



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ARGUMENTAIRE

**Référentiel concernant la rééducation après réinsertion
et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons
de la coiffe des rotateurs de l'épaule,
par arthroscopie ou abord direct**

Réponse à une saisine de la CNAMTS en application de l'article L162-1-7
du Code de la sécurité sociale

Mars 2011

L'avis de la HAS est téléchargeable sur :
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation et information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Argumentaire	4
1 Contexte	4
1.1 Base législative.....	4
1.2 Saisine de la HAS.....	4
2 Déroulement du travail	4
2.1 Méthode de travail de la HAS.....	4
2.2 Phase de concertation avec les parties prenantes	5
3 Argumentaire de la CNAMTS	5
3.1 Contexte	5
3.2 Description des pratiques.....	5
3.3 Fondements du projet	6
3.4 Projet proposé	6
4 Données identifiées dans la littérature.....	7
5 Synthèse des commentaires des parties prenantes	7
5.1 Commentaires des instances professionnelles médicales	7
5.2 Commentaires des instances professionnelles de masso-kinésithérapie.....	8
6 Commentaires de la HAS	13

Argumentaire

1 Contexte

1.1 Base législative

La loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 (art. 42) a modifié l'article L162-1-7 du Code de la sécurité sociale traitant de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie des actes et prestations. Dans le cas de la prescription d'actes réalisés en série, cet article donne à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie la possibilité de saisir la HAS afin qu'elle valide un référentiel définissant le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire à la poursuite à titre exceptionnel de la prise en charge¹. La validation de la HAS est expressément requise.

1.2 Saisine de la HAS

Par courrier en date du 17 janvier 2011, reçu le 24 janvier 2011 par la HAS, le Directeur Général de l'UNCAM a saisi la HAS d'une demande de validation d'un référentiel concernant la « rééducation après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct ».

L'objectif de la saisine est de valider le nombre de séances de rééducation dans les suites d'une réparation chirurgicale (réinsertion et/ou suture) d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule par arthroscopie ou abord direct, nombre au-delà duquel le masseur-kinésithérapeute devra demander un accord préalable du service du contrôle médical en justifiant médicalement la poursuite des soins, après concertation avec le prescripteur. Ce nombre d'actes sera inscrit à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (Titre XIV, Chapitre V).

Le nombre seuil de séances prévu dans le référentiel soumis à l'avis de la HAS est de 50 au cours des 4 premiers mois postopératoires (cf. phases 1 et 2 postopératoires ci-dessous).

2 Déroulement du travail

2.1 Méthode de travail de la HAS

Le travail a été réalisé selon la procédure définie par le guide « Méthode d'élaboration des avis de la HAS après saisine par l'assurance maladie ».

La HAS a effectué une recherche documentaire de recommandations de bonne pratique, de revues systématiques et de méta-analyses concernant le thème du référentiel proposé. Dans le cas présent, il s'agissait d'identifier des données sur le nombre de séances de rééducation recommandé ou défini dans les suites d'une réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct.

¹ Extrait de l'art. L162-1-7 du Code de la sécurité sociale : « Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

La HAS a également engagé une phase de concertation avec les parties prenantes professionnelles concernées.

2.2 Phase de concertation avec les parties prenantes

La HAS a sollicité l'avis des instances professionnelles suivantes :

- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie ;
- Collège de la médecine générale ;
- Collège français des médecins rhumatologues ;
- Fédération des Spécialités Médicales ;
- Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs ;
- Objectif kiné ;
- Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Société française de médecine physique et de réadaptation ;
- Société française de physiothérapie ;
- Société française de rééducation de l'épaule ;
- Société française de rhumatologie ;
- Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs.

Une réponse a été reçue des instances suivantes :

- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie ;
- Collège français des médecins rhumatologues ;
- Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs ;
- Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Société française de médecine physique et de réadaptation ;
- Société française de physiothérapie ;
- Société française de rééducation de l'épaule ;
- Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs.

