] I think sometimes I'm also afraid [that it'll hurt].* » (Maillette et al., 2017, p.5). De plus, ils ressentait le besoin de protéger leur prothèse pour éviter une deuxième opération : « *It's absolutely certain in my mind that if I overuse my knee, the [prosthesis] won't last as long.* » (Maillette et al., 2017, p.3).

L'attitude et la motivation du patient en lien avec la récupération et le RT

Les patients qui présentaient une attitude motivée et dynamique face à leur récupération et qui adoptaient des comportements d'auto prise en charge ont pu retourner au travail, tandis que ceux qui présentaient une attitude passive n'en ont pas été capables : « *You know, for me, life isn't over at 62. What can I do ? I don't know. So I'm waiting. I'm waiting until the orthopedist has filled out my forms, then we'll see. That's where I'm at.* » (Maillette et al., 2017, pp. 4-5).

Dans ce même thème, les patients qui démontraient un état d'esprit optimiste croyaient en leur capacité à améliorer davantage leur condition et semblaient avoir la conviction que leurs douleurs finiraient par partir, ce qui a certainement contribué à les aider à retourner au travail. Ces patients ont pu outrepasser leurs quelques limitations résiduelles afin de se concentrer sur le positif comme l'augmentation de leur indépendance après la chirurgie, ce qui leur a permis de ne pas avoir de regrets concernant leur décision d'être opérés (Maillette et al., 2017, p.4).

e. La qualité de la réadaptation physique :

L'importance d'une réadaptation physique adaptée, fonctionnelle et au long-cours

Les bienfaits sur la récupération physique d'une physiothérapie active comprenant des exercices fonctionnels, associés à de l'activité régulière en dehors des séances avec le physiothérapeute ont été cités de nombreuses fois (McGonagle et al., 2019, p.4). A l'inverse, si les objectifs de rééducation n'étaient pas assez fonctionnels, ou s'intéressaient uniquement à l'articulation opérée, cela ne semblait pas propice à un RT efficace. Un participant a fait part dans son discours du manque de prise en charge globale : « *I was just basically trying to get the flexibility... the bend back into the knee I think... you are only working solely on the knee... less of your physical fitness I mean if you're not moving around you're going to ... possibly lose a bit of ordinary fitness.* » (Bardgett et al., 2016, p.5).

Par ailleurs, la décision de poursuivre la physiothérapie par des séances prolongées sur le long terme était positivement corrélée avec une meilleure habilité à retourner au travail par l'amélioration des capacités physiques. Un patient a d'ailleurs fait mention de son regret de n'avoir pas eu cette option : « *I'd really like to have been able to continue. For me, it would have been much easier to go back to work. My leg would have been stronger.* » (Maillette et al., 2017, p.4). Certains patients, quant à eux, ont décidé de poursuivre cette réhabilitation physique par leurs propres moyens en souscrivant un abonnement au fitness ce qui semblait également avoir facilité leur RT : « *My wife got us... a membership for the gym ; I went to see them, 'I've had a knee replacement, I just need to get some exercises, build the strength up on the muscle above the knee.'* They gave us a programme for that, I'm doing that. I'll be honest I think that's how I got back to work as quickly as I did. » (Bardgett et al., 2016, p.5).

Bien que la physiothérapie ait été décrite comme un atout par les patients ayant été pris en charge de manière adaptée, une patiente a expliqué les difficultés qu'elle avait rencontré pour appliquer les exercices à domicile prescrits par le physiothérapeute (Maillette et al., 2017, p.4).

Malheureusement, certaines personnes ont tout de même affirmé n'avoir eu aucune réadaptation physique avec l'aide et la supervision d'un physiothérapeute en post-opératoire, et donc avoir été livrés à eux-mêmes : « *I didn't get any (rehabilitation), just the booklet of what to do after a knee replacement from the trust, and the old exercises on the bed with a towel under your knee and things like that. I wish I had more professional physio [...] as opposed to do-it-yourself stuff at home.* » (Bardgett et al., 2016, p.5).

Les différences de prise en charge physiothérapeutique entre le secteur de soins privé et public

Ce point a été mis en lumière à travers les propos des patients. En effet, dans le secteur privé, les physiothérapeutes ont été perçus comme plus soutenant et consciencieux dans leur suivi, en persévérant dans la réhabilitation jusqu'à ce que les objectifs cliniques fixés aient été atteints. En revanche, en secteur public, les patients se sont sentis sous pression pour guérir au plus vite : « *You see, they really want you to get better fast* » (Maillette et al., 2017, p.3).

f. L'individualisation du suivi peropératoire :

La considération pour les besoins individuels du patient dans les décisions et la prise en charge peropératoire

A travers les verbatims des patients, il a été possible de déceler un manque de considération globale de la part du corps médical pour les besoins individuels de ceux-ci dans les différentes décisions prises en lien avec la chirurgie et les suites post-opératoires. En effet, beaucoup de décisions semblaient très protocolées et pas assez réfléchies en fonction des circonstances propres à chaque patient.

Notamment, il a souvent été énoncé que les chirurgiens refusaient encore d'opérer pour une arthroplastie de hanche ou de genou avant un âge avancé du patient, même si celui-ci présentait des symptômes sévères impactant fortement sa qualité de vie et sa possibilité de continuer à travailler pour gagner sa vie. Cette longue attente non-justifiée a généré de la frustration chez de nombreuses personnes : « *Absolutely refused to do it (NHS Hospital). They said their policy wasn't to do it until they were 60. Yes. I thought that was abysmal, especially since the knee was totally shot and I was getting a lot of pain with it. Quality of life had changed.* » (Bardgett et al., 2016, pp.3-4).

Le délai à prévoir avant une possible reprise de travail et les conseils des soignants autour de ce thème ont également été énoncés par les patients comme un obstacle ayant dans certains cas retardé ce processus. Alors que parfois le délai à espérer pour retravailler était très incohérent dans les informations fournies (Bardgett et al., 2015, p. 217), d'autres fois cette échéance était protocolée de manière si stricte que les besoins individuels de chaque patient, comme leurs circonstances professionnelles, ainsi que leurs progrès fonctionnels et leur niveau de guérison passaient au second plan. Ainsi, certains patients ont attendu que le nombre de semaines prescrites se soient écoulées pour retourner au travail bien qu'ils se seraient sentis aptes à le faire avant : « *It was the GP who said don't be rushing back... she said 12 weeks... I could of gone back earlier...* » (Bardgett et al., 2016, p.4). Enfin, le domaine de la physiothérapie n'a pas été exempt de critiques des patients. Ils expriment là aussi que les objectifs de rééducation n'étaient pas assez centrés sur les exigences physiques propres au métier de chacun et les besoins fonctionnels liés à celles-ci : « *I think the main thing was a little bit more physio aimed at what your needs were in terms of going back to work. For me, there would be a bit more knee-bending and stuff. It was more about walking, really, more than actually knee-bending.* » (Bardgett et al., 2016, p.5).

Les conseils et informations des soignants spécifiques à la population retraitée

Beaucoup de patients ont explicité le fait que les conseils reçus par le personnel soignant étaient ciblés pour une population de personnes retraitées et d'âge avancé, et donc non-adaptés aux besoins des personnes encore professionnellement actives. Cela a également contribué à renforcer la conception de certains que l'arthroplastie de genou ou de hanche est une intervention réservée aux personnes âgées, comme il a été précisé par un participant : « [...] *most of the patients I would of thought were beyond working age anyways or retired already... that's the impression I get because of all the things that's were mentioned, nothing about working so it gives you the impression that it's an old persons thing.* » (Bardgett et al., 2016, p.4).

Cette croyance d'être une minorité concernée par le RT a même amené certaines personnes à renoncer à aborder le sujet de leur reprise professionnelle avec les soignants, par crainte que cela soit perçu comme un sujet inapproprié (Bardgett et al., 2016, p.4).

g. Le poids des décisions du corps médical :

L'influence du corps médical sur la décision du patient de RT

A travers le discours de certains patients, nous avons constaté que le corps médical, et les médecins tout particulièrement influençaient grandement la décision concernant le moment de retourner au travail (Bardgett et al., 2016, p.4). Un participant a manifesté un tel respect pour l'autorité médical qu'il a dit : « *He's the boss.* » et « *He's the one who decides* » (Maillette et al., 2017, p.4), comme si son ressenti personnel de l'évolution de son état de santé n'avait pas d'importance tant qu'il n'avait pas l'approbation du médecin. Ceci a également été évoqué par un autre participant qui a affirmé : « *It was the GP who said don't be rushing back [...] to be quite honest I don't even know why I didn't go back... I think it's the Dr said just don't rush back.* » (Bardgett et al., 2016, p.4).

L'influence de l'autorisation médicale sur la reprise de la conduite

La conduite a également été un facteur déterminant la reprise du travail pour certains patients dont le lieu de travail nécessitait un déplacement en voiture. Effectivement, l'absence du feu-vert du médecin autorisant le patient à conduire à nouveau a été cité comme facteur limitant (McGonagle et al., 2019, p.4).

Les conséquences liées au retard d'intervention chirurgicale

La décision des chirurgiens de fréquemment retarder le moment de la chirurgie a eu des conséquences non-négligeables autant sur la condition physique que psychologique des

patients avant la chirurgie. En effet, leur état physique n'a fait que de se dégrader et la douleur persister ce qui a finalement joué sur leur bien-être psychique : « *Maybe I should have had it earlier when my muscles were in a better state, but I was getting to the state where I was barely moving [...]. That obviously makes your muscles a lot weaker.* » (Bardgett et al., 2016, p.4). Cette détérioration de l'état des patients a résulté en un manque de productivité au travail et a obligé certains à prendre un congé maladie avec toutes les conséquences financières que cela implique. Cela a également eu un impact négatif sur l'employabilité future de ceux-ci (Bardgett et al., 2016, p.4).

5. DISCUSSION

Cette partie fera l'objet de l'interprétation et de la confrontation des résultats découlant de notre analyse avec ceux trouvés dans la littérature déjà existante. Les différentes limites observées dans notre travail et dans les articles que nous avons sélectionnés seront également discutées. Pour finir, nous allons amener quelques pistes pour tenter de transposer nos résultats à la pratique clinique, et plus spécifiquement en physiothérapie et émettre des propositions afin d'enrichir la littérature scientifique sur le sujet dans les recherches futures.

5.1. Interprétation des résultats et confrontation avec la littérature

Dans cette partie, nous allons interpréter et comparer les thèmes analytiques trouvés dans nos résultats à la littérature existante afin de tenter d'étayer les connaissances actuelles.

État post-opératoire :

Comme explicité dans nos résultats, l'état post-opératoire peut à la fois se présenter comme un obstacle ou un facilitateur selon s'il est bon ou mauvais. En effet, les patients avec une bonne récupération physique après la chirurgie, une diminution de leurs douleurs et une meilleure qualité de sommeil semblent plus en mesure de retourner travailler que les autres. Il en est de même pour tous les patients ayant remarqué une amélioration de leur état psychologique exprimée notamment par une confiance en soi plus affirmée et un état d'esprit plus positif, tout comme une meilleure concentration sur le lieu de travail après l'intervention, notamment en lien avec la baisse des douleurs. Ce point est en adéquation avec l'opinion exprimé par les employeurs au travers de l'étude de Nouri et al. (2018), dans laquelle ceux-ci disent remarquer que l'état du patient suite à la chirurgie a un impact sur leur capacité à retourner travailler. En effet, ils mettent en évidence que

les complications telles que la raideur, la douleur et la fatigue d'une part, ainsi qu'une baisse de l'humeur d'autre part sont des éléments empêchant un RT réussi.

Facteurs liés au travail :

La nature physique du travail, c'est-à-dire les professions ou postes de travail qui nécessitent que l'employé marche beaucoup, utilise fréquemment les escaliers ou encore qu'il sollicite à maintes reprises ses membres inférieurs dans la journée s'est démarquée comme un facteur limitant pour certains patients, et plus particulièrement pour ceux avec une prothèse de genou. Effectivement, Sankar et al. (2013) confirment cela en exprimant que selon eux, les patients avec des professions de type sédentaire comme le travail administratif sont plus enclins à retourner rapidement travailler. Toujours en cohérence avec nos résultats, ils disent aussi que les patients avec une PTG ont des difficultés avec plus d'activités liées à leur travail que ceux avec une PTH. De plus, ils expliquent que ces difficultés n'apparaissent pas dans les mêmes activités selon si le patient présente une PTH ou une PTG, à l'exception de la position assise prolongée qui semble poser problème dans les deux cas. Par ailleurs, nous avons remarqué une contradiction entre les articles de Lankinen et al. (2019) et de Kleim et al. (2014) puisque le premier énonce les professions « non-manuelles » comme un facteur facilitateur pour le RT, et le second dit que ce sont les métiers manuels qui aident le patient à retourner plus vite travailler puisqu'ils n'impliquent pas une grande sollicitation pré- et post-opératoire des membres inférieurs. Cependant, il semblerait que ce soit une question sujette à interprétation puisque le terme « manuel » ou « non-manuel » est très flou. Selon nos résultats, ce seraient effectivement les activités professionnelles avec une fréquente utilisation des membres inférieurs comme par exemple par des mouvements répétés ou nécessitant une bonne force et amplitude dans les jambes qui seraient limitantes pour un RT optimal. Ainsi, nous sommes plutôt en accord avec l'affirmation que les activités « non-manuelles » sont facilitatrices car selon notre interprétation, les travaux manuels représentent les métiers comme électricien, mécanicien, peintre ou encore maçon, qui ne se limitent pas qu'à l'utilisation des membres supérieurs. Nous pensons qu'il reste important de bien expliciter ces termes afin de ne pas biaiser leur compréhension.

