



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

**Orientation en rééducation  
après chirurgie des ruptures de coiffe  
et arthroplasties d'épaule**

**SÉRIE DE CRITÈRES DE QUALITÉ POUR L'ÉVALUATION ET  
L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

**Novembre 2008**

Les recommandations pour la pratique clinique et l'argumentaire scientifique en lien avec cette série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de Santé  
Service communication  
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>Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Élaboration des critères de qualité .....</b>	<b>5</b>
1.1 Définition	5
1.2 Contexte d'élaboration	5
1.3 Professionnels concernés	5
<b>2 Guide d'utilisation et justification des critères de qualité .....</b>	<b>5</b>
2.1 Préparer le parcours du patient dès la phase préopératoire	6
2.2 Orienter le patient en ambulatoire ou en soins de suite et de réadaptation	7
2.3 Transmettre au kinésithérapeute les informations nécessaires à la mise en œuvre de la rééducation	11
2.4 Suivre l'évolution fonctionnelle du patient	13
<b>Annexe 1. Grille de recueil pour 5 dossiers .....</b>	<b>15</b>
<b>Références .....</b>	<b>16</b>
<b>Participants .....</b>	<b>17</b>
<b>Fiche descriptive .....</b>	<b>18</b>

## Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques

### Orientation en rééducation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule

Document destiné aux médecins et chirurgiens prescripteurs, libéraux ou salariés

#### But de la démarche :

Permettre à tous les patients après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule d'accéder à une prise en charge de rééducation, adaptée et coordonnée

Ne retenez parmi les objectifs et les critères de qualité proposés ci-dessous «  » que ceux qui correspondent le mieux à vos priorités et aux spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle vous souhaitez vous engager. Adaptez éventuellement le format final<sup>1</sup>.

Cochez le critère «  », si ce dernier est atteint selon les consignes précisées dans le guide d'utilisation (chapitre 2). Pour plus de précisions sur chacun des critères proposés, merci de consulter les justifications décrites ci-après, extraites des recommandations pour la pratique clinique ou de l'argumentaire scientifique sur le thème *Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation (1) après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule*.

#### Objectif 1. Préparer le parcours du patient dès la phase préopératoire

- Prescription de kinésithérapie préopératoire
- Évaluation préopératoire des pathologies associées et de l'isolement social afin d'envisager l'orientation postopératoire

#### Objectif 2. Orienter le patient en ambulatoire ou en soins de suite et de réadaptation

- Critères de sortie respectés avant orientation au domicile
- Orientation en rééducation ambulatoire si rupture de coiffe des rotateurs
- Orientation en SSR (hospitalisation proposée) si arthroplastie ou situation complexe lors de rupture de coiffe des rotateurs
- Si programme d'autorééducation après chirurgie des ruptures de coiffe, respect des conditions spécifiques de mise en œuvre

#### Objectif 3. Transmettre au kinésithérapeute les informations nécessaires à la mise en œuvre de la rééducation

- Prescription écrite de rééducation
- Transmission de consignes postopératoires détaillées

#### Objectif 4. Suivre l'évolution fonctionnelle du patient

- Évaluation de la douleur et des amplitudes
- Recherche des complications
- Prise en compte précoce des conséquences professionnelles
- Décision d'arrêt de rééducation

<sup>1</sup> Une grille de recueil synthétique pour 5 dossiers est proposée en annexe 1, d'autres formats peuvent être proposés.

# 1 Élaboration des critères de qualité

## 1.1 Définition

Les critères de qualité constituent des éléments simples et opérationnels de bonne pratique. Ils sont élaborés et sélectionnés à partir des recommandations disponibles sur un thème donné et portent sur des points clés de la pratique – aide à la décision, *Evidence-Based Medicine* (EBM), potentiel d'amélioration, etc. Ils sont mesurables et sont caractérisés par une acceptabilité et une faisabilité forte pour leur mise en œuvre.

Leur intégration au sein de démarches d'amélioration de la qualité (évaluation des pratiques professionnelles, certification des établissements, etc.) permet d'évaluer la qualité de la prise en charge d'un patient, d'améliorer les pratiques et de suivre leurs évolutions. Leur utilisation peut se faire à visée prospective ou rétrospective, en fonction du type de démarche d'amélioration de la qualité choisi.

## 1.2 Contexte d'élaboration

Afin de favoriser l'implémentation des recommandations pour la pratique clinique sur le thème *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* (1), la Haute Autorité de Santé (HAS) propose une série de critères de qualité, composée de 4 objectifs d'amélioration de la qualité extraits de ces recommandations. Cette série de critères, déterminée par un groupe d'experts selon la méthode publiée par la HAS (2), n'est pas exhaustive au regard de l'ensemble des recommandations mais correspond aux objectifs d'amélioration qui ont paru les plus susceptibles d'améliorer les pratiques en 2008.