3 Argumentaire de la CNAMTS

3.1 Contexte

La HAS n'a pas validé en juillet 2009 un projet de référentiel, présenté par le Directeur Général de l'UNCAM, relatif aux soins de masso-kinésithérapie après chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple de tendon rompu de la coiffe des rotateurs, proposant qu'au-delà de 30 séances un accord préalable du service du contrôle médical soit nécessaire. Dans sa réponse, la HAS a suggéré que ce seuil « ne soit pas fixé à un niveau inférieur à une fourchette allant de 40 à 45 séances. »

Le nouveau référentiel soumis par l'UNCAM prend en compte les suggestions de la HAS. Il concerne les patients orientés en rééducation, suite à une chirurgie après rupture de la coiffe des rotateurs, par débridement, par réinsertion ou suture tendineuse, ou par reconstruction par lambeaux musculaires, par arthroscopie ou par abord direct.

3.2 Description des pratiques

En 2007, 31 949 actes de réparation de tendons de la coiffe des rotateurs sur des patients de moins de 80 ans sont dénombrés, se répartissant autour de 5 libellés de la CCAM. Pour ces patients, si une rééducation a lieu en ville, 48 séances de rééducations en moyenne sont réalisées (de 45 à 49 en moyenne selon le type d'acte réalisé). Il existe une hétérogénéité de répartition du nombre moyen de séances sur le territoire français.

3.3 Fondements du projet

« Une prise en charge rééducative est nécessaire après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule.

Elle est habituellement longue et nécessite un patient motivé. Son objectif global est l'obtention d'une épaule indolore, mobile et stable. La rééducation sera adaptée au contexte spécifique de chaque patient, selon la pathologie initiale, les antécédents du patient, les résultats fonctionnels obtenus au cours des évaluations successives. Le résultat fonctionnel final n'est souvent obtenu qu'à 12-18 mois postopératoire, mais ne signifie pas pour autant que la rééducation doit être poursuivie sur une telle période².

Il existe un consensus, confirmé par la pratique professionnelle majoritaire, pour admettre que la prise en charge rééducative postopératoire doit s'inscrire dans un programme de rééducation articulé en 3 phases^{3 [3-4-5]} :

- la 1^{re} phase, rééducation postopératoire initiale, correspond à la phase de cicatrisation, soit environ 6 semaines pour un tendon. Cette phase peut nécessiter des séances rapprochées. Elle vise essentiellement à restaurer une mobilité passive.
- la 2^e phase, rééducation postopératoire secondaire, vise essentiellement, après sevrage du patient de son orthèse, à restaurer la mobilité active et la force musculaire, afin de rendre à son terme l'indépendance du patient pour les actes de la vie quotidienne préalablement définis dans le projet du patient. Sa durée s'étend habituellement sur 3 mois.
- la 3^e phase, rééducation postopératoire tertiaire, à partir de la fin du 4^e mois. Cette phase n'est pas systématique, mais mise en œuvre uniquement pour certains patients lorsque la reprise d'activités professionnelles, sportives ou de loisirs exige des capacités physiques maximales, en particulier une récupération complète des amplitudes articulaires, de la force et de l'endurance musculaires. Il s'agit essentiellement d'une phase réadaptative. Il est recommandé de ne pas prolonger cette 3^e phase au-delà de la fin du 6^e mois postopératoire.

Il n'a pas été retrouvé de protocoles précisant la fréquence et/ou le rythme hebdomadaire des séances de rééducation chez le masseur-kinésithérapeute.

On notera que « The Medical disability advisor », guide américain, recommande une rééducation avec 24 séances sur une période de 12 semaines⁴. »

3.4 Projet proposé

« Une rééducation en ambulatoire est utile dans les suites de la réparation chirurgicale d'une rupture de tendon de la coiffe des rotateurs.

A partir de la confrontation des recommandations et de la pratique observée, il est proposé, pour cette rééducation, qu'au-delà de 50 séances, correspondant aux phases 1 et 2 décrites ci-dessus,

² Nové-Josserand, Godenèche A, Noel E, Liotard JP, Walch G. Pathologie de la coiffe des rotateurs. EMC, Appareil locomoteur, 14-350-A-10, 2008

Haute Autorité de Santé. Prise en charge chirurgicale des tendinopathies rompues de la coiffe des rotateurs de l'épaule chez l'adulte. HAS. Recommandations professionnelles. Mars 2008

Goutallier D, Postel JM, Zilber S, Van Driessche S. La chirurgie de l'épaule : de la réparation de la coiffe à la prothèse. Revue du rhumatisme 7 (23) 791-802

³ Haute Autorité de Santé. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule. HAS. Recommandations professionnelles. Janvier 2008

<http://www.orthopédie-et-réadaptation.com>

<http://www.sfre.org> (protocole de rééducation des ruptures de la coiffe des rotateurs opérées)

⁴ <http://www.mdguidelines.com/rotator-cuff-repair>, The Medical Disability Advisor, 6ème édition.

un accord préalable du service du contrôle médical soit nécessaire, pour poursuivre à titre exceptionnel, la prise en charge de cette rééducation. »

4 Données identifiées dans la littérature

La recherche documentaire n'a pas permis d'identifier de recommandations de bonne pratique, de revues systématiques ou de méta-analyses (aucune revue de la Cochrane Collaboration) permettant de définir le nombre de séances de rééducation dans les suites d'une réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct.