Un autre point important ressorti de notre analyse des résultats est l'impact positif des adaptations et aménagements sur la possibilité de retourner travailler. On englobe par ce thème la flexibilité des horaires ou du cahier de charges, la possibilité d'un retour progressif au travail ainsi que les adaptations ergonomiques de l'environnement

professionnel. Ce dernier point est en accord avec l'article de Styron et al. (2011), qui stipule que les lieux de travail adaptés aux personnes en situation de handicap physique ou à mobilité réduite facilite le retour à l'activité professionnelle. Par ailleurs, dans l'article de Nouri et al. (2018), on retrouve un avis similaire de la part des employeurs qui disent avoir mis en place diverses adaptations pour aider leurs employés à revenir travailler. Parmi celles-ci, ils citent eux-aussi le RT progressif pouvant aller d'une réduction des heures de travail pour commencer à l'octroi de jours de vacances, la mise à disposition de matériel adapté aux patients comme par exemple des chaises hautes pour leur permettre de s'asseoir plutôt que de rester debout sur de longues périodes, ainsi que la possibilité de se parquer plus près du lieu de travail ou d'être véhiculé en taxi jusqu'à celui-ci. Enfin, certains disent même avoir permis à leurs employés de travailler dans des infrastructures plus proches de leur maison ou même en télétravail à domicile lorsque cela était possible.

Système de soutien :

Le soutien des différentes personnes de l'entourage du patient impliquées dans son processus de RT est un thème qui est fortement ressorti de nos résultats. Pour commencer, le soutien des employeurs que l'on peut rapporter à leur flexibilité pour adapter le travail à la condition du patient après son opération, tout comme au fait de se montrer juste et non-discriminant à l'égard de l'employé est primordial. Ce soutien transparait à nouveau dans l'article de Nouri et al. (2018), dans lequel certains employeurs ont demandé à leur équipe de faciliter le retour de leur collègue en l'aidant dans les différentes tâches que le travail implique.

Cet article met aussi en évidence les bénéfices du soutien des médecins du travail, en accordance avec nos résultats puisqu'il y est également dit que ceux-ci ont une meilleure compréhension des exigences de la profession, et qu'ainsi leurs conseils facilitent la reprise du travail pour l'employé.

Concernant l'implication des soignants dans le suivi et l'information aux patients, celle-ci a été plusieurs fois remise en cause dans nos résultats, avec des patients n'ayant parfois reçu aucunes indications quant aux délais à attendre pour le retour vers l'activité professionnelle, ni à la manière de faciliter la transition vers cette reprise. Effectivement, l'article de Nouri et al. (2020) concernant le point de vue des patients sur les conseils de RT avance les mêmes propos. Les patients s'y expriment en disant que les conseils reçus étaient uniquement basés sur la chirurgie et les soins post-opératoires mais pas sur le RT

ce qui les a laissés très démunis. De plus, les possibilités d'un RT adapté et progressif n'étaient que rarement mentionnées, et lorsque c'était le cas, les conseils restaient vagues. Ainsi, le manque de conseils sur les stratégies pour réintégrer le lieu de travail ont un potentiel qui reste largement à exploiter et permettraient aux patients d'effectuer cette transition avec moins de craintes. Une autre étude de Coole et al. (2019), qui s'intéresse quant à elle au point de vue du personnel soignant sur le RT des patients après la chirurgie, mentionne que les attentes des patients sont souvent irréalistes quant à la reprise professionnelle et les soignants sont d'avis que cela est certainement lié à la pauvreté des conseils dispensés. Enfin, les employeurs semblent également ressentir un manque de communication entre l'équipe soignante et eux-mêmes qu'ils jugent pourtant judicieuse car elle laisserait la possibilité d'organiser d'éventuels remplacements et ajustements nécessaires au sein de leur équipe. En effet, les notes laissées par le médecin comprennent rarement des recommandations sur les modifications possibles au travail. Par ailleurs, ce manque de communication empêche l'employeur d'avoir des attentes réalistes quant au potentiel fonctionnel et à la productivité post-opératoire qu'ils peuvent attendre de leur employé (Nouri et al., 2018).

Facteurs personnels :

Bon nombre de facteurs personnels sont en lien avec la réussite d'un RT. Premièrement, les obligations personnelles de retour à l'activité professionnelle, englobant notamment les obligations envers l'employeur, facilitent cette reprise. Styron et al. (2011) complètent cela en relatant que le sentiment d'urgence de retourner travailler aide à accomplir un retour sur le lieu de travail grâce à la valeur donnée à l'emploi par les patients et à leur sens des responsabilités. Les propos de l'article de Nouri et al. (2018) rejoignent ceux-ci et expliquent en plus que la situation financière des patients joue aussi son rôle dans ce processus, tout comme nous l'avons exprimé dans nos résultats.

Deuxièmement, comme nous l'avons énoncé, les comorbidités et l'âge avancé ont un impact négatif sur la reprise professionnelle puisqu'ils ont des conséquences sur les capacités fonctionnelles. L'âge avancé joue également sur l'attrait de l'employé aux yeux du marché du travail, bien évidemment moins grand et limitant la possibilité de RT. Cette difficulté liée à l'âge avancé est aussi mise en lumière par Leichtenberg et al. (2016) qui identifient cela comme une des causes de reprise que partielle ou d'arrêt complet du travail.

En troisième lieu, l'influence positive d'un haut niveau de qualifications professionnelles est mise en avant par Kleim et al. (2014) et confirme nos résultats. Cependant, ils imputent cette corrélation positive au fait que les personnes avec de hautes qualifications ont généralement des métiers plus sédentaires de type administratif alors que nos résultats imputent cela au fait que les personnes aux postes haut placés sont moins soucieuses quant à la réintégration de leur poste. De plus, Sankar et al. (2013) émettent comme facilitateur le niveau d'études et l'expliquent par l'hypothèse que les universitaires, entre autres, pourraient avoir plus de compétences au travail et s'adapteraient donc plus facilement à un autre poste si cela s'avérait nécessaire de par leurs limitations post-opératoires. Finalement, Hoorntje et al. (2017) émettent un autre obstacle au RT. Il s'agit du fait que parfois, le patient s'attend à être en congé maladie pour une longue durée en post-opératoire. Cela peut être interprété comme une perception pessimiste et va de pair avec nos résultats où à l'inverse nous avons trouvé que les patients motivés ayant un état d'esprit optimiste quant à leur récupération ont tendance à reprendre le travail avec succès.

L'individualisation du suivi peropératoire et le poids des décisions du corps médical :

Nous avons décidé de regrouper ces deux thèmes analytiques issus de notre analyse car ils sont fortement liés.

Un point très important souvent rapporté par la littérature scientifique et que nous avons également relevé dans nos résultats est le peu de considération des médecins pour les besoins individuels des patients dans la décision d'opérer pour la pose d'une prothèse de hanche ou de genou suite à de l'arthrose. Ces décisions sont très souvent protocolées en fonction de l'âge des patients avec des chirurgiens qui refusent d'intervenir tant que le patient n'a pas atteint un âge avancé, c'est à dire, très souvent un âge de retraité. Ainsi, ils ne prennent pas assez en compte les conséquences que cette longue et pénible attente peut avoir sur les patients, alors que l'arthrose continue de progresser et devient de plus en plus invalidante. En effet, la condition physique des patients se détériore, les douleurs augmentent fortement ou persistent et cela influe de manière importante sur leur état psychologique. Il semblerait effectivement que les patients avec une arthrose avancée en attente de chirurgie présentent fréquemment des symptômes anxieux et dépressifs (Fujita et al., 2006). Cette baisse de l'état psychique s'explique aussi par l'arrêt des activités de loisirs et ainsi par l'isolement social chez ces patients (Hall et al., 2008). Tout ceci

concoure donc à abaisser la qualité de vie et à diminuer la productivité au travail, ce qui peut forcer certains à recourir à un congé maladie avant l'opération, parfois de longue durée. Outre les conséquences financières que cela implique, beaucoup d'articles dans la littérature scientifique s'accordent avec notre travail sur le fait que cela est un obstacle au RT. Par exemple, Kuijer et al. (2016) qui s'intéressent au RT après la pose d'une PTG, expliquent qu'un congé maladie pré-opératoire de plus de deux semaines impacte la possibilité d'une reprise du travail réussie. Une hypothèse plausible pour cela est le fait qu'une personne qui finit par demander un congé maladie a généralement une santé et des capacités physiques devenues très précaires avant l'opération. Ainsi, cela impactera très probablement son état post-opératoire. En effet, un état dépressif ou anxieux avant la chirurgie peut se prolonger dans les suites de l'intervention et devenir un obstacle à la bonne récupération. Styron et al. (2011) confirment ceci avec leurs résultats mettant en avant un lien entre des scores globaux de santé mentale faibles avant la chirurgie et un rétablissement retardé impactant le RT. D'autre part, si le potentiel fonctionnel du patient est fortement diminué en pré-opératoire, des faiblesses peuvent entre autres s'installer et rendre la récupération physique plus difficile ensuite.

Nous aimerions cependant mettre en avant une incongruence que nous avons identifiée entre une affirmation de notre cadre théorique et les résultats de notre analyse ainsi que ceux d'autres études. Nous avons constaté dans la littérature une tendance à l'implantation de prothèse de genou et de hanche chez des patients plus jeunes qui s'expliquait notamment par les progrès chirurgicaux et des implants de plus longue durée avec un risque de complications suite à une révision de prothèse moins importants. Il était donc sous-entendu que la qualité de vie des patients devait à présent être prioritaire dans la décision d'opérer et ainsi éviter une trop longue attente jusqu'à la chirurgie. Cependant, il semblerait que cette manière de procéder ne soit pas encore ancrée dans les mœurs de tous les médecins et hôpitaux puisque beaucoup de patients se plaignent d'être opérés trop tard, selon un protocole privilégiant encore l'âge avancé comme facteur primaire dans la décision d'opérer.

Enfin, nos résultats ont mis en avant que presque la totalité des conseils des soignants sont destinés à la population âgée et à la retraite, sans informations ciblées sur les besoins post-opératoires et rééducatifs en lien avec le RT. Les résultats trouvés dans l'article de Nouri et al. (2020) vont de pair avec les nôtres en affirmant que tous les conseils donnés aux patients à travers les différentes plateformes d'informations (présentations, feuillets

éducatifs et DVDs) se focalisaient uniquement sur les personnes retraitées. Cela a accentué les croyances des plus jeunes patients sur le fait que la chirurgie des prothèses de hanche et de genou est réservée aux personnes âgées. De ce fait, il est légitime de se poser la question de l'impact psychologique que cela peut avoir sur les patients, qui se perçoivent peut-être déjà comme mal en point pour leur âge et « cassés ». Comme nous l'avons vu précédemment, un état d'esprit pessimiste entrave un RT réussi, donc nous pouvons imaginer que ces représentations vont également avoir un impact négatif.

Qualité de la réadaptation physique :

En comparant nos résultats avec la littérature déjà existante, nous avons constaté qu'un de nos thèmes analytiques qui est la *qualité de la réadaptation physique* n'est pratiquement jamais mentionné comme obstacle ou facilitateur au RT. Seul un élément apporté par Nouri et al. (2018) correspond à ce que nous avons trouvé. Dans cette étude, les employeurs disent que la physiothérapie n'est pas constamment prescrite directement en post-opératoire ce qui retarde la reprise du travail de certains employés. Il y est dit que pas tout le monde n'est pris en charge de la même manière, avec certaines personnes ayant accès à une physiothérapie trop tardive ou insuffisante. Ceci peut peut-être s'expliquer par notre thème descriptif sur les « différences de prise en charge physiothérapeutique entre le secteur de soins privé et public ». En effet, les physiothérapeutes en secteur privé ont été décrits comme plus soutenant et consciencieux qu'en secteur public montrant ainsi une disparité de qualité de soins en fonction du niveau socio-économique des patients.

5.2. Limites et biais

5.2.1. Limites des articles sélectionnés :

Au cours de notre travail, nous avons identifié des limites grâce à l'évaluation effectuée avec la grille de Côté-Turgeon, notamment en lien avec la méthodologie et la sélection des participants des articles que nous avons sélectionnés.

Tout d'abord, les critères d'inclusion pour l'échantillon de la population ne sont pas clairement définis dans les deux études de Bardgett et al., et les critères d'exclusion sont absents de l'étude de 2015 de Bardgett et al., ainsi que de celle de Maillette et al. Ensuite, seul l'article de 2016 de Bardgett et al. a sélectionné des informateurs-clés en se basant sur leurs caractéristiques propres influençant les taux de RT. Cette méthode de sélection de participants spécifiques qui représentent un « échantillon théorique » est la meilleure façon d'assurer un échantillon de qualité, capable de répondre à la question de recherche

(Côté & Turgeon, 2002). Par ailleurs, tous nos articles sauf celui de Maillette et al. ont recruté des participants venant d'une seule et même institution hospitalière. Ainsi, les résultats sont difficilement représentatifs de la population générale puisqu'il s'agit de personnes d'ethnicité très similaires et ayant probablement été prises en charge par les mêmes chirurgiens, avec le même type de techniques chirurgicales et le même système de soins. Les résultats auraient donc pu différer si les participants avaient été recrutés sur différents sites et cela aurait sans doute enrichi les informations recueillies.

