



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## ARGUMENTAIRE

# Référentiel concernant la rééducation après méniscectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie

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](http://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

<b>Argumentaire .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Contexte .....</b>	<b>4</b>
1.1 Base législative.....	4
1.2 Saisine de la HAS.....	4
<b>2 Déroulement du travail .....</b>	<b>4</b>
2.1 Méthode de travail de la HAS.....	4
2.2 Phase de concertation avec les parties prenantes .....	5
<b>3 Argumentaire de la CNAMTS .....</b>	<b>5</b>
3.1 Description des pratiques.....	5
3.2 Fondements du projet .....	6
3.3 Projet proposé .....	6
<b>4 Données identifiées dans la littérature.....</b>	<b>7</b>
<b>5 Synthèse des commentaires des parties prenantes .....</b>	<b>8</b>
5.1 Commentaires des instances professionnelles médicales .....	8
5.2 Commentaires des instances professionnelles de masso-kinésithérapie.....	9
<b>6 Commentaires de la HAS .....</b>	<b>11</b>

# 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 charge<sup>1</sup>. 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 ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie ». Ce référentiel s'applique au sujet adulte, que les lésions méniscales soient dégénératives ou traumatiques, et touchent un ménisque latéral et/ou médial. Sont exclues les réparations méniscales, les ménisectomies bilatérales et les ménisectomies sur un seul genou associées à un autre acte chirurgical, notamment sur le ligament croisé antérieur.

L'objectif de la saisine est de valider le nombre de séances de rééducation après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie chez l'adulte, 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 15.

## 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 ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie chez l'adulte, à l'exclusion des ménisectomies associées à un autre acte chirurgical, notamment sur le ligament croisé antérieur.

---

<sup>1</sup> 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 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 ;
- Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs.

## 3 Argumentaire de la CNAMTS

### 3.1 Description des pratiques

« En 2007, la CNAMTS recense, pour des patients du régime général, 116 346 séjours suite à une ménisectomie arthroscopique chez des patients de plus de 18 ans et de moins de 79 ans sans autres actes chirurgicaux associés (Données 2007 Régime Général, ERASME V1). La majorité de ces actes (78 %) portent sur un seul ménisque.

Pour cette intervention chirurgicale, les recommandations de la HAS précisent que la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville<sup>2</sup>. Conformément à ces recommandations, on observe un retour à domicile pour 99,6 % des patients.

La pratique observée montre que 70 % des patients ayant eu une ménisectomie arthroscopique sur un seul ménisque effectuent des soins de masso-kinésithérapie, et 75% lorsqu'elle a porté sur deux ménisques. En moyenne, 14 ou 16 séances de masso-kinésithérapie ont été réalisées selon que l'intervention porte sur 1 ou 2 ménisques du même genou.

Il existe néanmoins de fortes variations interdépartementales de cette moyenne (par exemple de 10 séances dans l'Eure, à 20 séances dans les Bouches-du-Rhône). L'étude de la dispersion des prescriptions montre qu'il existe un pic à 10 séances. »

---

<sup>2</sup> Recommandations de la Haute Autorité de santé, établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. HAS. Mars 2006.

## 3.2 Fondements du projet

« La ménisectomie arthroscopique est un geste chirurgical réputé peu traumatisant. Il peut être réalisé en chirurgie ambulatoire et, en cas d'hospitalisation, la durée habituelle de séjour est d'une journée. [...] Selon les auteurs, la marche est possible avec appui d'emblée ou après quelques jours seulement. Les douleurs et hydarthrose transitoires assez fréquentes (30 % des cas) favorisées par une reprise trop précoce de l'activité, mais s'estompent rapidement. La ménisectomie latérale pourrait être suivie plus souvent d'épanchements. Le sport peut être repris entre 4 et 6 semaines selon sa nature. Dans le cadre de lésions dégénératives, la reprise des activités sportives dépend surtout de l'importance des lésions cartilagineuses coexistantes.

Selon certains auteurs, la rééducation chez le masseur-kinésithérapeute n'est pas toujours nécessaire<sup>3</sup>, d'autres considèrent qu'elle est utile.