Les recommandations de bonne pratique de la HAS publiées en 2008⁵ décrivent les trois phases de la rééducation et leur durée, reprises dans l'argumentaire de la CNAMTS, ainsi que les techniques de masso-kinésithérapie utilisables. Mais elles ne précisent pas le nombre de séances de rééducation recommandé.

Quelques protocoles récents ont été identifiés par la recherche documentaire⁶ : ils n'apportent pas d'information précise sur le nombre de séances de rééducation au cours des différentes phases du traitement. Le Medical Disability Advisor⁷ américain propose 24 séances sur une période de 12 semaines dans les cas non compliqués, tout en soulignant que la rééducation peut aller au-delà et durer jusqu'à un an.

5 Synthèse des commentaires des parties prenantes

Sont repris ici les principaux commentaires des parties prenantes, portant sur l'argumentation développée par la CNAMTS, et les informations fournies pouvant aider à définir le nombre de séances de rééducation ne nécessitant pas d'accord préalable du service du contrôle médical.

5.1 Commentaires des instances professionnelles médicales

Les réponses ne sont pas accompagnées de références documentaires qui auraient pu apporter des informations complémentaires de celles identifiées par la HAS.

▪ Collège français des médecins rhumatologues (CFMR)

« Le recours à l'accord médical à partir de la 51^{ème} séance ne nous paraît pas adapté.

La méthode choisie pour établir le seuil de 50 semble critiquable. Le circuit des patients après chirurgie de la coiffe est très variable. Grandes orientations : retour à domicile direct post-MCO, retour à domicile via une structure SSR, voire parcours mixte (MCO, domicile, SSR). Le recueil des données et leur analyse ne semblent pas tenir compte de cette diversité. Le nombre de séances nécessaires au sortir direct de chirurgie ne peut être considéré de la même façon que le nombre de séances nécessaires chez un patient ayant déjà passé 3 voire 5 semaines en SSR.

Il est surprenant de constater que quel que soit le type de chirurgie le nombre de séances MK de ville ne varie que peu. Une explication est bien qu'un certain nombre de patients est passé à un moment donné par une structure SSR.

⁵ Haute Autorité de Santé. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule. HAS. Recommandations professionnelles. Janvier 2008

⁶ Marc T., Rifkin D. Réparation tendineuse de l'épaule.

Marc T. Gaudin T. Lacaze F. Teissier J. La rééducation des ruptures de la coiffe des rotateurs opérées. Connecticut center for orthopedic surgery. Postoperative rotator cuff repair rehabilitation protocol.

⁷ <http://www.mdguidelines.com/rotator-cuff-repair>, The Medical Disability Advisor, 6ème édition.

Les recommandations de la HAS incitent au développement des prises en charge kinésithérapeutiques ambulatoires après chirurgie de la coiffe. Si ces recommandations sont suivies, les prises en charge ambulatoires vont s'alourdir et le nombre de séances médicalement justifiées devrait automatiquement dépasser le seuil tel qu'il a été établi.

Bon nombre de patients font actuellement un séjour de 3 à 5 semaines en SSR après chirurgie de la coiffe, et avant leur prise en charge ambulatoire. Il est raisonnable de penser qu'ils suivent ou qu'ils devraient suivre dans ces structures 2 séances de MK par jour. Dans l'hypothèse d'une prise en charge ambulatoire exclusive, cette réalité rend le dépassement du seuil choisi (50) non exceptionnel. Il ne devrait donc pas entrer dans le cadre de l'accord médical préalable. »

▪ **Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT) - Société Française de l'Épaule et du Coude (SOFEC)**