De plus, deux de nos articles que sont celui de Bardgett et al. de 2015 et celui de McGonagle et al. ont utilisé des questionnaires envoyés par la poste contenant des questions à développement court et long comme méthode de récolte des données. Nous pensons que les questionnaires – et tout particulièrement ceux envoyés sur papier par la poste, comparativement à une version électronique - sont moins adaptés pour avoir une compréhension en profondeur de l'expérience des patients puisque même si le patient peut répondre librement sur plusieurs lignes, la place laissée à celui-ci pour écrire et développer ses réponses est limitée ce qui restreint forcément le contenu. En outre, les questionnaires ont une structure « figée » puisque les questions ne peuvent pas être adaptées en fonction des réponses du patient comme c'est le cas pour les interviews semi-structurés. De ce fait, certains éléments pertinents peuvent ne pas apparaître dans les réponses. D'autre part, les réponses parfois peu claires ne peuvent pas être clarifiées avec cette méthode et il est impossible d'analyser le langage non-verbal alors qu'il s'agit d'une source d'information non-négligeable. Ces différents éléments restreignent les données exploitables et constituent donc des limites considérables.

Une limite supplémentaire que nous avons constatée est que les deux articles de Bardgett et al. ont intégré dans leurs études des patients jusqu'à 3 ans après l'opération ce qui peut ainsi biaiser leur mémoire concernant leur expérience suite à la chirurgie. Par exemple, d'autres événements de vie ont pu jouer un rôle dans le processus de RT mais avoir été omis par les patients.

Une dernière limite identifiée concerne la présentation des résultats qualitatifs de l'article de McGonagle et al. En effet, les facteurs influençant le RT ont été émis sans être illustrés par des citations ce qui simplifie grandement les résultats et ne nous laisse pas la liberté de les analyser de manière détaillée. De plus, cela ne nous permet pas de vérifier que l'interprétation de réponses des participants par les auteurs correspond à la nôtre.

5.2.2. Limites de notre travail :

Comme nous l'avons explicité dans nos résultats, deux des études que nous avons sélectionnées ont été menées en grande partie par les mêmes auteurs et dans le même hôpital, à une année d'intervalle. Nous avons choisi d'analyser ces deux études de Bardgett et al. séparément notamment de par la différence de méthode de récolte des données et la taille de l'échantillon qui différait avec un grand nombre de participants dans l'une et très peu dans l'autre. Cependant, nous ne pouvons pas exclure que parmi le petit échantillon de dix participants de l'étude de 2016, certains ne soient pas les mêmes que dans l'étude de 2015, ce qui constitue une des limites de notre travail puisque certaines informations et expériences des patients ont pu être répétées et donc n'auraient pas apporté d'éléments nouveaux.

Par ailleurs, notre revue regroupe les patients avec une prothèse de hanche et ceux avec une prothèse de genou car la littérature qualitative les regroupe dans presque toutes les études que nous avons trouvées. La raison à cela n'a été expliquée par aucun article que nous avons lu et il serait avantageux de réaliser de nouvelles études sur le sujet en séparant les deux types de prothèses. En effet, ce sont des chirurgies différentes et l'impact fonctionnel semble plus important en cas de PTG. Ainsi, les regrouper dans une revue peut amener à des biais d'interprétation des résultats comme certains facteurs peuvent s'apparenter plus à l'un ou l'autre des types de prothèses mais sont ensuite difficilement dissociables.

Finalement, notre travail a inclus des études de peu de pays différents et ne représente donc qu'une infime partie de la population mondiale. Chaque pays ayant son propre système de santé, les critères de décision pour opérer peuvent varier et les conseils des soignants être différents. De plus, les protocoles de physiothérapie fluctuent selon les chirurgiens, il est donc pertinent d'imaginer qu'ils varient également grandement d'un pays à l'autre et que la réhabilitation ne soit pas prescrite d'office partout. Par ailleurs, le système d'assurances diffère en fonction des gouvernements, et le niveau socio-économique ainsi que la qualité de vie dépendent beaucoup de la richesse d'un pays et du salaire moyen de ses habitants. Tous ces éléments auront un impact sur les facteurs énoncés dans nos résultats ce qui limite leur généralisation à la population globale. Ceci appuie notre argument précédent sur l'utilité de réaliser de futures études regroupant des participants non seulement de sites et hôpitaux différents, mais également de divers pays puisque cela pourrait amener à des résultats encore plus riches.

5.3. Implications cliniques

Au travers des différents thèmes analytiques de nos résultats, nous avons vu se profiler les divers obstacles au RT et ainsi pu réfléchir à certaines pistes pour améliorer la prise en charge des patients avec arthroplastie de hanche et de genou.

Premièrement, comme vu précédemment, l'avis du corps médical influence considérablement les décisions des patients non seulement en lien avec la décision d'accepter la chirurgie et quand la faire, mais également par rapport au délai de reprise du travail. Il a été mis en lumière que les patients ont tendance à suivre l'avis des cliniciens pour prolonger le délai de congé de travail post-opératoire, même s'ils se sentent aptes à retourner au travail plus tôt (Bardgett et al., 2015). Ainsi, pour éviter de retarder le processus, il est d'autant plus important que le corps médical individualise la prise en charge par une approche biopsychosociale et qu'il se base sur des critères propres au potentiel fonctionnel du patient et à sa situation socio-professionnelle et financière personnelle afin de donner des conseils en adéquation avec ses circonstances plutôt que de suivre des guidelines protocolées identiques pour tous. Les conseils des soignants devraient également plus tenir compte des personnes toujours en âge de travailler et les guider vers des stratégies facilitant le RT, comme notamment en les référant à des médecins du travail.

De plus, la communication interprofessionnelle entre les soignants est essentielle afin d'avoir le discours le plus homogène et cohérent possible, pour que le patient ne se sente pas déboussolé. En effet, il semblerait que parfois le chirurgien ne communique pas avec le médecin de famille ou le physiothérapeute pour le suivi post-opératoire ce qui mène à des prises en charge mal adaptées aux besoins propres des patients et donc à une moins bonne récupération (Westby & Backman, 2010).

En outre, recevoir des informations homogènes des différents soignants impliqués dans la récupération permet aux patients d'avoir des attentes claires et réalistes concernant les suites opératoires dont notamment sur le statut fonctionnel à espérer, les délais de récupération et de RT. Ceci est primordial comme les attentes irréalistes mènent parfois les patients à ressentir plus de douleurs post-opératoires et même à tomber dans des états anxio-dépressifs à force d'être déçus et frustrés (Westby & Backman, 2010).

Dans le même ordre d'idée, Nouri et al. (2020) ont fait remarquer les bénéfices potentiels d'une meilleure information par l'équipe soignante vis à vis de l'employeur, notamment sur les capacités physiques de son employé en post-opératoire et sur les limitations

auxquelles il peut s'attendre. Ceci permettrait d'adapter le lieu de travail pour avoir les meilleures conditions possibles, propices à un RT réussi.

Un autre point soulevé par les deux études que nous venons de citer est que le partage d'expériences entre les patients dans des sessions d'éducation préopératoires aide à les rassurer et contribue à de bons résultats post-opératoires.

Finalement, les physiothérapeutes ont un rôle primordial pour améliorer les taux de RT. Comme énoncé par l'un de nos thèmes descriptifs, une réadaptation physique individualisée, fonctionnelle et au long-cours est essentielle. Axer la thérapie sur les besoins fonctionnels personnels en lien avec le métier exercé, et pas uniquement sur l'articulation opérée rend plus propice un RT réussi. Par l'ajout d'objectifs éducationnels à la thérapie, les physiothérapeutes peuvent également donner des conseils sur le fonctionnement des prothèses et rassurer les patients en les éclairant sur d'éventuelles fausses croyances, notamment sur la fragilité du matériel implanté ou du membre opéré. Ceci permettrait de diminuer les appréhensions et la kinésiophobie chez certains patients. Enfin, le physiothérapeute est en première ligne pour fournir de la motivation aux patients en leur expliquant clairement les objectifs de la rééducation et leur importance. Il peut donc encourager des attitudes positives et optimistes chez le patient, qui sont, comme nous l'avons déjà dit, des facilitateurs au RT, en créant une relation thérapeutique de confiance et une ambiance stimulante lors de la réhabilitation.

5.4. Pistes pour les futures recherches

Grâce à cette revue, nous avons identifié des lacunes dans la littérature qualitative concernant les obstacles au RT en lien avec la prise en charge physiothérapeutique. Il serait pertinent d'approfondir nos résultats avec plus d'études comprenant le point de vue des patients et également celui des physiothérapeutes en lien avec la prise en charge en rééducation. De plus, nous sommes d'avis qu'il y aurait une plus-value à effectuer une étude comparant un groupe de patients ayant suivi un programme de réhabilitation physiothérapeutique axé uniquement sur la récupération fonctionnelle du membre inférieur concerné par la prothèse, et un autre groupe associant à cela des exercices fonctionnels incluant le corps entier et ciblant des activités fréquemment effectuées dans le métier propre au patient. Ainsi cela pourrait appuyer le besoin d'une approche plus personnalisée et complète en physiothérapie pour faciliter le RT.

Nous pensons également pertinent d'explorer l'effet de l'éducation thérapeutique sur la reprise du travail, afin d'en évaluer l'utilité en tant que complément lors de la prise en

charge des patients. Ainsi, la réalisation d'une étude comparant un traitement qui comprend uniquement de la rééducation fonctionnelle à un traitement auquel on ajoute de l'éducation thérapeutique aurait toute sa place et participerait à améliorer la qualité des soins.

D'autre part, il serait intéressant qu'il y ait encore quelques études qualitatives sur les conseils pertinents aux patients pour retourner au travail le plus rapidement et efficacement possible car cela permettrait d'élaborer des guidelines générales pour homogénéiser le discours des soignants autour de la réintégration professionnelle et leur permettre d'offrir les meilleurs conseils et stratégies pour faciliter ce processus.

6. CONCLUSION

Au travers de cette revue, nous avons pu mettre en exergue un bon nombre de facteurs biopsychosociaux et environnementaux influençant le RT après une prothèse de genou et de hanche. Une chose qui est ressortie lors de toutes nos recherches est la persistance d'un manque de considération pour les personnes encore en âge de travailler dans le suivi peropératoire de ces deux types d'arthroplastie. Ceci contribue à entraver le RT et génère des coûts considérables autant pour la société que pour l'individu concerné. De plus, l'incapacité de reprendre une activité professionnelle influence négativement la santé psychologique des patients. Il est donc nécessaire que tous les acteurs concernés pour faciliter ce RT prennent conscience des différents facteurs en jeu et travaillent pour promouvoir tous ceux allant dans le sens d'un RT réussi et limitent au maximum ceux qui le compliquent.

Cette revue a permis de faire ressortir sept thèmes analytiques que nous pouvons distinguer en deux catégories. Une concerne les facteurs propres à l'individu, à laquelle nous assimilons le thème des *facteurs personnels* et celui de l'*état post-opératoire* du patient. L'autre catégorie englobe tous les éléments extrinsèques qui ont une incidence sur le RT et réunit le thème des *facteurs liés au travail*, celui du *système de soutien*, de la *qualité de la réadaptation physique*, de l'*individualisation du suivi peropératoire* et du *poids des décisions du corps médical*. L'objectif en physiothérapie sera de prendre en compte les facteurs intrinsèques et extrinsèques, et de les identifier dans l'examen subjectif et clinique du patient puis d'en tenir compte tout au long de la rééducation pour avoir l'approche la plus exhaustive possible.