Cette série de 12 critères de qualité concerne l'orientation et le suivi de la rééducation, après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplasties d'épaule. Le but principal de la démarche est de permettre à tous les patients après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule d'accéder à une prise en charge de rééducation, adaptée et coordonnée, en évitant les hospitalisations inappropriées en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Avant la première réunion du groupe de travail, une recherche documentaire spécifique a été menée sur les critères d'évaluation des pratiques professionnelles et indicateurs de santé dans le cadre de la rééducation après chirurgie orthopédique de l'épaule. Aucun article relatif à ce thème n'a été identifié.

## 1.3 Professionnels concernés

Tout médecin prescrivant des séances de rééducation après chirurgie orthopédique de l'épaule, en particulier médecins généralistes, médecins de médecine physique et réadaptation, chirurgiens orthopédistes ou médecins rhumatologues, en exercice libéral ou salarié.

# 2 Guide d'utilisation et justification des critères de qualité

La justification des critères de qualité et les modalités de leur utilisation pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques sont détaillées ci-dessous. Ils ont été regroupés objectif par objectif.

Les professionnels peuvent ne retenir, parmi les objectifs et les critères de qualité proposés, que ceux qui correspondent le mieux à leurs priorités et aux spécificités des démarches d'amélioration de la qualité dans lesquelles ils souhaitent s'engager. Les critères de qualité choisis doivent illustrer une part significative de l'activité du professionnel ou de l'équipe et il doit exister un potentiel d'amélioration de qualité ou de sécurité du fait par exemple de l'observation de dysfonctionnements récents, du fait de l'existence d'une hétérogénéité de pratiques (si tant est que celle-ci soit préjudiciable au patient ou au système de santé) ou d'une pratique nouvellement recommandée.

Leur présentation peut être retravaillée en fonction des besoins et de l'utilisation prévue (par exemple sous la forme d'une grille d'analyse des pratiques ou d'une fiche mémo ou encore par inclusion de certains des items dans une base d'analyse de la pratique).

Pour plus de précisions concernant la justification du choix du critère, il est proposé de se reporter aux recommandations ou à l'argumentaire scientifique des recommandations citées (1).

## 2.1 Préparer le parcours du patient dès la phase préopératoire

### Objectif 1. Préparer le parcours du patient dès la phase préopératoire

**Critère n°1.** Prescription de kinésithérapie préopératoire

**Recommandation source :** (1)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :**

« La rééducation préopératoire est recommandée avant chirurgie des ruptures de coiffe, s'il existe une raideur articulaire de l'épaule. La rééducation préopératoire peut être proposée avant chirurgie programmée, en vue :

- d'un apprentissage des exercices postopératoires ;
- d'une présentation du déroulement général de la rééducation postopératoire, y compris les adaptations à prévoir (attelle éventuelle, vêtements utiles, etc.). »

**Précision d'utilisation du critère :**

Situation exclue : médecin n'ayant eu aucun contact avec le patient en préopératoire.

Le critère est atteint «  » si une prescription de kinésithérapie préopératoire a été rédigée une fois l'indication opératoire posée, en particulier en cas de raideur articulaire préopératoire.

Noter « **non adapté** » si le dossier précise que les amplitudes préopératoires sont normales.

Noter « **non** » si les amplitudes articulaires de l'épaule sont restreintes par rapport à la normale et que le dossier n'a pas trace de prescription.

### Objectif 1. Préparer le parcours du patient dès la phase préopératoire

**Critère n°2.** Évaluation préopératoire des pathologies associées et de l'isolement social afin d'envisager l'orientation postopératoire

**Recommandation source :** (1)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :**

« Recueillir les informations sur les pathologies associées, l'isolement social, les capacités fonctionnelles pré et postopératoires du patient, son projet, en particulier professionnel, et son environnement social est recommandé afin d'adapter :

- l'organisation sociale éventuelle à mettre en place en vue du retour au domicile ;
- l'orientation du patient vers une rééducation ambulatoire ou en hospitalisation [...] »

Ce recueil d'information est effectué le plus en amont possible, par l'équipe hospitalière, puis est actualisé par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre de son bilan-diagnostic.

**Précision d'utilisation du critère :**

Situation exclue : médecin n'ayant eu aucun contact avec le patient en préopératoire.

Le critère est atteint «  » si les comptes rendus de consultation préopératoire mentionnent les antécédents médicaux, l'environnement social et les difficultés éventuelles du patient à assurer ses actes de la vie quotidienne ainsi que l'orientation postopératoire envisagée en concertation avec le patient.

Noter « **non adapté** » s'il s'agit d'une intervention non programmée. Dans ce cas, ces éléments devraient être recueillis dans les 3 premiers jours postopératoires par l'équipe hospitalière.

Noter « **non** » si l'un de ces trois éléments à mentionner ou l'orientation postopératoire envisagée sont manquants.