La SOFOT a transmis à la HAS la réponse de la SOFEC (Société Française de l'Épaule et du Coude), société associée à la SOFOT : « La SOFEC donne un avis favorable. Cependant, il nous semble important de noter que cette disposition doit être applicable en l'absence de capsulite ou algodystrophie, complications qui peuvent être considérées comme rares mais pas exceptionnelles (respectivement 3,1 % et 2,7 % dans la série de la Société française d'arthroscopie [Flurin et al, Arthroscopy 2007] après réparation arthroscopique de la coiffe). »

▪ **Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)**

« Ont bien été prises en compte les différentes phases de la rééducation et les modalités dans le temps et nous adhérons au projet de 50 séances au-delà desquelles une demande d'accord préalable est nécessaire pour poursuivre les soins de kinésithérapie. »

5.2 Commentaires des instances professionnelles de masso-kinésithérapie

▪ **Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (AFREK)**

« Le projet de référentiel fait état, pour la prise en charge rééducative postopératoire, du consensus de pratique professionnelles articulé en 3 phases.

Pour les deux premières phases d'une durée de 3 mois, la proposition de 50 séances permet de mener à bien ces protocoles de rééducation postopératoire de 6 semaines avec attelle, puis de 6 nouvelles semaines pour le sevrage de l'attelle avec début de restauration des mobilités. On ne peut commencer de mobilisation active sans avoir obtenu la quasi totalité de l'amplitude passive dans la non-douleur. Cette phase est excessivement dépendante des capacités du patient à supporter la douleur et donc sa durée peut subir des variations au cas par cas.

Mais pour la troisième phase des protocoles de traitement partagés par le corpus des chirurgiens, il semble qu'elle soit délibérément écartée du référentiel puisqu'il y est dit « qu'elle sera mise en œuvre pour certains patients. Pourtant, ces protocoles prévoient que la rééducation doit être poursuivie jusqu'à récupération complète des amplitudes passives d'abord, puis actives avant d'aborder la phase de stabilisation. Ce délai varie de 3 à 4 mois dans le cas d'une petite rupture et peut aller jusqu'à 12 mois dans le cas d'une raideur ou d'une insuffisance musculaire de la coiffe des rotateurs. D'autre part, le sevrage de la rééducation est toujours progressif. De quotidienne, elle devient tri, puis bihebdomadaire. Les patients sont ensuite suivis une fois par semaine, puis tous les quinze jours, jusqu'à stabilisation. C'est toute l'importance du suivi de la phase 3, lequel garantit la pérennité des résultats du protocole de rééducation.

Ainsi, il apparaît que les patients seront mis en danger de récurrence, voire risqueront une réintervention chirurgicale, parce qu'on les aura prématurément remis dans le circuit de leurs activités professionnelles, domestiques, sportives ou de loisirs sans y avoir été entraînés par une réadaptation spécialisée de kinésithérapeute.

L'excellence des résultats fonctionnels des opérés de la coiffe, aujourd'hui, est vraisemblablement due à la spécificité du suivi postopératoire :

- immobilisation adaptée au cas par cas ;
- micromobilisations passives visant la meilleure congruence articulaire ;
- récupération la plus complète possible des amplitudes de la scapulo-humérale en abduction et en adduction horizontale ;
- travail des seuls muscles rotateurs latéraux ;
- et application de techniques spécifiques (ex : concept global de l'épaule).

Ces patients sont suivis par leur chirurgien jusqu'à ce que la récupération fonctionnelle en plateau (stabilité du score de Constant, c'est-à-dire à un niveau satisfaisant en fonction de l'âge et du sexe) et que les douleurs aient disparu.

Cette adaptation des modalités de la rééducation, en fonction des difficultés rencontrées par chaque patient, permet de lutter contre tous les déficits structurels qui accompagnent le vieillissement (limitation d'amplitude et diminution de la force des rotateurs latéraux). Cette stratégie permet d'obtenir des résultats identiques, indépendants de l'âge et du type de rupture.

Le groupe des experts demandent à ce que le nombre d'actes réalisés en série au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge soit porté à 65 au lieu de 50, de façon à ne pas compromettre le devenir de l'acte chirurgical et à ne pas oublier le coût du temps passé par le patient à une rééducation longue et douloureuse, souvent assortie d'un arrêt de travail. »

■ **Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)**

La FFMKR a demandé à la Société française de rééducation de l'épaule (SFRE) de répondre (cf. ci-dessous).