7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé. (2015). Les facteurs associés aux révisions sur prothèses totales de hanche (PTH) : rôle du mode d'ancrage (cimentage) et des constituants prothétiques (couple de frottement) dans les révisions chirurgicales. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 63(2), 142-143. doi: 10.1016/j.respe.2015.02.007
- Bardgett, M., Lally, J., Malviya, A. & Deehan, D. (2016). Return to work after knee replacement: a qualitative study of patient experiences. *BMJ Open*, 6 (2). doi: 10.1136/bmjopen-2015-007912
- Bardgett, M., Lally, J., Malviya, A., Kleim, B. & Deehan, D. (2015). Patient-reported factors influencing return to work after joint replacement. *Occupational Medicine*, 66 (3), 215-221. doi: 10.1093/occmed/kqv187
- Beck, M., Christen, B., Zdravkovic, V. & Brand, C. (2019). *Registre des implants SIRIS: version abrégée – Rapport annuel 2019*. https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/11/ANQaigu_SIRIS_Resume_Rapport-annuel_2012-18.pdf
- Beck, M., Christen, B., Zdravkovic, V. & Brand, C. (2021). *Registre des implants SIRIS : Hanche et genoux, version abrégée - Rapport SIRIS 2020*. https://www.swiss-medtech.ch/sites/default/files/2021-01/20210114_ANQaigu_SIRIS_rapport%20annuel_2020_version_abregee_V1.0.pdf
- Coole, C., Nouri, F., Narayanasamy, M., Baker, P., & Drummond, A. (2019). Total hip and knee replacement and return to work: clinicians' perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 43, 1247-1254. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1654000>
- Côté, L. & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*, 3 (2), 81-90. <https://doi.org/10.1051/pmed:2002018>

- Cowie, J.G., Turnball, G.S., Ker, A.M., & Breusch, S.J. (2013). Return to work and sports after total hip replacement. *Arch Orthop Trauma Surg*, 133(5), 695-700. doi: 10.1007/s00402-013-1700-2
- Duthon, V.B. & Miozzari, H. (2013). Prothèses unicompartmentales du genou. *Revue Médicale Suisse*, 9 (411), 2380-2384. <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-411/Protheses-unicompartmentales-du-genou>
- Edwards, I., & Jones, M. (2007). La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). *Kinésithérapie, la Revue*, 7 (71), 40-49. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70504-1](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70504-1)
- Evans, J.T., Evans, J.P., Walker, R.W., Blom, A.W., Whitehouse, M.R. & Sayers, A. (2019). How long does a hip replacement last? A systematic review and meta-analysis of case series and national registry reports with more than 15 years of follow-up. *The Lancet*, 393(10172), 647-654. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31665-9
- Evans, J.T., Walker, R.W., Evans, J.P., Blom, A.W., Sayers, A. & Whitehouse, M.R. (2019). How long does a knee replacement last? A systematic review and meta-analysis of case series and national registry reports with more than 15 years of follow-up. *The Lancet*, 393 (10172), 655-663. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32531-5
- Fujita, K., Makimoto, K., & Hotokebuchi, K. (2006). Qualitative study of osteoarthritis patients' experience before and after total hip arthroplasty in Japan. *Nursing and Health Science*, 8(2), 81-87. doi: 10.1111/j.1442-2018.2006.00253.x
- Hall, M., Migay, A-M., Persad, T., Smith, J., Yoshida, K., Kennedy, D., & Pagura, S. (2008). Individuals' experience of living with osteoarthritis of the knee and perceptions of total knee arthroplasty. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24(3), 167-181. doi: 10.1080/09593980701588326

- Hannouche, D., Vieira Cardoso, D., Mozzari, H. & Lübbecke, A. (2017). La prothèse totale de genou répond-elle aux attentes des patients ? *Revue Médicale Suisse*, 13 (587), 2169-2172. <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-587/La-prothese-totale-du-genou-repond-elle-aux-attentes-des-patients>
- Heim, C. & Hügle, T. (2018). Douleurs et arthrose. *Revue Médicale Suisse*. 14 (612), 1287-1290. <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-612/Douleurs-et-arthrose>
- Herndon. J.H. (2004). Osteoarthritis in women after menopause. *The Journal of the North American Menopause Society*, 11 (5), 499-501. doi: 10.1097/01.GME.0000135244.19596.30
- Hirslanden Clinique la Colline. (s.d). Prothèse totale de hanche par voies antérieure et postérieure. <https://www.hirslanden.ch/content/dam/clinique-la-colline/downloads/fr/centres/centre-de-physiotherapie/centre-de-physiotherapie-prothese-de-hanche-brochure.pdf>
- Hirslanden Clinique la Colline. (s.d). Prothèse totale de genou. <https://www.hirslanden.ch/content/dam/clinique-la-colline/downloads/fr/centres/centre-de-physiotherapie/centre-de-physiotherapie-brochure-prothese-du-genou.pdf>
- Hoorntje, A., Leichtenberg, C.S., Koenraadt, K.L.M., van Geenen, R.C.I., Kerkhoffs, G.M.M.J., Nelissen, R.G.H.H., Vliet Vlieland, T.P.M. & Kuijer, P.P.F.M. (2017). Not Physical Activity, but patient beliefs and expectations are associated with return to work after total knee arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 33 (4), 1094-1100. doi: 10.1016/j.arth.2017.11.032
- Hoorntje, A., Janssen, K.Y., Bolder, S.B.T., Koenraadt, K.L.M., Daams, J.G., Blankevoort, L., Kerkhoffs, G.M.M.J., & Kuijer, P.P.F.M. (2018). The Effect of Total Hip Arthroplasty on Sports and Work Participation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Medicine*, 48, 1695-1726. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-0924-2>

Hôpitaux Universitaires de Genève, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur. (2016, 18 avril). *Chirurgie prothétique*. <https://www.hug.ch/chirurgie-orthopedique-traumatologie-appareil/chirurgie-prothetique>

Hôpitaux Universitaires de Genève, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur. (2019). *La prothèse totale de genou : des réponses à vos questions*. <https://www.hug.ch/chirurgie-orthopedique-traumatologie-appareil/prothese-totale-genou>

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2020). *Vivre avec une prothèse totale de hanche : des réponses à vos questions*. <https://www.hug.ch/chirurgie-orthopedique-traumatologie-appareil/vivre-avec-prothese-totale-hanche>

Kleim, B.D., Malviya, A., Rushton, S., Bardgett, M., & Deehan, D.J. (2014). Understanding the patient-reported factors determining time taken to return to work after hip and knee arthroplasty. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 23, 3646-3652. doi: 10.1007/s00167-014-3265-1

Kuijer, P.P.F.M., de Beer, M.J.P.M., Houdijk, J.H.P., & Frings-Dresen, M.H.W. (2009). Beneficial and limiting factors affecting return to work after total knee and hip arthroplasty: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 375-381. doi: 10.1007/s10926-009-9192-1

Kuijer, P.P.F.M., Kievit, A.J., Pahlplatz, T.M.J., Hooiveld, T., Hoozemans, M.J.M., Blankevoort, L., Schafroth, M.U., van Geenen, R.C.I., & Frings-dresen, M.H.W. (2016). Which patients do not return to work after total knee arthroplasty? *Rheumatology*, 36 (9), 1249-1254. doi: 10.1007/s00296-016-3512-5

- Laasik, R., Lankinen, P., Kivimäki, M., Aalto, V., Saltychev, M., Mäkelä, L., & Vahtera, J. (2019). Return to work after primary total hip arthroplasty: a nationwide cohort study. *Acta Orthopaedica*, *90* (3), 209-213. doi: 10.1080/17453674.2019.1591081
- Lankinen, P., Laasik, R., Kivimäki, M., Aalto, V., Saltychev, M., Vahtera, J., & Mäkelä, K. (2019). Are patient-related pre-operative factors influencing return to work after total knee arthroplasty. *The knee*, *26* (4), 853-860. <https://doi.org/10.1016/j.knee.2019.04.015>
- Leichtenberg, CS., Tilbury, C., Kuijer, P.P.F.M., Verdegaal, S.H.M., Wolterbeek, R., Nelissen, R.G.H.H., Frings-Dresen, M.H.W., & Vliet Vlieland T.P.M. (2016). Determinants of return to work 12 months after total hip and knee arthroplasty. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, *98* (6), 387-395. doi: 10.1308/rcsann.2016.0158
- Luthi, F., Pereira, L.C., & Jolles, B.M. (2012). *Revue médicale Suisse*, *8*, 2438-2444. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-367/les-douze-points-cles-de-la-reeducation-apres-une-prothese-totale-de-genou#tab=tab-read>
- Lyall, H., Ireland, J., & El-zebdeh, M. (2009). The effect of total knee replacement on employment in patients under 60 years of age. *Annals*, *91*(5), 410-413. <https://doi.org/10.1308/003588409X391785>
- Maillette, P., Coutu, M.F. & Gaudreault, N. (2017). Workers' perspectives on return to work after total knee arthroplasty. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *60*(5), 299-306. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.01.004>
- Malviya, A., Wilson, G., Kleim, B., Kurtz, S.M. & Deehan, D. (2014). Factors influencing return to work after hip and knee replacement. *Occupational Medicine*, *64*(6), 402-409. doi: 10.1093/occmed/kqu082
- McGonagle, L., Convery-Chan, L., DeCruz, P., Haebich, S., Fick, D.P. & Khan R.J.K. (2019). Factors influencing return to work after hip and knee arthroplasty. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, *20*(9). doi: 10.1186/s10195-018-0515-x

- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., & Watson, P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health technology Assessment, 2* (16). <https://doi.org/10.3310/hta2160>
- National Joint Registry. (2020). *17th Annual Report 2020*. <https://reports.njrcentre.org.uk/Portals/0/PDFdownloads/NJR%2017th%20Annual%20Report%202020.pdf>
- Nouri, F., Coole, C., Narayanasamy, M., Baker, P., Khan, S., & Drummond, A. (2018). Managing Employees Undergoing Total Hip and Knee Replacement: Experiences of Workplace Representatives. *Journal of Occupational Rehabilitation, 29*, 451-461. doi: 10.1007/s10926-018-9805-7
- Nouri, F., Coole, C., Baker, P., & Drummond, A. (2020). Return to work advice after total hip and knee replacement. *Occupational Medicine, 70* (2), 113-118. doi: 10.1093/occmed/kqaa014
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Hip and knee replacement*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/2fc83b9a-en/index.html?itemId=/content/component/2fc83b9a-en>
- Registre suisse des implants. (2020). *Swiss National Hip & Knee Joint Registry, Report 2020*. https://www.siris-implant.ch/media/archive1/201204_SIRIS-Report2020_online.pdf
- Sankar, A., Davis, A.M., Palaganas, M.P., Beaton, D.E., Badley, E.M., & Gignac, M.A. (2013). Return to work and workplace activity limitations following total hip or knee replacement. *Osteoarthritis and cartilage, 21*(10), 1485-1493. doi: 10.1016/j.joca.2013.06.005
- Schoeb, V. (2012). La recherche qualitative en physiothérapie : quelle place mérite-t-elle ? *Kinésithérapie, la Revue, 12* (127), 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2012.02.004>

- Singh, J.A., Yu, S., Chen, L., & Cleveland, J.D. (2019). Rate of Total Joint Replacement in the United States: Future Projections to 2020-2040 Using the National Inpatient Sample. *The Journal of Rheumatology*, article 170990. <https://doi.org/10.3899/jrheum.170990>
- Styron, J.F., Barsoum, W.K., Smyth, K.A., & Singer, M.E. (2011). Preoperative Predictors of Returning to Work Following Primary Total Knee Arthroplasty. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 93(1), 2-10. doi: 10.2106/JBJS.I.01317
- Tay Swee Cheng, R., Klainin-Yobas, P., Holyroyd, E., & Lopez, V. (2018). A “journey to regain life” after joint replacement surgery: a qualitative descriptive study. *Applied Nursing Research*, 41, 5-10. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.03.002>
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(45), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Tilbury, C., Schaasberg, W., Plevier, J.W.M., Fiocco, M., Nelissen, R.G.H.H., & Vliet Vlieland, T.P.M. (2013). Return to work after total hip and knee arthroplasty: a systematic review. *Rheumatology*, 53(3), 512-525. doi: 10.1093/rheumatology/ket389
- Tilbury, C., Leichtenberg, C.S., Tordoir, R.L., Holtslag, M.J., Verdegaal, S.H.M., Kroon, H.M., Nelissen, R.G.H.H., & Vliet Vlieland, T.P.M. (2015). Return to work after total hip and knee arthroplasty: results from a clinical study. *Rheumatology*, 35(12), 2059-2067. doi: 10.1007/s00296-015-3311-4
- Touboul, P. (s.d). *Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes*. https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
- Westby, M.D., & Backman, C. (2010). Patient and health professional views on rehabilitation practices and outcomes following total hip and knee arthroplasty for osteoarthritis: a focus group study. *BMC Health services Research*, 10 (119). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-119>

World Health Organization. (2020, 1 avril). *Obesity and overweight*.
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Zingg, M., Gauthier, M., & Hannouche, D. (2016). Arthroplastie totale de hanche chez les sujets de moins de 50 ans. *Revue médicale Suisse*, 12, 2150-2155.
<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-543/arthroplastie-totale-de-hanche-chez-les-sujets-de-moins-de-50-ans#tab=tab-read>

8. ANNEXES

- Annexe I : Mots clés utilisés pour la recherche des articles
- Annexe II : Tableau récapitulatif de la recherche d'articles
- Annexe III : Tableau d'extraction des données
- Annexe IV : Grille de lecture critique Côté-Turgeon
- Annexe V : Évaluation de la qualité des quatre articles
- Annexe VI : Codage des articles
- Annexe VII : Analyse thématique des articles
- Annexe VIII : Notions générales sur les prothèses

Annexe I : Mots-clés utilisés pour a recherche des articles

Axe de recherche	Mesh-terms	Mots-clés associés
Type de chirurgie	« arthroplasty, replacement, knee »; « arthroplasty, replacement, hip »	« knee arthroplasty » ; « hip arthroplasty » ; « prothèse de genou » ; « prothèse de hanche » ; « arthroplastie » ; « hip replacement » ; « knee replacement » ; « joint replacement » ; « prosthesis » ; « prostheses »
Retour au travail	/	« return work » ; « return to work»; «reprise du travail» ; « retour au travail »
Approche qualitative	/	« qualitative »