*« Après une ménisectomie interne, le patient peut marcher le lendemain de l'intervention et récupérer complètement ses amplitudes articulaires (flexion complète). Souvent (une dizaine) de séances de rééducation sont conseillées : électrostimulations, étirements et rééducation proprioceptive peuvent accélérer la récupération. La ménisectomie externe peut être suivie par des épanchements les premières semaines »<sup>4</sup>.*

*« La rééducation est proposée d'emblée, quelques séances de rééducation paraissent bénéfiques. La rééducation doit être douce, et éviter de créer des douleurs. Pour cela, il faut remettre au kinésithérapeute un protocole précis. Le but est de retrouver la mobilité du genou sans douleur, le travail de renforcement musculaire se fait avec beaucoup de précautions, en associant systématiquement des étirements des chaînes musculaires antérieures et postérieures »<sup>5</sup>.*

The *Medical Disability Advisor*, guide américain, recommande également de la rééducation : 12 séances sur une période de 6 semaines<sup>6</sup>. [...]

Il n'y a pas de protocole standardisé recommandé, mais il semble exister un consensus<sup>7</sup> pour considérer que la durée de rééducation ne dépasse pas habituellement un mois avec :

- de J1 à J7, elle consiste en cryothérapie, travail isométrique du quadriceps, mobilisation immédiate et marche avec 2CA ;
- après J7, elle vise en une récupération du quadriceps.

Les suites d'une ménisectomie latérale sont souvent plus longues selon certains<sup>8</sup> qu'après ménisectomie médiale (75 % des ménisectomies). »

## 3.3 Projet proposé

« Une rééducation chez le masseur-kinésithérapeute peut être utile dans les suites d'une ménisectomie arthroscopique. Elle pourrait favoriser une reprise plus rapide des activités dans de bonnes conditions.

Elle correspond à la pratique majoritairement observée, plus de 70 % des patients bénéficiant de soins de masso-kinésithérapie postménisectomie, réalisés quasi exclusivement en ambulatoire. Cette rééducation doit être débutée immédiatement après la chirurgie et se déroule sur une période n'excédant pas habituellement un mois.

---

<sup>3</sup> R. Verdonk, F. Almqvist. Lésions traumatiques des ménisques du genou - EMC 14-084-A-10.

<sup>4</sup> <http://www.orthopedie.com> Site d'information sur la chirurgie orthopédique réalisé par des chirurgiens du CHU de Lyon.

<sup>5</sup> JC Panisset, P Neyret. Ménisectomie sous arthroscopie. EMC 44-765.

<sup>6</sup> <http://www.mdguidelines.com/menisectomy-and-meniscus-repair> The Medical disability advisor, 6<sup>e</sup> édition.

<sup>7</sup> <http://www.corpo-kine-nancy.fr> Site de Corpo Kiné Nancy Etudiante (rubrique « Etudes ») et RG. Danowski, JC. Chanussot. Traumatologie du sport. MASSON; 7<sup>e</sup> édition : p 166.

<sup>8</sup> <http://www.mdguidelines.com/menisectomy-and-meniscus-repair> The Medical disability advisor, 6<sup>e</sup> édition.



En l'absence de recommandations et/ou de protocoles standardisés consensuels rapportés dans la littérature sur la prise en charge rééducative en ville, et au regard de la pratique observée, il est proposé qu'au-delà de 15 séances, un accord préalable du service du contrôle médical soit nécessaire, pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge d'une rééducation des suites d'une ménisectomie (médiale et/ou latérale) isolée par voie arthroscopique, sans pathologie associée du ligament croisé antérieur. »

## 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 permettant de définir un nombre de séances de rééducation suite à une ménisectomie isolée, totale ou subtotalée.

Les recommandations de 2006<sup>9</sup> de la HAS, citées par la CNAMTS, n'apportent pas d'information sur la kinésithérapie à réaliser (nombre de séances, modalités). Les recommandations de la HAS de 2008 sur « les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou » ne concernant pas le thème du référentiel proposé, i.e. la ménisectomie isolée. Il n'est pas possible d'extrapoler entre les situations cliniques. De même les recommandations de la HAS de 2008 sur la « prise en charge thérapeutique des lésions méniscales et des lésions isolées du ligament croisé antérieur du genou chez l'adulte » n'abordent pas la question de la masso-kinésithérapie postopératoire.