■ **Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes**

« Pour être conforme à la déontologie⁸, (ce référentiel) devrait s'appuyer sur des travaux portant sur la kinési-cinétique et la kinési-dynamique des actes de masso-kinésithérapie. »

■ **Société française de physiothérapie (SFP)**

« Le document proposé est une nouvelle proposition suite à la saisine du 27 avril 2009 et la réponse de la HAS du 2 juillet 2009 qui ne validait pas les 30 séances proposées. La HAS proposait une fourchette de 40 à 45 séances.

a. Sur la forme et le fond

La proposition s'appuie sur des recommandations HAS de mars 2008.

Page 2 de son courrier l'UNCAM présente l'objectif de la rééducation qui est de rendre indolore, mobile active et passive et stable l'épaule. Elle énonce 3 indicateurs qui permettraient de juger de la poursuite des séances sur des données cliniques :

- amélioration de ces 3 paramètres = poursuite des soins ;
- stagnation de ces 3 paramètres sur un laps de temps défini = arrêt des soins ;
- la notion de suivi de ces paramètres espacé dans le temps permettrait une cohérence dans la rééducation ;
- Le PSFS est aussi utilisé régulièrement au niveau international dans cette indication.

La phrase « Le résultat fonctionnel final n'est souvent obtenu qu'à 12-18 mois postopératoire, mais ne signifie pas pour autant que la rééducation doit être poursuivie sur une telle période » devrait être plus explicite. Quels sont les critères cliniques d'arrêt de la rééducation ? Ce type de phrase laisse ouvert une prise de décision arbitraire non fondée sur aucun élément de preuve scientifique.

⁸ L'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes fait référence à l'article R4321-81 du Code de déontologie qui stipule : « le masseur-kinésithérapeute élabore toujours son diagnostic avec le plus grand soin, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. »

Page 3, il est énoncé un arrêt à 6 mois sans argumentaire scientifique et dont le niveau de preuve n'est pas précisé.

Il est regrettable que ces référentiels ne s'adosent pas sur des indicateurs cliniques car nous exposons la prise en charge à des risques de dérives énoncés précédemment (forfait de soins, standardisation de la prise en charge, prise de décision clinique arbitraire et non adaptée à la situation clinique, etc.).

Voici les principaux points jugés très faibles :

- processus de sélection des articles inconnu ;
- libellés et niveaux des références inhomogènes (avec des références internet non précises, des articles EMC, des références incomplètes dans leur écriture, etc.);
- sont citées des recommandations du « Medical Disability Advisor » sans connaître les programmes proposés. La sélection spécifique de cette base n'est pas argumentée non plus. Il existe des programmes de réhabilitation recommandés différents suivant les pays. Il faut essayer d'être objectif dans la sélection de ces données ;
- De plus la lecture de cette base est incomplète et ne semble reposer que sur un jet d'œil rapide sur un tableau indicatif Il faudrait lire aussi le texte de ce guideline car la lecture du document UNCAM peut laisser entendre que la rééducation pourrait se limiter à ces 24 séances sur 12 semaines : «... At 12 weeks, the individual may begin strengthening exercises of all muscles of the shoulder, which may show signs of atrophy (Gartsman). At 12 weeks, most activities of daily living are allowed, but strenuous work or sports requiring heavy lifting or quick movements should not be performed. As strength improves and the tendon continues to heal, the individual will be able to slowly resume activities that are more strenuous. In the case of individuals who do not achieve normal range of motion after 12 weeks, aggressive stretching may be necessary. Individuals might require up to 1 year of continued strengthening and range of motion exercises to maximize the outcome (Millstein)... ». L'utilisation partielle de document "guideline" sans analyse approfondie et en produisant un contenu erroné/partial ne montre pas une grande précision dans l'analyse de l'UNCAM.
- pour le chapitre « Description des pratiques », les zones où sont pratiquées le moins de séances sont les zones où les effectifs de kinésithérapeutes sont les moins importants, un kinésithérapeute seul ne pouvant prendre en charge qu'un nombre de patients limités... De plus, il ne tient pas compte du lieu et du nombre d'interventions chirurgicales qui peuvent être effectuées dans ce cas et qui changent la distribution des patients sur tout le territoire. Pour que cet indicateur soit fiable, il faudrait que la démographie professionnelle soit homogène sur tout le territoire et que les opérations y soient également réparties. Cet indicateur n'est pas fiable et ne représente pas ce qu'il est censé mesurer. L'UNCAM devrait utiliser d'autres indicateurs de résultats cliniques pour extraire des données crédibles de prise de décision.

b. Sur la méthodologie UNCAM

Au total, la sélection des articles est très faible et ne représente pas le niveau des publications sur le sujet. L'argumentaire scientifique semble ne reposer que sur les recommandations HAS de 2008.