Annexe II : Tableau récapitulatif de la recherche d'articles

Bases de données	Nombre d'articles trouvés		
	Au total	Après lecture des titres	Après lecture des résumés et/ou des articles
PubMed <i>((((arthroplasty, replacement, knee[MeSH Terms]) OR (knee arthroplasty)) OR ((arthroplasty, replacement, hip[MeSH Terms]) OR (hip arthroplasty)))) AND (return work)</i>	155	48	4
CINHAL <i>((MH "Arthroplasty, Replacement, Knee+") OR (MH "Arthroplasty, Replacement, Hip")) AND (return to work)</i>	58	19	2
LiSSa <i>((prothèse de genou.tl) OU (prothèse de genou.mc) OU (prothèse de hanche.tl) OU (prothèse de hanche.mc) OU (arthroplastie.tl) OU (arthroplastie.mc)) ET ((reprise du travail.tl) OU (reprise du travail.mc))</i>	58	3	0
Embase <i>(('knee arthroplasty'/exp) OR ('hip arthroplasty'/exp)) AND ('return to work'/exp)</i>	107	39	4
PEDro * <i>→qualitative, knee arthroplasty, return to work (and/ or)</i> / <i>→qualitative, hip arthroplasty, return to work (and/or)</i> / <i>→qualitative, hip replacement, return to work (and/or)</i> / <i>→qualitative, knee replacement, return to work (and/or)</i> / <i>→qualitative, prosthesis, return to work (and/or)</i> / <i>→joint replacement, return to work (and/or)</i> / <i>→arthroplasty, return to work (and/or)</i>	1	0	0

PsycINFO <i>((exp Protheses/) OR ((replacement or arthroplasty).af.)) AND ((exp Knee/) OR (exp Hips/)) AND (return to work.af.)</i>	9	0	0
Recherche classique, par mots-clés			
Cochrane <i>arthroplasty work</i>	2	0	0
Recherche avancée, champ large			
Kinedoc <i>((prothèse de genou.tl) OU (prothèse de hanche.tl) OU (arthroplastie .tl)) ET (retour au travail.tl)</i>	38	0	0
TOTAL :	428	109	10

Google Scholar (lecture des 100 premiers titres)	17'500	26	4
<i>knee arthroplasty, hip arthroplasty, knee replacement, hip replacement, return to work, qualitative research</i>			
PROSPERO <i>((MeSH DESCRIPTOR Arthroplasty, Replacement, Hip EXPLODE ALL TREES) OR (MeSH DESCRIPTOR Arthroplasty, Replacement, Knee EXPLODE ALL TREES)) AND (MeSH DESCRIPTOR Return to Work EXPLODE ALL TREES)</i>	2	2	0

*Sur PEDro, chaque « → » représente une nouvelle recherche.

Annexe III : Tableau d'extraction des données

	Bardgett et al. (2015)	Bardgett et al. (2016)	Maillette et al. (2017)	McGonagle et al. (2019)
Lieu	Freeman Hospital, Newcastle, Angleterre	Freeman Hospital, Newcastle, Angleterre	Hôpital Charles-Le Moyne, Canada	Geraldton Regional Hospital, Australie
Design	Étude qualitative	Étude qualitative	Étude qualitative	Mixte
Objectifs de l'étude	Explorer les facteurs influençant la capacité de RT après une prothèse totale de genou/hanche selon la perspective des patients	Comprendre les facteurs influençant le RT après une PTG, d'après le point de vue des patients. Identifier d'éventuelles manquements dans les soins prodigués pertinents au RT	Documenter les représentations et la compréhension des travailleurs de leur éventuel handicap au travail après une PTG	Identifier quand les patients RT et quels facteurs influencent ce RT. Identifier si les patients effectuent des heures et tâches de travail identiques à celles avant la chirurgie
Nombre de participants	102	10	8	116
Âge	<60 ans, moyenne de 54 ans	Entre 40 et 59 ans, moyenne de 54 ans	Entre 42 et 62 ans, moyenne de 56 ans	<65 ans, moyenne de 56 ans
Sexe	Ratio = 2H : 3F	5H ; 5F	4H ; 4F	64H ; 52F
Pathologie	Arthrose	Arthrose	Arthrose (n=7) et événement traumatique (n=1)	Non mentionnée
Type de chirurgie	Prothèse totale de genou (n=50) et prothèse totale de hanche (n=52) (primaires)	Prothèse totale de genou (primaire)	Prothèse totale de genou primaire (n=6) ou révision de prothèse (n=2)	Prothèse totale de hanche (n=58), prothèse totale de genou (n=31) ou PUC (n=27) (primaires)
Statut professionnel des participants avant l'opération	Employés (n=83, soit 81%) Pas employés (n=19)	Employés au minimum dans les 3 mois précédant la chirurgie (tous) 2 indépendants / 8 employés	Employés (tous)	Employés au minimum dans les 3 mois précédant la chirurgie (tous) 31 indépendants / 85 employés
Temps entre l'opération et l'interview	Entre 6 mois et 3 ans	Entre 8 et 35 mois	De 6 à 12 mois	De 6 à 12 mois
Statut de RT	Non-mentionné Délai moyen de RT : -12 sem. pour 80 (78%) des participants	10 (100%) RT Délai moyen de RT : -9,4 sem. (sur lieu de travail) Entre 5 et 13 sem.	4 (50%) RT Délai moyen de RT : Non-mentionné	106 (91%) RT Délai moyen de RT : -6,4 sem. (PTH) -7,7 sem. (PTG) -5,9 sem. (PUC)
Récolte de données	Questionnaires (6 questions ouvertes + questions fermées)	Interview semi-structurés (7 questions)	Interview semi-structurés (7 thèmes abordés avec questions)	Questionnaire (13 items, questions ouvertes + questions fermées)

Annexe IV : Grille de lecture critique Côté-Turgeon

Figure 1 : Grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine (Grille Côté-Turgeon)			
	Oui	±	Non
L'introduction			
1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.	-	-	-
2- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).	-	-	-
Les méthodes			
3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).	-	-	-
4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).	-	-	-
5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).	-	-	-
6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).	-	-	-
7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).	-	-	-
Les résultats			
8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire.	-	-	-
9- Les citations favorisent la compréhension des résultats.	-	-	-
La discussion			
10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices	-	-	-
11- Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).	-	-	-
La conclusion			
12- La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.	-	-	-

Côté & Turgeon, (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale, 3, p. 81-90.

Annexe V : Évaluation de la qualité des trois articles

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Bardgett et al. (2015)	Oui	Oui	+/-	+/-	Non	Oui	Oui	Oui	+/-	Oui	+/-	+/-
Bardgett et al. (2016)	Oui	Oui	+/-	Oui	+/-	Oui						
Maillette et al. (2017)	Oui	Oui	Oui	Oui	+/-	Oui						
McGonagle et al. (2019)	Oui	Oui	Non	+/-	Non	+/-	+/-	Oui	Non	+/-	Oui	Non

Annexe VI : Codage des articles

Légende :

Codes :

- Obstacles : violet
- Facilitateurs : vert

Verbatims : Gris

Commentaires des auteurs : Noir

Abréviations :

- RTW = return to work
- AT = arrêt de travail

Codage	Commentaires des auteurs / Verbatims
Amélioration des capacités fonctionnelles après l'arthroplastie	<p>Bardgett et al. (2015):</p> <p>-Patients reported the impact of improved physical and psychological performance at work after surgery [...].</p> <p>-The majority of patients reported an improved ability to do their job following surgery. In reporting the positive outcome of surgery, many reflected on the severe effects of OA on their physical function and quality of life pre-operatively. Physical improvements in mobility, strength and range of movement were reported following surgery [...].</p> <p>- “[...] I am amazed at what I can achieve now when compared to pre TKR!!!”</p> <p>- “Much more mobile [...].”</p> <p>- “My mobility has improved.”</p> <p>- “The knee replacement has been a huge success. I have excellent range of movement and if this had been the only health problem, I am certain that I would be still in employment.”</p>
Amélioration de la locomotion après l'arthroplastie	<p>Bardgett et al. (2015):</p> <p>- “My knee problems were a factor in my decision to retire early from teaching. I was having severe problems getting around the school site. I did not anticipate working again.”</p> <p>- “I no longer think about pain, pain relief or that others are watching me walk badly/limp. ”</p>
Diminution des douleurs après l'arthroplastie	<p>Bardgett et al. (2015):</p> <p>- [...] patients also reported psychological benefits from pain relief [...].</p> <p>- “[...] my knee is pain free.”</p> <p>- “I no longer think about pain, pain relief [...].”</p>

	<p>Maillette et al. (2017): -They also compared their current condition to their condition before TKA. They reported having [...] a lower level of pain. However, they mentioned feeling pain differently.</p>
Amélioration du sommeil après l'arthroplastie	<p>Bardgett et al. (2015): - [...] patients also reported psychological benefits from [...] more sleep [...].</p> <p>- “[...] happier in myself, less tired, therefore more patience with customers, staff and management.”</p>
Amélioration de l'estime de soi après l'arthroplastie	<p>Bardgett et al. (2015): - [...] patients also reported psychological benefits from [...] increased confidence [...].</p> <p>- “[...] happier in myself [...].”</p>
Amélioration de la concentration au travail après l'arthroplastie	<p>Bardgett et al. (2015): - [...] patients also reported psychological benefits from [...] better concentration [...].</p> <p>- “I no longer think about pain, pain relief, or that others are watching me walk badly/limp. This obviously helps my concentration on work matters.”</p>
Amélioration de l'attention aux autres après l'arthroplastie	<p>Bardgett et al. (2015): - “I no longer think about pain, pain relief, or that others are watching me walk badly/limp[...]. I am able to concentrate better on other people's issues now.”</p>
Perspective plus positive de l'avenir après l'arthroplastie	<p>Bardgett et al. (2015): - [...] patients also reported psychological benefits from [...] improved outlook for the future.</p> <p>Maillette et al. (2017): -Participants in this trajectory (Trajectory 1: RTW) felt that TKA had helped to reduce the gap between their pre-operative condition and their expectations. They mentioned goals for the future, such as traveling, preparing for their retirement, and enjoying life.</p>
Adaptation du poste de travail / cahier de charges	<p>Bardgett et al. (2015): -When patients did RTW they reported the positive impact of [...] adaptation to job role.</p> <p>-Patients working in more demanding job roles appeared accepting of the requirement to make long-term adjustments to their occupation to accommodate these ongoing restrictions.</p>
Nature sédentaire du travail	<p>Bardgett et al. (2015): - “(TKR would be seen as an impediment)... If the job includes physical aspects [...]. Not an impediment in a sedentary work environment.”</p>

	<p>Maillette et al. (2017): -Some participants mentioned [...] the possibility of choosing a more sedentary job. These participants reported that their pain management strategies were now more effective because they noticed a reduction in pain when changing positions or walking or were taking medication only when needed.</p>
<p>Adaptations environnementales et ergonomiques du lieu de travail</p>	<p>Bardgett et al. (2015): -In most cases, patients were given the option of [...] adaptation to job space, which helped them overcome short-term physical difficulties resulting from their operation.</p>
<p>Possibilité d'un retour progressif au travail</p>	<p>Bardgett et al. (2015): -In most cases, patients were given the option of a period of phased return, [...] reduced workload, which helped them overcome short-term physical difficulties resulting from their operation. - [...] a period of adaptations were associated with a positive experience of RTW. These adaptations also supported difficulties with fatigue and other psychological aspects of reintegration into the work environment.</p> <p>- <i>"I returned to work on a phased return basis which not only accommodated the slight physical impairment but psychologically supported my ability to resume full working practices."</i></p>
<p>Flexibilité des horaires de travail / Aménagement de pauses</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Participants [...] mentioned informal, noticeable work accommodations [...]. Work accommodations consisted of permission to take breaks for pain management, [...].</p> <p>McGonagle et al. (2019): Job flexibility with work arrangements and hours was a positive influence on the ability of 12 (10,3%) patients to RTW.</p>
<p>Soutien de l'employeur / management dans la réintégration au travail</p>	<p>Bardgett et al. (2015): -When patients did RTW, they reported the positive impact of workplace support [...]. - [...] the majority of patients commented on the adaptations allowed by their employer that facilitated their RTW.</p> <p>Maillette et al. (2017): -She reported informal and spontaneous support from her work environment, which in her mind facilitated her RTW. -Participants in this trajectory (Trajectory 1 = RTW) all mentioned [...] support from their supervisors.</p>

<p>Implication et soutien de médecins du travail dans le processus de RT</p>	<p>Bardgett et al. (2015): -The involvement of occupational health staff [...] were associated with a positive experience of RTW.</p> <p>- <i>“I returned to work through occupational health dept, who were very helpful and understanding. However, had I not had the support of occupational health [...] my return to work may have been a totally different experience.”</i></p> <p>Bardgett et al. (2016): -The majority of patients discussed the potential benefits of [...] the involvement of an occupational health worker to discuss the individual’s requirements and facilitate the process of return to work. Those patients who did have occupational health involvement described their role in facilitating how they returned to work [...].</p> <p>- <i>“I think you’ve got to go down the occupational health type person who has some idea of people’s work and what the work entails, as well as having a medical background someone capable of sitting down with an individual and discuss that individual’s requirements and possibly a phased return to work, certainly on the physical aspects.”</i></p>
<p>Aide des collègues au travail</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Participants [...] mentioned informal, noticeable work accommodations [...]. Work accommodations consisted of [...] getting help for strenuous tasks, and making arrangements with co-workers: <i>“Sometimes we have to put bandages on patients [...] so we’re on our feet for a long time. That’s a little bit harder, but I can get other patient attendants to help me.”</i></p>
<p>Protection syndicale du travailleur</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Some participants mentioned that being unionized [...] gave them the possibility of choosing a more sedentary job.</p>
<p>Avantages liés à l’ancienneté dans l’entreprise</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Some participants mentioned that [...] having seniority gave them the possibility of choosing a more sedentary job.</p>
<p>Bénéfices des qualifications et de l’expérience professionnelle pour l’employabilité future</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Participants with professional training and experience were confident about their employability if they could regain their capacities [...]</p>
<p>Peur du licenciement</p>	<p>Bardgett et al. (2015): -This lack of support appeared more evident where patients had to return earlier [...] because of a threat to employment.</p>