Quelques protocoles récents ont été identifiés par la recherche documentaire ; ils apportent des informations sur la durée de la prise en charge (sans argumentaire les sous-tendant), mais aucune information sur le nombre optimal de séances à réaliser :

- HDE Atkinson et al. Physiotherapy and rehabilitation following arthroscopic meniscectomy (<http://www.orthopaedicsandtraumajournal.co.uk/article/S1877-1327%2810%2900031-X/abstract>) : protocole sur 5 semaines, comprenant des informations sur les modalités de traitement, mais rien sur le nombre de séances ;
- University of Florida. Rehabilitation protocol after arthroscopic partial medial or lateral meniscectomy : protocole jusqu'à 7 semaines en trois périodes (1<sup>er</sup>-10<sup>e</sup> jour, 10<sup>e</sup>-4<sup>e</sup> semaine et 5<sup>e</sup>-7<sup>e</sup> semaines), comprenant des informations sur les modalités de traitement, mais rien sur le nombre de séances ;
- Ohio State University Sports Medicine. General Knee Debridement, Partial Meniscectomy, Plica Resection, Rehabilitation Guidelines : protocole jusqu'à 8 semaines en trois périodes (1<sup>er</sup> semaine, 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> semaines et 4<sup>e</sup>-8<sup>e</sup> semaines), comprenant des informations sur les modalités de traitement, mais rien sur le nombre de séances.

Référencées par la CNAMTS, deux publications disponibles citent un nombre de séances (sans argumentaire les sous-tendant):

- Medical disability advisor (<http://www.mdguidelines.com/meniscectomy-and-meniscus-repair>), cite par la CNAMTS : 12 séances en 6 semaines
- F. Picard, J. Gaudin et al. Intérêt de la masso-kinésithérapie après ménisectomie sous arthroscopie. Ann. Kinésithér 1998;25 (5):197-200 : les auteurs constatent en 1998 que les chirurgiens prescrivent systématiquement 10 à 20 séances de masso-kinésithérapie.

Il n'existe pas de méta-analyse de la Cochrane Collaboration sur le sujet. Un résumé d'une revue de synthèse publiée en 2001<sup>10</sup> est référencé : ce résumé comme la revue n'apportent pas d'information sur la question posée.

---

<sup>9</sup> Recommandations de la Haute Autorité de santé, établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. HAS. Mars 2006.

<sup>10</sup> Goodyear-Smith F, Arroll B. Rehabilitation after arthroscopic meniscectomy: a critical review of the clinical trials. International Orthopaedics.2001;24(6):350-353.

## 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)

L'étude de l'histogramme du nombre de séances de kinésithérapie montre une population manifestement polymodale, et cette hétérogénéité persiste même si on subdivise la population en fonction de l'âge. Elle est donc inexpliquée et des travaux complémentaires sont nécessaires pour pouvoir définir un ou des seuils pertinents.

Ce seuil de 15 séances est proche et a probablement été choisi en fonction de la moyenne observée au cours des pratiques. Cette méthode et plus particulièrement l'usage de la moyenne, ne paraissent pas adaptés au choix d'un seuil de déclenchement d'une demande d'accord exceptionnel. »

#### ▪ Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT)

« Dans la chapitre « Projet proposé », nous souhaitons qu'après la première phrase « Une rééducation. [...] une reprise bonnes conditions » soit ajoutée la phrase qui est citée plus haut dans le texte « Les suites d'une ménisectomie latérale sont souvent plus longues qu'après une ménisectomie médiale (75 % des ménisectomies) ».

Dans le dernier paragraphe, il faut d'emblée définir le cadre de la pathologie et non pas le mettre à la fin du texte cela peut prêter à confusion. Au lieu de commencer par « En l'absence de recommandations... », il est nécessaire de débiter par « Pour la prise en charge rééducative dans les suites d'une ménisectomie isolée (médiale et ou latérale) par voie arthroscopique sans pathologie associée cartilagineuse ou du ligament croisé antérieur, et en l'absence de SSR... soit nécessaire ».

Enfin, nous sommes surpris et ne comprenons pas le choix des références bibliographiques 3<sup>11</sup> et 5<sup>12</sup> qui sont deux sites internet qui en termes d'evidence-based medicine sont plus que discutables et pas en accord avec le standards de sélection retenus habituellement dans les travaux de HAS. Ces deux références ne sont pas scientifiques et sont préjudiciables.