Au-delà du nombre de séances, c'est la notion de quantité de séances et de qualité de prise en charge qu'il est nécessaire d'étudier. Ces référentiels devraient s'adoser sur des critères de bilan solides sur lesquels la prise de décision de poursuivre ou d'arrêter les séances devrait être prise. Les référentiels plafonnés à un nombre de séances n'apportent aucune notion de décision clinique et laissent une gestion administrative contre-productive pour la qualité des soins. Cette réflexion sur des indicateurs spécifiques devrait s'étendre à l'ensemble des référentiels actuels, car les caisses primaires ne savent pas sur quels critères l'entente préalable est recevable ou pas.

Ces référentiels entraînent auprès des professionnels une notion de « forfait séances » qui peut entraîner des effets délétères entraînant une surmédicalisation des soins pour « aller au bout des 50 séances » chez des patients ne nécessitant pas ses soins. Eventuellement, une certaine dérive pourraient être observée où tous les patients suivraient la même prise en charge pour « encaisser

le forfait ». Les patients doivent faire l'objet d'une prise en charge spécifique et très adaptée. Un forfait ne semble pas la réponse optimum si aucun indicateur ou objectifs thérapeutiques ne sont évalués au cours de la prise en charge.

c. Contexte clinique

La prise en charge postopératoire de ces patients opérés de la coiffe des rotateurs devrait s'organiser autour de véritable réseau de soins où le chirurgien et les professionnels de santé devraient s'échanger des données cliniques pour suivre l'évolution du patient. Appliquer un forfait de séance est contre-productif en termes de qualité de la prise en charge. Il peut même retarder les résultats cliniques dans certains cas. L'UNCAM devrait comparer les résultats de patients pris en charge selon un forfait de 50 séances comparés à une prise en charge où chirurgien et kinésithérapeute s'échangent régulièrement des données cliniques. Une mesure de l'intérêt de cette approche serait plus objective et permettrait de faire évoluer le système de prise en charge sur des données objectives et non sur des forfaits standardisés sans indicateur. La mise en place de référentiel pour la kinésithérapie sans indicateur de suivi est contre-productive pour faire face à ce problème de Santé Publique. Il ne permettra pas aux professionnels de faire évoluer ses pratiques et de proposer des techniques fondées sur des preuves.

d. Conclusions sur le document de saisine

Au total, la méthodologie UNCAM est peu effective. L'UNCAM a réuni les représentants professionnels à partir du 16/09/2010 pour élaborer ce rapport. En 5 mois, l'analyse de littérature effectuée et « l'habillage » scientifique du référentiel est très peu crédible méthodologiquement. La rédaction finale de l'UNCAM se limite à la reprise des recommandations HAS de 2008 et la collecte de données de 2007 sur le nombre de séances pratiquées en kinésithérapie. Il est remarqué qu'il est laissé 15 jours aux sociétés savantes pour répondre à ce document et que cela ne permet pas de réagir pour effectuer une revue de littérature précise sur le sujet. Si seul l'avis sur le nombre de séances à rembourser en Kinésithérapie est demandé, il semble plus nécessaire d'effectuer cette demande directement sans habiller méthodologiquement le document de saisine de la HAS. »

La société française de physiothérapie a proposé une liste de références bibliographiques qui ont été analysées par la HAS. Ces publications ne permettent pas de définir un nombre de séances de rééducation.

■ Société française de rééducation de l'épaule (SFRE)

« Il s'agit de lésions dégénératives dont la cicatrisation est difficile à obtenir. Les délais de cicatrisation du tendon varient de 8 à 12 semaines avec des cicatrisations plus difficiles à obtenir chez les fumeurs. Le taux de rupture itérative varie de 10 à 90 % (Galatz). Dans le cas de rupture itérative, il n'est pas rare qu'une reprise chirurgicale soit nécessaire avec la mise en place d'une prothèse inversée (je n'ai pas trouvé de données dans le document sur ce chiffre qui me paraît essentiel). Tout doit donc être optimisé lors de la première intervention pour éviter cet engrenage dont je vous laisse chiffrer les coûts (plusieurs dizaines de milliers d'euros pour une reprise avec la plupart du temps un séjour en centre de rééducation dont le coût n'a plus rien à voir avec des séances de kinésithérapie libérale). Il semble que les taux de rupture itérative diminuent lorsque la souplesse de l'épaule augmente ; cette souplesse ne s'acquiert pas facilement en postopératoire.