<p>Sens des obligations professionnelles</p>	<p>Bardgett et al. (2015): -Patients returning to work before 12 weeks often reported a reason to explain their ‘early’ return, such as [...] obligation to the employer [...].</p>
<p>L’ennui lié au congé maladie = envie de RT</p>	<p>Bardgett et al. (2015): -Patients returning to work before 12 weeks often reported a reason to explain their ‘early’ return, such as [...] boredom [...].</p> <p>McGonagle et al. (2019): -Psychological factors such as a desire to RTW and escape boredom enabled 24 (20,7%) patients to RTW.</p>
<p>Difficultés financières</p>	<p>Bardgett et al. (2015): -This lack of support appeared more evident where patients had to return earlier for financial reasons [...].</p> <p>-Patients returning to work before 12 weeks often reported a reason to explain their ‘early’ return, such as financial reasons [...].</p> <p>- <i>“I didn’t qualify for sick pay... I had to return to work so I could pay my mortgage.”</i></p> <p>McGonagle et al. (2019): -The necessity to RTW for pragmatic reasons, e.g., financial need was reported by 12 (10,3%) patients.</p>
<p>Soutien financier des assurances</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Participants receiving wage replacement and treatment reimbursements reported appreciating this financial support.</p>
<p>Impact positif d’une récupération active avec physiothérapie et activités fonctionnelles régulières</p>	<p>Maillette et al. (2017): -All participants stated that physiotherapy aimed at restoring flexibility and strength in the knee. They reported that their physical therapist could help them achieve these goals.</p> <p>McGonagle et al. (2019): -Active recovery (e.g., walking/cycling) and formal physiotherapy sessions were key enablers for 71 (61,2%) patients.</p>
<p>Impact positif d’une réhabilitation prolongée sur les capacités fonctionnelles et le RT</p>	<p>Bardgett et al. (2016): -A small number of patients took the decision to seek additional rehabilitation, and reported the positive impact that the rehabilitation had on their physical function and ability to return to work.</p> <p>- <i>“I went and asked (workplace Human Resources) if it was possible to have physiotherapy. So I went to the rehab centre at (name of hospital), and I had about six weeks of that... I thought it would help me on, and make my legs stronger, which it did help me</i></p>

	<p><i>at the time... You feel like a new man type of thing after you've had loads and loads of exercise, and you're using muscles that you don't use... rehab is the thing I was very, very lucky to have. I would say myself it's the best thing to help you."</i></p> <p>Maillette et al. (2017): -Yet most participants reported the need for additional physiotherapy treatments to further improve their functional capacities in order to facilitate their RTW.</p> <p>- <i>"I'd really like to have been able to continue. For me, it would have been much easier to go back to work. My leg would have been stronger."</i></p>
Impact du soutien des physiothérapeutes sur la confiance en soi et la motivation pour guérir	<p>Bardgett et al. (2016): - [...] patients reported that the interaction and feedback they did receive from rehabilitation staff gave them the reassurance and confidence to progress in their physical and psychological recovery.</p> <p>- <i>"It (Physiotherapy) was helpful because I was told by a professional that yes you are doing the right things and are you are progressing at the right rate and what is happening should be happening and I found that very helpful and encouraging."</i></p> <p>- <i>"I don't know whether it is the physical act or whether it is just the idea that I am doing really well because somebody has told me that I am. I really don't know. I think it does build up your confidence, and that this is the big factor for me to get me out there, make me feel a little bit better, and do what I am supposed to be doing."</i></p>
Bénéfices d'un programme de renforcement musculaire post-opératoire en salle de fitness	<p>Bardgett et al. (2016): - <i>"My wife got us ... a membership for the gym; I went to see them, 'I've had a knee replacement, I just need to get some exercises, build the strength up on the muscle above the knee.' They gave us a programme for that, I'm doing that. I'll be honest I think that's how I got back to work as quickly as I did."</i></p>
Physiothérapeutes plus soutenant et consciencieux en secteur privé	<p>Maillette et al. (2017): - [...] participants receiving treatment in private settings felt that their therapist was more supportive. They stated that treatment was terminated when the clinical objectives were achieved.</p>
Attitude motivée et comportement d'auto-management du patient face à sa récupération	<p>Maillette et al. (2017): -Some did not want to take medication because they worried about becoming addicted. They reported their strategies for improving their condition, such as exercises or resting when necessary. They were also</p>

	<p>open to new ways of doing their activities as long as they achieved the same results.</p> <p>- <i>“In life, you have to be able to get up [...], crouch down, or lean over. But it’s up to me to work on that; there are ways of managing.”</i></p>
État d’esprit optimiste	<p>Maillette et al. (2017):</p> <p>-Overall, participants believed they could continue to improve their functional capacities and did not see their new condition as an end in itself but rather as something they could improve. They expressed confidence that their pain would eventually end. They stated having no regrets about the surgery and felt that their condition had improved, and they had regained a certain degree of independence in most areas of their lives, despite some limitations (Trajectory 1: RTW).</p>
Présence de comorbidités ou atteinte arthrosique pluri-articulaire	<p>Bardgett et al. (2015):</p> <p>-Patients who did not return to employment often reported that either co-morbidities or OA affecting other joints prevented their RTW even when the surgical outcome was positive.</p>
Douleurs résiduelles post-opératoires	<p>McGonagle et al. (2019):</p> <p>-The physical effects of surgery, e.g., pain for 33 (28,4%) patients [...] were the main barriers to RTW.</p>
Fatigue résiduelle post-opératoire	<p>McGonagle et al. (2019):</p> <p>-The physical effects of surgery, e.g., [...] fatigue for 10 (8,6%) patients, were the main barriers to RTW.</p>
Limitation liée à la non-autorisation médicale de reprise de la conduite	<p>McGonagle et al. (2019):</p> <p>-Twenty (17,2%) patients were limited by medical advice or clearance dictating when they could [...] drive.</p>
Absence totale d’information et conseils spontanés des soignants sur le RT	<p>Bardgett et al. (2015):</p> <p>-Many patients reported that they were not given any advice regarding RTW from healthcare professionals pre- or post-operatively.</p> <p>- <i>“I cannot recall my return to work being discussed at all [...].”</i></p> <p>Bardgett et al. (2016):</p> <p>-Preoperative education reportedly focused on the inpatient stay and immediate postoperative period, but longer term outcomes, such as return to work, were not routinely discussed.</p> <p>-As duration of absence due to sickness, and return to work, was not routinely discussed preoperatively, patients were unsure of the processes involved, and described looking to healthcare professionals postoperatively for guidance. Patients described waiting until their routine postoperative hospital</p>

	<p>review or GP appointment for the reassurance and guidance on when they were fit enough to resume activity or permission to return to work.</p> <p>- “[RTW] was not a big factor in any of the classes or any of the appointments I had about do you need help getting back to work...”</p> <p>- “[...] of all the things that’s were mentioned, nothing about working [...]”</p> <p>- “There was no reference to work or no reference to what you could or couldn’t do that I would be able to relate to...”</p>
<p>Incohérence des conseils des soignants concernant la durée d’AT</p>	<p>Bardgett et al. (2015):</p> <p>-Patients [...] also reported a lack of consistent advice from healthcare professionals to inform them of expected periods of sickness absence.</p> <p>-When patients did discuss RTW with healthcare professionals, the advice was felt to be inconsistent [...].</p>
<p>Conseils des soignants ciblés pour une population âgée et retraitée</p>	<p>Bardgett et al. (2015):</p> <p>-Patients reported that the information that they did receive regarding their recovery was aimed at older, retired patients, reinforcing their perception that joint replacement surgery was for the elderly population.</p> <p>- “[...] the booklet we were provided with seemed to be aimed at people of pensionable age.”</p> <p>- “From what I can recall do not think returning to work was mentioned as the majority of people I saw in the ward and at the pre-op meeting were retired.”</p> <p>Bardgett et al. (2016):</p> <p>-Patients reported that the advice they received from healthcare professionals focused on the needs of the elderly, retired population.</p> <p>-Patients stated that the content of preoperative education they received reinforced the perceptions of joint replacement surgery as a procedure for the older retired population.</p> <p>- “[...] most of the patients I would of thought were beyond working age anyways or retired already... that’s the impression I get because of all the things that’s were mentioned, nothing about working so it gives you the impression that it’s an old persons thing.”</p> <p>- “It was focused on people of a certain age and people who didn’t work...”</p>

<p>Sentiment des patients en âge de travailler d'être une minorité = crainte d'aborder une discussion autour du RT ne concernant pas la majorité</p>	<p>Bardgett et al. (2016): -Patients described themselves as the minority, and some reported that it was not appropriate to discuss issues pertinent to them, such as return to work, as it was not relevant to the majority of patients.</p>
<p>Durée de l'AT protocolée et non-personnalisée pour chaque patient</p>	<p>Bardgett et al. (2015): -There was a general expectation from patients that they should be off work for a minimum period of 12 weeks following surgery to recuperate regardless of the physical nature of the work. This was reflected in the median length of time for RTW in the study, which was 12 weeks (2-64 weeks). - When patients did discuss RTW with healthcare professionals, the advice was felt to be [...] not tailored to the individual's recovery of circumstances. Some patients reportedly adhered to the recommended duration of absence even when they felt able to RTW sooner.</p> <p>- "... being self-employed I did not work for the recommended 3 months then went straight back to work." - "... my fitness for work certificate was extended by my GP for a further 6 weeks. At this time I felt I was ready to return to work but was advised by the surgeon's practice nurse at my review that I should not return to work until at least 13 weeks had elapsed. Certificate again extended by my GP for a further 6 weeks."</p> <p>Bardgett et al. (2016): -The advice given at this time did not appear to be tailored to the individual but directly impacted patient's experience, on occasion delaying return to work even when patients felt able to return earlier. -The majority of patients discussed the potential benefits of more tailored work-related advice [...].</p> <p>- "I have never been on the sick before I didn't know anything... The only review I had (at 6 weeks post op) I was told that I should not consider going back until 13 weeks... I probably would have gone back after 6 weeks..." - "It was the GP who said don't be rushing back... she said 12 weeks... I could of gone back earlier..."</p>
<p>Forte influence de l'accord du corps médical pour le RT</p>	<p>Bardgett et al. (2016): -Although most patients stated that it was they who made the decision when to return to work, they also described how this decision was influenced by the advice from healthcare professionals.</p>

	<p>- <i>“Honestly I could have gone back but basically it was on her (Nurse Practitioner) advice”</i></p> <p>- <i>“It was up to me when I went back to work, when I felt happy I went back... Invariably, I waited until the review which was anywhere between 10 and 12 weeks after the operation, although I’d been working from home, I waited until the review before I physically went back to work...”</i></p> <p>- <i>“It was the GP who said don’t be rushing back [...] to be quite honest I don’t even know why I didn’t go back... I think it’s the Dr said just don’t rush back.”</i></p> <p>Maillette et al. (2017): -Participants saw their orthopedic surgeon for pain management and assessment of their RTW capacities: <i>“He’s the boss” and “He’s the one who decides”.</i></p> <p>McGonagle et al. (2019): -Twenty (17,2%) patients were limited by medical advice or clearance dictating when they could RTW [...].</p>
<p>Manque de soutien des chirurgiens</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Workers who did not return to work perceived little support from their various environments. They reported [...] the feeling of not being listened to. One participant made the distinction that he was able to reach his surgeon and speak with him but felt little support. The only advice he felt he received was <i>“You have to wait and hope”.</i></p>
<p>Manque de disponibilité des chirurgiens</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Even though surgeons should play a central role in RTW, most participants had difficulty obtaining an appointment with their surgeon. -Workers who did not return to work perceived little support from their various environments. They reported the briefness of consultations with their orthopedic surgeon [...].</p>
<p>RT retardé en lien avec la peur d’absence de couverture d’assurance</p>	<p>Bardgett et al. (2016): -Some patients reportedly believed that they should not return to work until the clinician gives permission for insurance or health and safety reasons.</p> <p>- <i>“Just see what the consultant says first, whether you can go back... Because if they say no, you’re not supposed to be back at work anyway because then you can’t do your job or something happens, for health and safety, as well. So I based it on them saying, ‘If you’re fit enough to go back and you’re well enough, that’s it, Fine’”</i></p>