La notion de 15 séances est adéquate et raisonnable. »

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

« Nous adhérons au projet proposé de 15 séances au-delà desquelles une demande d'accord préalable est nécessaire pour poursuivre les soins de kinésithérapie. Il nous paraît essentiel de signaler que les lésions méniscales ne surviennent pas que dans un contexte traumatique sur genou sain, mais surviennent également dans un contexte de genou dégénératif et les suites opératoires peuvent être légèrement différentes. Par ailleurs la ménisectomie isolée a par elle-même un fort potentiel arthrogène et il conviendra de surveiller l'évolution des patients. »

---

<sup>11</sup> <http://www.orthopedie.com> Site d'information sur la chirurgie orthopédique réalisé par des chirurgiens du CHU de Lyon.

<sup>12</sup> <http://www.mdguidelines.com/menisectomy-and-meniscus-repair> The Medical disability advisor, 6<sup>ème</sup> édition .



## 5.2 Commentaires des instances professionnelles de masso-kinésithérapie

### ■ Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (AFREK)

« La ménisectomie est proposée dans 90 % des cas à des personnes âgées dans le but de repousser le plus longtemps possible la mise en place d'une prothèse totale de genou (PTG). La ménisectomie, comme la prothèse unicompartimentale de genou (PUG), est pratiquée souvent sur des genoux dégénératifs dont les tissus sont moins élastiques et plus fragiles. C'est souvent une chirurgie de sauvetage et de dernière chance avant la PTG. Le garant du résultat, pour justement éviter la PTG, est en partie la rééducation, qui est difficile et peut l'être plus que pour la PTG. En effet, la rééducation de la PTG peut être difficile au début (chirurgie très invasive), mais simple au final car tout le cartilage dégénératif responsable des phénomènes douloureux est remplacé. La ménisectomie, comme la PUG, est simple au début (chirurgie moins invasive), mais plus complexe à l'arrivée car il reste tout ou partie du cartilage dégénératif, qui ne demande qu'à devenir symptomatique secondairement aux perturbations fonctionnelles postopératoires (boiterie, enraidissement musculaire et articulaire, épanchement).

On peut considérer que les lésions méniscales isolées traumatiques sont rares ; ces lésions méniscales sont souvent associées à des lésions ligamentaires récentes avec discrète instabilité ou encore à des gonarthroses débutantes sur vice architectural. Le ménisque est le premier élément à se détériorer dans l'interligne fémoro-tibial, ce qui amènera souvent à consulter le chirurgien qui évidemment proposera le nettoyage arthroscopique dans un premier temps.

La ménisectomie même a minima modifiera la biomécanique du genou. La rééducation pourra se poursuivre pendant trois mois combinant mobilisation tissulaire, « resurfaçage » articulaire, renforcement musculaire et proprioception. Si on raisonne alors en nombre de séances, à raison de 3 séances par semaine pendant 3 semaines, puis 2 séances par semaine pendant 3 semaines, puis 1 séance pendant 6 semaines, on arrive déjà à 21 séances, si toutefois une viscosupplémentation n'a pas été proposée, auquel cas la combinaison avec la rééducation prolongera d'autant plus la prise en charge. »

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

La FFMKR a demandé à l'AFREK de répondre (cf. ci-dessus).

### ■ Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

« Pour être conforme à la déontologie<sup>13</sup>, (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)

#### 1. Sur la forme et le fond

La proposition s'appuie sur des recommandations HAS de 2006.

Les critères cliniques d'arrêt de la rééducation ne sont pas précisés, mais uniquement une échelle de temps (1 mois selon un consensus non explicite ou formalisé). L'absence d'argumentaire scientifique et de niveau de preuve est préjudiciable à une prise de décision clinique objective. Des indicateurs de résultats d'objectifs thérapeutiques devraient accompagner ces référentiels afin de permettre une prise de décision argumentée objective.