Je réalise cette rééducation depuis plus de 20 ans et, sauf situation exceptionnelle j'ai eu rarement des résultats optimisés en moins de 60 séances.

Puisseurs éléments me choquent donc dans ce projet :

- dans l'objectif: « dans la grande majorité des cas, la rééducation aura atteint ses objectifs thérapeutiques avec un nombre de séances inférieur à celui proposé dans ce document. » : je pense qu'il serait plus juste de mettre « n'aura pas atteint ».
- dans projet proposé « pour poursuivre à titre exceptionnel » : Je pense qu'il vaudrait mieux mettre « dans la plupart des cas ».

En résumé, notre position est que le traitement fonctionnel (médical et rééducation) des ruptures de coiffe donne dans la plupart des cas un résultat satisfaisant.

Dans le cas où l'on choisit le traitement chirurgical, avec tous les risques que cela comporte, c'est pour avoir un résultat optimum et le plus pérenne possible. Un surcoût de 20 séances (300 €) me semble dérisoire. Il faudrait peut être mieux s'orienter vers la mise sous entente préalable du geste chirurgical pour éviter l'inflation des indications. Mais quand celle-ci est posée, ce n'est plus le moment d'essayer de réduire les coûts. Mettons nous deux secondes à la place du patient ! »

■ **Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR)**

« Au niveau « scientifique », il est proposé 50 séances. Il est dit dans le document que le référentiel intéresse les deux premières phases de rééducation (page 5 « projet proposé »), c'est-à-dire jusqu'à 4 mois postopératoire (...): 4 mois = 16 semaines x 3 séances/semaine = 48 séances. Mais, et il y a un énorme mais, la troisième phase de rééducation qui va de 4 à 6 mois postopératoires intéresse d'après le texte « les personnes dont l'activité professionnelle, sportive ou de loisirs exigent des capacités physiques maximales, en particulier une récupération complète des amplitudes, de la force et de l'endurance » et ce comme le précisent les recommandations de la HAS. Cela signifie-t-il que seules certaines personnes auraient le droit de récupérer des capacités physiques maximales et une récupération complète des amplitudes ? Si tel est le cas, c'est inacceptable et contraire aux articles de la loi du 4 mars 2002⁹ (...).

Il est recommandé de ne pas prolonger la rééducation postopératoire secondaire au-delà de la fin du 4^e mois postopératoire, sauf :

- dans les suites des fractures complexes ou des transferts musculaires ;
- en cas de complications ayant retardé le déroulement de la rééducation, en particulier syndrome douloureux régional complexe de type 1.

Il faut donc que l'UNCAM prouve que les patients nécessitant une troisième phase de rééducation et ceux développant des complications constituent moins de 5 % des patients puisque c'est ce que l'UNCAM considère comme « exceptionnel ». Evidemment, ça n'est pas le cas. Le SNMKR vous demande de rendre une juste décision, en vous basant entre autre sur cet argument et prenant garde d'éviter tout risque de discrimination dans l'accès aux soins.

a. Fondements scientifiques

- 1^{re} phase (6 semaines) : la phase postopératoire immédiate est antalgique et nécessite une séance par jour, ce qui est le protocole CRF normal. Il faut donc 30 séances. Il faut imposer aussi ce seuil d'efficience aux centres de rééducation fonctionnelle (CRF) et SSR !
- 2^e phase (3mois, soit 12,8 semaines) : la phase de récupération de la mobilité et de renforcement musculaire nécessite entre 3 et 4 séances par semaine, soit $3,5 \times 12,8 = 45$ séances. Techniquement, si le patient a fait 6 semaines en CRF ou SSR, 50 séances en cabinet libéral pourraient être suffisantes. Dans le cas contraire, sans passage en CRF ou SSR, cela serait insuffisant : une addition simple devrait permettre de valider à 75 séances ce référentiel sur les deux seules premières phases de rééducation.
- 3^e phase (2mois, soit 8,6 semaines) : phase finale de récupération articulaire et musculaire entre 2 et 3 séances par semaine, soit $2,5 \times 8,6 = 22$ séances. Pas concerné par les référentiels : pas de modalité de prise en charge. Cela va inévitablement poser des problèmes entre contrôle médical ou administratif, médecin prescripteur et masseur kinésithérapeute, sans compter évidemment le patient.