<p>Impression des patients de manque de soutien ou pression des assureurs pour le RT</p>	<p>Maillette et al. (2017): -However, aside from the financial aspect, very few participants reported having insurers that were actively involved in facilitating their RTW, other than by sending administrative follow-up letters: <i>“Even if you send me 100 letters a week, it won’t change anything. I just can’t do it. They’ve let up a bit now. They’ve understood that my goal is to go back to work.”</i></p> <p>-One participant had problems with her insurer. She felt pressured to RTW even if the surgeon disagreed because she still had difficulty walking and therefore getting to work. -The following quote illustrates her difficulties with her insurer. <i>“Since you have a sedentary job, [...] you can go back to work. I said ‘Well, it’s okay for you to say that, except that I have to get to work.’ Getting there is your business, not the employer’s. But I said, ‘But it doesn’t make sense because I can’t walk.’ It’s just not fair.”</i></p> <p>-In an attempt to cope with the waiting period associated with the natural healing process, one participant asked his insurer if he could take refresher courses. The insurer refused to pay for the courses because the participant was on wage benefits: <i>“If I take a course, well, they see that as meaning that I’m able to go back to work.”</i></p>
<p>Exigences physiques du travail</p>	<p>Bardgett et al. (2015): - <i>“(TKR would be seen as an impediment) ... If the job includes physical aspects [...].”</i></p> <p>Maillette et al. (2017): -Half of the participants (P3, P5, P6, and P8) were fully disabled (no RTW) at the time of the interview and reported physically demanding jobs. -These participants also believed that work accommodations could not help them because of their physically demanding jobs.</p> <p>McGonagle et al. (2019): -Work-related factors impeded RTW in 26 (22,4%) patients. Impaired ability to perform work duties was reported by 14 (12,1%) patients, with physically demanding duties being cited as the most common reason.</p>
	<p>Bardgett et al. (2015): -TKR patients also reported that restrictions on kneeling and bending resulted in difficulties in more physically demanding occupations. In such cases,</p>

<p>Type d'activités associées au travail</p>	<p>patients perceived a negative impact on their future prospects in the job market following their TKR.</p> <p>- <i>“(TKR would be seen as an impediment)... If the job includes physical aspects relating to accessing confined spaces, climbing ladders, kneeling for periods.”</i></p> <p>- <i>“I was unable to continue joinery as I can no longer kneel down when trying to lay floors or skirting boards, etc.”</i></p> <p>Maillette et al. (2017):</p> <p>-Performing activities such as kneeling, walking long distances, going up and down stairs, and sitting or standing for long periods were all difficulties identified. For most participants, these limitations restricted their work participation.</p> <p>-They reported limitations such as walking long distances or up and down stairs. As such, they could not see how they could meet their job demands.</p>
<p>Absence d'adaptations environnementales et ergonomiques du lieu de travail</p>	<p>Bardgett et al. (2015):</p> <p>-In situations where interventions such as [...] adaptations to work space [...] were not available patients reported a more negative experience of their RTW and highlighted the difficulties that they encountered.</p> <p>- <i>“I asked for equipment to help me at work. I did not get any of it. Can't sit for long periods of time but I have to do 10 hour shifts.”</i></p>
<p>Absence de possibilité d'un retour progressif au travail</p>	<p>Bardgett et al. (2015):</p> <p>-In situations where interventions such as phased return [...] were not available patients reported a more negative experience of their RTW and highlighted the difficulties that they encountered.</p> <p>- <i>“Unfortunately, my employer wouldn't allow me to go back to work on part time basis following the op... I had to work full time 9-5 from my first day of return to work... After 8 weeks on the sick, it was tiring and difficult to adjust to.”</i></p>
<p>Absence de soutien de l'employeur/ management dans la réintégration au travail</p>	<p>Bardgett et al. (2015):</p> <p>-In situations where interventions such as [...] support were not available patients reported a more negative experience of their RTW and highlighted the difficulties that they encountered.</p> <p>- <i>“I returned to work through occupational health dept, who were very helpful and understanding. However, had I [...] had to deal directly with</i></p>

	<i>management, my return to work may have been a totally different experience.”</i>
Peur d’être un fardeau pour les collègues	<p>Maillette et al. (2017): -Some were worried about not being able to meet productivity expectations and feared being a burden to co-workers.</p> <p>- <i>“If I have to bother everyone else to help me, they won’t be able to do their jobs, and then they’ll complain about me.”</i></p>
Harcèlement moral / Discrimination de l’employeur ou du manager	<p>Bardgett et al. (2015): -Despite the majority of patients reporting that work participation was improved following surgery, some felt that employers would not share the same opinion. Patients felt that they may be discriminated against due to their perceived disability, the fear of further surgery and a poor sickness absence record. A small number of patients reported pressure to leave pre-operative employment or felt that limitations were imposed on their roles by employers.</p> <p>- <i>“I was looking for a transfer and when they found out I was having a hip replacement I didn’t get any of the transfers I applied for... I wanted to return to work (after the operation) but they advised me they wanted to dismiss me due to the time off I have had in the last 12 rolling months...”</i></p> <p>- <i>“I was not allowed to return to my job in full capacity... as I could not do control and restraint courses, I was allowed to return as a porter with a drop in pay..., I should have been given the opportunity to return to my job... I decided to put in for my retirement.”</i></p>
Manque de flexibilité du lieu de travail pour adapter les horaires	<p>Maillette et al. (2017): -Some felt that the work schedule could not be changed to accommodate them when the pain worsens</p>
Impact du manque de qualifications professionnelles sur l’employabilité future	<p>Maillette et al. (2017): - [...] those with jobs involving low qualifications were more concerned about being replaced [...].</p>
Impact de l’âge avancé sur la possibilité de RT	<p>Maillette et al. (2017): - [...] those with jobs involving low qualifications were more concerned about being replaced by younger workers because they believed that employers <i>“are always looking for young people to work”</i>. They emphasized that their older age would prevent them from attempting another job if they were unable to reintegrate back into their job before surgery.</p>

	<p>- <i>“At 62 years old, what employer is going to say, yes, we’ll hire you. Come on, be realistic!”</i></p>
<p>Objectifs de rééducation limités à l’articulation opérée</p>	<p>Bardgett et al. (2016): - <i>“[...] you are only working solely on the knee...”</i></p>
<p>Objectifs de rééducation pas assez fonctionnels</p>	<p>Bardgett et al. (2016): - Rehabilitation goals were limited to general mobility and knee range of movement [...].</p> <p>- <i>The physio was just the general physio that I had... (they) just want to see whether you’ll get the target of 100 degrees or whatever it is. You’ve got to do the bend, you’ve got to do the flexion and then have a walk around.”</i></p> <p>- <i>“I was just basically trying to get the flexibility... the bend back into the knee I think... you are only working solely on the knee... less of your physical fitness I mean if you’re not moving around you’re going to... possibly lose a bit of ordinary fitness.”</i></p>
<p>Absence totale de séances de physiothérapie</p>	<p>Bardgett et al. (2016): - Patients described a large variation in the provision of postoperative rehabilitation [...].</p> <p>- <i>“I didn’t get any (rehabilitation), just the booklet of what to do after a knee replacement from the trust, and the old exercises on the bed with a towel under your knee and things like that. I wish I had more professional physio’. More professional physio as opposed to do-it-yourself stuff at home.”</i></p>
<p>Physiothérapie non-centrée sur les besoins individuels pour le RT</p>	<p>Bardgett et al. (2016): - Patients [...] reporting that the functional individual requirements needed for a safe effective return to work were not routinely considered. - [...] patients felt that they would have benefited from more rehabilitation tailored to their individual needs. - [...] the rehabilitation they did receive was not tailored to their return to work requirements [...].</p> <p>- <i>“I think the main thing was a little bit more physio aimed at what your needs were in terms of going back to work. For me, there would be a bit more knee-bending and stuff. It was more about walking, really, more than actually knee-bending.”</i></p> <p>Maillette et al. (2017): - Only one female participant mentioned that the physical therapist took into account the fact that she was returning to work and gave recommendations accordingly.</p>

<p>Difficultés d'application des exercices à domicile prescrits en physiothérapie</p>	<p>Maillette et al. (2017): - [...] she reported having difficulty applying these recommendations by herself: <i>"The physical therapist told me that I had to get up for at least ten minutes every hour [...] I feel guilty if I don't do it. That's why I'm trying to find little ways of doing it here and there."</i></p>
<p>Récupération précipitée dans le secteur public de soins</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Some participants who received care from the public system felt pressured to recover quickly [...]. - <i>"You see, they really want you to get better fast"</i>.</p>
<p>Récupération plus lente que prévu = reconsidération des attentes suite à l'opération</p>	<p>Maillette et al. (2017): -At the time of the interview, they were expecting to be in better shape. Overall, they found that their recovery was slower than they had expected, and they had to rethink their expectations.</p>
<p>Refus des médecins d'opérer avant un âge avancé au détriment des besoins individuels</p>	<p>Bardgett et al. (2016): -The majority of patients perceived age to be a major barrier to referral for surgical intervention for knee OA. Patients described their frustration at being told that they were too young to have a joint replacement despite the severity of symptoms and the subsequent impact on their quality of life. -Patients discussed the reasoning behind delaying surgery but were frustrated that their age was dictating their treatment options. Patients perceived that their individual circumstances and the need to remain in employment were not given due consideration in the decision-making process.</p> <p>- <i>"There's nobody will replace your knee until you're 70'. That was the stock answer that I got from my GPs... I felt I was being fobbed off, at one stage it was looking like I was going to have to give up work altogether..."</i> - <i>"You're a little bit young to have it at the moment'. I thought, well, the type of job that I do is quite a strenuous job. I was having difficulty trying to climb the stepladders and things like that... because they (GPs) turned around and said, 'Well, you're better off if you can hang on until you're about 60, because they don't do these operations unless it's essential that they do them'."</i> - <i>"Absolutely refused to do it (NHS hospital). They said their policy wasn't to do it until they were 60. Yes. I thought that was abysmal, especially since the knee was totally shot and I was getting a lot of pain with it. Quality of life had changed."</i> - <i>"I can understand the argument that if you get them too early, they don't last too long and you might have</i></p>

	<p><i>to have them done again. I understand that, but you've got to trade that off with if it stops somebody working and then there are other effects to take into account, not just whether you're going to need it done again."</i></p>
<p>Dégradation de la condition physique dû au retard d'intervention</p>	<p>Bardgett et al. (2016): - Patients described how they coped and adapted to prolonged periods of deteriorating physical function, limited mobility and instability [...]. - Patients reported the physical [...] impact of delayed intervention [...].</p> <p>- <i>"Maybe I should have had it earlier when my muscles were in a better state, but I was getting to the state where I was barely moving and be very careful about how I was walking, where I was walking and the surface that I was walking on. I was only using stairs when I absolutely had to. That obviously makes your muscles a lot weaker."</i></p>
<p>Impact psychologique lié à la douleur persistante et en lien avec le retard d'intervention</p>	<p>Bardgett et al. (2016): - [...] for others, it was the physical and psychological impact of living with severe constant pain that was the dominant factor. - Patients reported the [...] psychological impact of delayed intervention [...].</p> <p>- <i>"I would just go home and just be in tears with the pain [...] I wasn't giving 100% to the job I should be doing cos I couldn't focus I just tended to focus just on the pain and getting through the day."</i></p> <p>- <i>"I thought I was taking far too many painkillers to be able to function properly... I was getting quite frustrated about it... you get depressed; I suppose is the right term for it, when you're in constant pain."</i></p>
<p>Impact du retard d'intervention sur le statut financier et l'employabilité future des patients</p>	<p>Bardgett et al. (2016): - As symptoms persisted and increased in severity, patients discussed the subsequent impact on work participation in terms of reduced productivity in the work place as well as patients reporting no choice but to take sick leave due to the inability to cope. - Patients reported the [...] impact of delayed intervention as well as the resulting lost working days, financial implications, and the negative impact on their sickness record and future employability.</p> <p>- <i>"I eventually had to go on the sick because I just couldn't get through the day..."</i></p>
<p>Patient en congé maladie avant l'opération</p>	<p>Maillette et al. (2017): - Among those who were not back at work [...]. Three participants had been on sick leave before surgery.</p>

<p>Évitement du mouvement par peur de la douleur</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Participants in this trajectory (Trajectory 2: No RTW) expressed fear of increasing their pain if they were too active during the day. Some mentioned managing their activities by avoiding specific behaviours that could increase the pain: <i>“I’m always busy trying to plan what I’m going to do, how I’m going to do it, for sure I won’t do that [...] I think sometimes I’m also afraid [that it’ll hurt].”</i></p>
<p>Manque de confiance envers le matériel prothétique</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Participants reported the need to protect their prosthesis by limiting their activities in order to avoid further surgery. - <i>“It’s absolutely certain in my mind that if I overuse my knee, the [prosthesis] won’t last as long.”</i></p>
<p>Attitude passive du patient face à sa récupération</p>	<p>Maillette et al. (2017): -They showed distress about their current condition and were struggling to cope with it. They had very few adaptive strategies for trying to get better, other than waiting to heal. - <i>“You know, for me, life isn’t over at 62. What can I do? I don’t know. So I’m waiting. I’m waiting until the orthopedist has filled out my forms, then we’ll see. That’s where I’m at.”</i></p>
<p>Pas d’amélioration / Détérioration de l’état physique après l’arthroplastie</p>	<p>Maillette et al. (2017): -Half of the participants (P3, P5, P6, and P8) were fully disabled (no RTW) at the time of the interview [...]. They also appeared to report more pain. -They also compared their current condition to their condition before TKA. They reported having persistent physical limitations [...]. -Overall, the participants in this trajectory (Trajectory 2, no RTW) perceived themselves as disabled and felt that surgery had not met their pre-operative expectations. Many did not feel that their situation had improved with TKA, and one even said that his condition was worse. - <i>“[What I hoped for] was to get rid of the pain. The pain is still there, and on top of that, I’m less functional than I was before. Because before, I was able to do my work every day.”</i></p>