Le document proposé est peu consistant sur la présentation des arguments scientifiques exposés. Même si le sujet ne présente pas une littérature abondante. Voici les principaux points jugés faibles :

- processus de sélection des articles inconnu ;

---

<sup>13</sup> 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. »

- libellés et niveaux des références inhomogènes (avec des références internet non précises, des références anciennes, références uniquement francophones, 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 ;
- pour le chapitre « Description des pratiques », les zones géographiques 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 limité. 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 ;
- pour le chapitre « Description des pratiques », il est précisé que le nombre moyen de séance est mesuré sur 6 mois (page 5) alors que la limite temporelle citée est de 1 mois (page 3). Cela dévalorise les niveaux d'argumentaire et la qualité du niveau de prise de décision et d'élaboration de ce document.

## 2. Sur la méthodologie UNCAM

Au total, la sélection des articles est faible. L'argumentaire scientifique semble ne reposer que sur les recommandations HAS de 2006.

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'adosser 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. Ainsi l'EVA, la mobilité active et passive du genou ou très simplement le PSFS (ce score est utilisé de manière systématique par les kinésithérapeutes américains pour justifier ou pas la poursuite des séances) devraient être des éléments majeurs pour la prise de décision du nombre de séances. 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 15 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.

## 3. Contexte clinique

La prise en charge postopératoire de ces patients opérés du/des ménisque(s) de genou 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 15 séances comparé 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. De même, il semble apparaître que la prise en charge précoce permet de récupérer des amplitudes articulaires plus rapidement et le timing de la kinésithérapie devrait faire l'objet d'études pour obtenir une plus grande efficacité. 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.

#### 4. 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 2006 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 le nombre optimal de séances de rééducation.

#### ▪ **Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR)**

« Aucune différence significative entre le nombre moyen de séances par département et la moyenne estimée puisque les variances ne sont pas communiquées. Aucune corrélation de celui-ci avec la densité des masseurs-kinésithérapeutes n'est mise en évidence. Le pic (mode) à 10 séances, au vu de l'étalement de la distribution, laisse présager que l'intervalle de confiance est très large. L'absence de communication de la variance, des effectifs pose de nouveau des problèmes de vérification des hypothèses, puisque seules les proportions sont mentionnées. Conclusion : aucune étude épidémiologique sérieuse ne nous est proposée. Il conviendra que la HAS ne valide pas ce référentiel en l'état. »

## 6 Commentaires de la HAS

Concernant les données de pratique (datant de 2007) fournies par la CNAMTS, le pic observé à 10 séances est trouvé à la fois chez les patients de moins de 40 ans et ceux entre 40 et 59 ans. Il existe cependant deux autres pics à 1-2 séances et à 15-17 séances, dans ces deux classes d'âge.

Il n'y a ni information sur le ménisque, latéral ou médial, opéré, ni information sur l'origine traumatique ou dégénérative des lésions justifiant la ménisectomie, qui pourraient expliquer des disparités de pratique. Les données de pratique concernant le nombre de séances de rééducation pour les patients au-delà de 59 ans (60-79 ans ?) ne sont pas connues, alors que dans cette tranche d'âge les lésions sont probablement essentiellement dégénératives et pourraient relever d'un nombre de séances de rééducation différent.

Dans le chapitre « Description des pratiques », il est signalé qu'en moyenne 14 ou 16 séances de masso-kinésithérapie ont été réalisées selon que l'intervention porte sur 1 ou 2 ménisques du même genou. Le nombre de séances de rééducation proposé correspond donc à cette « moyenne ».

Il n'y a pas unanimité des avis des parties prenantes (deux sociétés savantes médicales valident cependant le seuil proposé ; l'AFREK propose au moins 21 séances), sans qu'elles aient fourni à la HAS d'argumentation scientifique permettant d'invalider ce seuil proposé.

Il convient de souligner que la rédaction n'est pas homogène dans l'ensemble du document, tantôt « sans un autre acte chirurgical, notamment sur le ligament croisé antérieur », tantôt (dans la partie « projet proposé ») « sans pathologie associée du ligament croisé antérieur ».

En l'état, il n'y a pas de donnée scientifique publiée s'opposant à la fixation à 15 séances du seuil au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire à la poursuite de la rééducation en cas de ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie (sont exclues les réparations méniscales, les ménisectomies des deux genoux ou d'un seul genou associées à un autre acte chirurgical, notamment sur le ligament croisé antérieur).

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.