b. Fondements statistiques

Sur le graphique du nombre de patients en fonction du nombre de séances effectuées :

- nous ne savons pas où ces séances ont été réalisées : en cabinet libéral ? en CRF ? en SSR ?
- le calcul est effectué en ne retenant que les patients pour lesquels le nombre de séances est supérieur au 95^e percentile du nombre de séances : cela ne veut rien dire dans l'histogramme et

⁹ Articles cités : L1110-1, L1110-3 et L1110-5 du Code de la santé publique.

prête à confusion pour la compréhension de l'échelle du nombre de séances (variable ou pourcentage ?) On ne sait pas à combien de séances correspond ce 95^e Percentile : Ce chiffre est pourtant le seul seuil d'efficience potentiellement acceptable (intervalle de confiance).

- ce tableau montre que la distribution des patients suit une loi normale de moyenne inconnue et de variance inconnue, non communiqués par l'UNCAM (toujours dans l'opacité la plus totale). Il manque aussi le nombre total de patients.
- ce tableau est d'une opacité ne permettant pas de conclure à quoi que ce soit.

Sur la carte du nombre moyen de séances par patient et de densité des masseurs-kinésithérapeutes :

- on ne peut pas tirer d'explication statistique et encore moins d'effet de causalité sur une observation de 4 départements (pas assez de puissance, ou trop de risque de 2^e espèce) ;
- cette carte ne met pas en évidence de différence significative entre les moyennes de séances par patient dans les départements et encore moins de corrélation de celles-ci avec les densités de masseurs-kinésithérapeutes ;
- on ne sait toujours pas à quoi correspond le 95^e percentile.

Conclusion : le sérieux de cette étude est très discutable et ne s'appuie sur rien de concret statistiquement, et donc rien d'opposable scientifiquement. Une analyse approfondie est à imposer avant signature pour plus de prudence. Il conviendra que la HAS ne valide pas ce référentiel en l'état.

6 Commentaires de la HAS

Les données de pratique (datant de 2007) fournies par la CNAMTS indiquent que la moyenne du nombre de séances de rééducation est de 48 (de 45 à 49 en moyenne selon le type d'acte réalisé) dans les 6 mois suivant la sortie suite à l'hospitalisation. Il n'est pas précisé si ce nombre de séances est observé chez des patients exclusivement pris en charge en ville, à l'exclusion de toute prise en charge transitoire en centre de rééducation fonctionnelle ou en SSR. Il n'y a aucune information sur les caractéristiques cliniques des patients ayant un nombre de séances plus élevé que la moyenne.

Ces données de pratique ne précisent pas quelle est la moyenne du nombre de séances au cours des 4 premiers mois postopératoires (phases 1 et 2), période concernée par le projet de référentiel : ce nombre moyen est probablement inférieur à 48. Le nombre seuil de séances fixé à 50 se situe donc probablement au-dessus de la moyenne au cours des 4 premiers mois postopératoires.

Ce nombre seuil de séances est en accord avec l'avis de la HAS rendu à l'UNCAM en juillet 2009.

Il n'y a pas unanimité des avis des parties prenantes (deux sociétés savantes médicales valident cependant le nombre seuil proposé), sans qu'elles aient fourni à la HAS d'argumentation scientifique permettant d'invalider le seuil proposé de 50 séances. Les propositions des instances professionnelles de la masso-kinésithérapie vont de 60 séances (SFRE) à 65 (AFREK) et 75 (SNMKR), sans justification scientifique fournie. La littérature publiée disponible ne permet pas d'éclairer la question.

En l'état, il n'y a pas de donnée scientifique publiée s'opposant à la fixation à 50 séances du seuil au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire à la poursuite de la rééducation dans les suites d'une réparation chirurgicale (réinsertion et/ou suture) d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule par arthroscopie ou abord direct, au cours des phases 1 et 2 postopératoires (4 premiers mois postopératoires).

À l'issue de cette analyse et au regard des réponses fournies, le Collège a considéré qu'aucun argument scientifique n'était de nature à s'opposer à la validation du seuil proposé pour déclencher la procédure d'entente préalable.