Annexe VII : Analyse thématique des articles

Thèmes analytiques (7)	Thèmes descriptifs (21)	Codage (71)
État post-opératoire	État physique et capacités fonctionnelles post-opératoires	Amélioration des capacités fonctionnelles après l'arthroplastie
		Amélioration de la locomotion après l'arthroplastie
		Diminution des douleurs après l'arthroplastie
		Amélioration du sommeil après l'arthroplastie
		Douleurs résiduelles post-opératoires
		Fatigue résiduelle post-opératoire
		Pas d'amélioration / Détérioration de l'état physique après l'arthroplastie
	Bénéfices psychologiques, cognitifs et comportementaux de l'arthroplastie	Amélioration de l'estime de soi après l'arthroplastie
		Amélioration de la concentration au travail après l'arthroplastie
		Amélioration de l'attention aux autres après l'arthroplastie
Lenteur de la récupération	Perspective plus positive de l'avenir après l'arthroplastie	
Facteurs liés au travail	Nature physique du travail	Récupération plus lente que prévu = reconsidération des attentes suite à l'opération
		Nature sédentaire du travail
		Exigences physiques du travail
	Adaptations et aménagements au travail	Type d'activités associées au travail
		Adaptation du poste de travail / cahier de charges
		Adaptations environnementales et ergonomiques du lieu de travail
	Possibilité d'un retour progressif au travail	

Système de soutien		Flexibilité des horaires de travail / Aménagement de pauses
		Avantages liés à l'ancienneté dans l'entreprise
		Absence d'adaptations environnementales et ergonomiques du lieu de travail
		Absence de possibilité d'un retour progressif au travail
		Manque de flexibilité du lieu de travail pour adapter les horaires
	Soutien du milieu du travail	Soutien de l'employeur / management dans la réintégration au travail
		Implication et soutien de médecins du travail dans le processus de RT
		Aide des collègues au travail
		Protection syndicale du travailleur
		Absence de soutien de l'employeur / management dans la réintégration au travail
		Peur d'être un fardeau pour les collègues
		Harcèlement moral / Discrimination de l'employeur ou du manager
	Soutien et garantie de couverture des assurances	Soutien financier des assurances
		RT retardé en lien avec la peur d'absence de couverture d'assurance
		Impression des patients de manque de soutien ou pression des assureurs pour le RT
	Impact du soutien des physiothérapeutes sur la confiance en soi et la motivation pour guérir	
	Manque de soutien des chirurgiens	

	Implication des soignants dans le suivi et l'information au patient	Absence totale d'information et conseils spontanés des soignants sur le RT
		Manque de disponibilité des chirurgiens
Facteurs personnels	Appréhensions liées au mouvement du membre prothétique	Évitement du mouvement par peur de la douleur
		Manque de confiance envers le matériel prothétique
	Attitude et motivation du patient en lien avec la récupération et le RT	L'ennui lié au congé maladie = envie de RT
		Attitude motivée et comportement d'auto-management du patient face à sa récupération
		État d'esprit optimiste
		Attitude passive du patient face à sa récupération
	Obligations personnelles de RT	Peur du licenciement
		Sens des obligations professionnelles
		Difficultés financières
	Facteurs individuels intrinsèques	Présence de comorbidités ou atteinte arthrosique pluri-articulaire
Impact de l'âge avancé sur la possibilité de RT		
Niveau de qualifications professionnelles	Bénéfices des qualifications et de l'expérience professionnelle pour l'employabilité future	
	Impact du manque de qualifications professionnelles sur l'employabilité future	
Circonstances professionnelles préopératoires	Patient en congé maladie avant l'opération	
	Importance d'une réadaptation physique adaptée, fonctionnelle et au long-cours	Impact positif d'une récupération active avec physiothérapie et activités fonctionnelles régulières
		Impact positif d'une réhabilitation prolongée sur les capacités fonctionnelles et le RT
		Bénéfices d'un programme de

Qualité de la réadaptation physique		renforcement musculaire post-opératoire en salle de fitness
		Objectifs de rééducation limités à l'articulation opérée
		Objectifs de rééducation pas assez fonctionnels
		Absence totale de séances de physiothérapie
		Difficultés d'application des exercices à domicile prescrits en physiothérapie
	Différences de prise en charge physiothérapeutique entre le secteur de soins privé et public	Physiothérapeutes plus soutenant et consciencieux en secteur privé
		Récupération précipitée dans le secteur public de soins
Individualisation du suivi peropératoire	Considération pour les besoins individuels du patient dans les décisions et la prise en charge peropératoire	Durée de l'AT protocolée et non-personnalisée pour chaque patient
		Incohérence des conseils des soignants concernant la durée d'AT
		Physiothérapie non-centrée sur les besoins individuels pour le RT
		Refus des médecins d'opérer avant un âge avancé au détriment des besoins individuels
	Conseils et informations des soignants spécifiques à la population retraitée	Conseils des soignants ciblés pour une population âgée et retraitée
Sentiment des patients en âge de travailler d'être une minorité = crainte d'aborder une discussion autour du RT ne concernant pas la majorité		
Poids des décisions du corps médical	Influence du corps médical sur la décision du patient de RT	Forte influence de l'accord du corps médical pour le RT
	Influence de l'autorisation médicale sur la reprise de la conduite	Limitation liée à la non-autorisation médicale de reprise de la conduite
		Dégradation de la condition physique dû au retard d'intervention

	Conséquences liées au retard d'intervention chirurgicale	Impact psychologique lié à la douleur persistante et en lien avec le retard d'intervention
		Impact du retard d'intervention sur le statut financier et l'employabilité future des patients

Annexe VIII : Notions générales sur les prothèses

Prothèse totale de genou (PTG) :

La cause principale pour la nécessité de cette opération est l'arthrose (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2019). Ainsi, cette intervention vise généralement à remédier aux conséquences de l'arthrose en restituant les conditions mécaniques proches d'un genou sain. Elle permet également de réduire les éventuelles boiteries (Hirslanden Clinique la Colline, s.d. b). C'est cependant la solution de dernier recours, lorsque les traitements conservateurs (médication antalgique et anti-inflammatoire, infiltrations, physiothérapie) sont inefficaces (HUG, 2019).

La PTG est généralement mise en place en cas d'arthrose touchant les compartiments interne et externe du genou. Elle est souvent composée de deux à trois implants, la patella n'étant pas systématiquement remplacée si celle-ci n'est pas trop usée :

- Prothèse tibiale comportant deux parties distinctes : le plateau métallique fixé dans le tibia, et reposant sur celui-ci, le plateau tibial artificiel qui est une plateforme rotative ou fixe en polyéthylène.
- Prothèse fémorale, qui fait un mouvement de glissement-roulement sur le plateau tibial en polyéthylène.
- Prothèse patellaire en polyéthylène (son implantation dépend du type de prothèse employée) (Hirslanden Clinique la Colline, s.d. b).

Comme toute opération chirurgicale, la pose d'une PTG comporte des risques de complications post-opératoires. Parmi ceux-ci, l'infection qui peut se présenter entre plusieurs semaines, mois et même années après la chirurgie et qui peut se manifester par une recrudescence des douleurs, une diminution de la mobilité, une rougeur et chaleur locales, un épanchement articulaire, un possible écoulement cicatriciel ou encore dans certains cas par de la fièvre et des frissons (HUG, 2019). Des antibiotiques sont cependant administrés aux patients avant l'opération afin de prévenir et diminuer autant que possible le risque infectieux (Hirslanden Clinique la Colline, s.d. b).

Les autres complications possibles sont la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire (qui peut être prévenue grâce à un traitement anticoagulant), la raideur du genou ou encore la lésion de nerfs (HUG, 2019).

Prothèse unicompartmentale de genou (PUC) :

La PUC sera souvent privilégiée en cas d'arthrose fémoro-tibiale se limitant à un compartiment de l'articulation du genou (interne ou externe). Elle a les mêmes objectifs généraux que les autres types de prothèses, soit une augmentation de la qualité de vie par une amélioration de la fonction et un soulagement des douleurs. Son avantage par rapport aux autres prothèses est qu'elle permet souvent une rémission post-opératoire dans des délais plus brefs et une mobilité en flexion du genou fréquemment meilleure. Comme tout autre type de prothèse, celle-ci est mise en place uniquement après avoir épuisé toutes les possibilités du traitement conservateur, sans efficacité. Il est important de noter que les défauts d'axe extra-articulaires du membre inférieur ne peuvent pas être modifiés par cette intervention, ainsi y a-t-il dans les contre-indications pour cette chirurgie les déformations irréductibles (non-correctibles par ostéotomie), en parallèle aux autres contre-indications qui sont un IMC trop élevé, une mobilité réduite du genou, une lésion du ligament croisé antérieur, une arthropathie inflammatoire du genou ou encore une atteinte co-existante au niveau de la hanche (Duthon & Miozzari, 2013).

De plus, il faut toujours informer le patient qu'il s'agit en général d'une solution provisoire, d'une part à cause de l'usure de la prothèse et d'autre part car l'arthrose peut évoluer vers d'autres compartiments du genou, auquel cas une opération de révision pour la mise en place d'une PTG sera effectuée (HUG, 2016).

Les complications liées à l'implantation d'une PUC sont globalement similaires à celles pour la PTG.

Prothèse totale de hanche (PTH) :

Comme pour la prothèse totale de genou, la cause principale pour la pose d'une PTH est l'arthrose. Ainsi, cette intervention vise elle aussi à améliorer la qualité de vie en diminuant les symptômes invalidants liés à l'arthrose, et ce uniquement lorsque les traitements conservateurs n'ont pas eu les résultats escomptés. (HUG, 2020).

Cette intervention chirurgicale va permettre de remplacer les parties abîmées de l'articulation coxo-fémorale par des éléments artificiels, généralement au nombre de quatre (HUG, 2020):

- La tige fémorale : s'insère dans la partie creuse du fémur et est faite de titane (pour les tiges non-cimentées) ou d'un alliage métallique d'acier ou de chrome-cobalt (pour les tiges cimentées).
- La tête prothétique sphérique : elle remplace la tête fémorale et s'articule dans le cotyle. Elle est faite de céramique ou de métal.
- Le cotyle artificiel comportant 2 éléments : une cupule métallique hémisphérique qui prend le rôle du cartilage cotyloïdien et est directement contre l'os, et un insert.

La cupule est composée des mêmes matériaux que la tige fémorale ou parfois uniquement de polyéthylène. L'insert est quant à lui fait de céramique ou de polyéthylène (Hirslanden Clinique la Colline, s.d. a).

Comme pour la PTG et la PUC, cette opération chirurgicale comporte des risques de complications, particulièrement dans les 3 à 6 semaines après l'intervention.

On retrouve également ici l'infection de prothèse dont le risque est d'environ 0,5 à 1%, la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire, ou encore dans des cas plus rares la lésion des nerfs voire des vaisseaux sanguins avoisinants.

La luxation de la prothèse est aussi possible, surtout lors des premières semaines, tout comme la fracture qui peut survenir quant à elle lors de l'implantation, mais uniquement dans de rares cas (moins de 1% des cas). Parfois, des patients présentent une fracture plusieurs mois ou années après l'intervention, suite à une chute ou un mouvement extrême. Après la première année subsistent un certain nombre de risques comme l'infection ou encore le descellement de prothèse (c'est-à-dire le décollement de la prothèse par rapport à l'os) en lien avec l'usure de la prothèse (HUG, 2020).

Révision de prothèse :

La révision prothétique est une intervention chirurgicale dont le but est d'enlever puis remplacer une partie ou la totalité des pièces de la prothèse après l'usure de celle-ci (lorsqu'elle a dépassé son temps de survie), ou encore lors de complications nécessitant de la remplacer, parmi lesquels il y a le descellement aseptique, la fracture (surtout chez les patients âgés atteints d'ostéoporose), l'instabilité, les luxations, les douleurs persistantes ou encore l'infection. Pour les prothèses de genou, la raideur et les problèmes en lien avec la rotule constituent également un motif de révision. D'autre part, concernant les PTH, l'IMC élevé a un impact considérable sur le besoin de révision précoce (Beck et

al., 2019). C'est une procédure généralement plus longue que la mise en place d'une prothèse primaire car le fait de retirer les implants engendre une perte osseuse supplémentaire qu'il sera nécessaire de combler par un nouvel implant plus volumineux. De manière générale, les patients implantés à un âge plus jeune ont un taux de révision plus important de par leur activité physique plus conséquente (qui sollicite et use donc plus la prothèse) et de par le dépassement du temps de survie de la prothèse. D'autres facteurs influençant directement le risque de révision sont le genre (les femmes semblent plus concernées), les comorbidités au moment de la chirurgie, la prise de certains médicaments, et enfin potentiellement le type de prothèse implantée et la technique utilisée pour son ancrage.

Les chirurgies de révisions prothétiques sont donc plus complexes que les poses primaires et le taux de complications post-opératoires en lien est plus élevé (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé [ANSM], 2015).