## 2.2 Orienter le patient en ambulatoire ou en soins de suite et de réadaptation

### Objectif 2. Orienter le patient en ambulatoire ou en soins de suite et de réadaptation

**Critère n°3.** Critères de sortie respectés avant orientation au domicile

**Recommandation source :** (1)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :**

« Pour sortir de l'hôpital (service de chirurgie ou SSR) et rentrer au domicile, le patient doit réunir les critères suivants :

- absence de fièvre ;
- douleur maîtrisée sous antalgiques de niveau 1 ou 2 ;
- compréhension et prise en compte des situations à risque avant cicatrisation ;
- indépendance fonctionnelle suffisante pour les actes de la vie quotidienne et domestique, sans risque pour les tissus en voie de consolidation, ou aide apportée par l'entourage ou un organisme d'aide au maintien à domicile. »

**Précision d'utilisation du critère :**

Situation exclue : médecin exerçant uniquement en ambulatoire (noter « **non adapté** »).

Le critère est atteint «  » si le dossier confirme :

- l'absence de fièvre ;
- une évolution maîtrisée de la douleur (par ex. évolution décroissante de la douleur, EVA < 5) sous traitement antalgique de classe 1 ou 2, ou éventuellement de classe 3 dans certains cas particuliers (ex. chirurgie ambulatoire, patient sous traitement antérieur de classe 3, etc.) ;
- qu'à la sortie le patient est en mesure d'effectuer seul les actes de base de la vie quotidienne et domestique (toilette, habillage, courses, préparation et prise des repas, etc.) ou qu'une aide lui est apportée par la famille ou un organisme d'aide au maintien à domicile.

Noter « **non** » si l'un au moins des 3 points ci-dessus n'est pas renseigné.

## Objectif 2. Orienter le patient en ambulatoire ou en soins de suite et réadaptation

**Critère n° 4.** Orientation en rééducation ambulatoire si rupture de coiffe des rotateurs

**Recommandation source :** (1)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :**

« De manière générale, la rééducation en ambulatoire\* est recommandée après chirurgie des ruptures de la coiffe des rotateurs ; cependant, l'hospitalisation en SSR peut être nécessaire en cas de complications locales, régionales ou générales, pathologies associées, isolement social ne pouvant être compensé par une structure d'aide au maintien à domicile, organisation impossible de la prise en charge ambulatoire. L'hospitalisation en MPR doit être envisagée lorsque la finalité principale de prise de charge en SSR est la mise en œuvre de la rééducation ou qu'il existe des contraintes spécifiques suite à un geste chirurgical complexe. »

\* La rééducation en ambulatoire concerne les actes effectués au domicile du patient, en cabinet libéral ou sur plateau technique (établissement de santé public ou privé ; cabinet de groupe), sur la base d'une facturation à l'acte. Elle se distingue de la rééducation effectuée au cours d'une hospitalisation traditionnelle, de semaine ou de jour en soins de suite et de réadaptation.

**Précision d'utilisation du critère :**

Patients concernés : patients ayant eu une chirurgie de rupture de coiffe des rotateurs. Les situations simples permettant un retour au domicile à l'issue du service de chirurgie concernaient 88 % des patients en 2004-2005. Noter « **non adapté** » si la situation du patient est complexe, c'est-à-dire si l'un des éléments suivants est retrouvé dans le dossier : geste chirurgical complexe (ex. lésion traumatique de la coiffe, transfert musculaire), complications locales, régionales ou générales, pathologies associées, isolement social ne pouvant être compensé par une structure d'aide au maintien à domicile, impossibilité de mise en œuvre de la rééducation en ambulatoire (ex. éloignement géographique, absence d'organisation possible de moyens de transport pour se rendre au cabinet de kinésithérapie, indisponibilité des professionnels se déplaçant au domicile, etc.).

Le critère est atteint «  » si le patient est rentré au domicile et poursuit sa rééducation en ambulatoire à l'issue du séjour en service de chirurgie après intervention pour rupture de coiffe des rotateurs.

Noter « **non adapté** » en cas de situation complexe, telle que définie dans le paragraphe « patients concernés ».

Noter « **non** » si le dossier ne justifie pas la raison d'un transfert en service hospitalier ou si le patient hospitalisé en SSR ne présente pas une situation complexe, comme définie ci-dessus.

## Objectif 2. Orienter le patient en ambulatoire ou en soins de suite et de réadaptation

**Critère n° 5.** Orientation en soins de suite et de réadaptation (hospitalisation proposée) si arthroplastie ou situation complexe lors de rupture de coiffe des rotateurs

**Recommandation source :** (1)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :**

« Après arthroplastie d'épaule, il est recommandé de proposer au patient l'orientation vers une hospitalisation en service de médecine physique et de réadaptation (MPR) en vue de la mise en œuvre de la rééducation, car :

- il s'agit d'une population âgée, présentant de fréquentes comorbidités, et pour laquelle la gêne fonctionnelle postopératoire pour la réalisation des activités de la vie quotidienne est élevée ;
- les quatre études de plus de 50 patients ayant effectué des comparaisons entre groupe suivi en rééducation ambulatoire et groupe suivi en hospitalisation, bien que de faible niveau de preuve, donnent des arguments en faveur de meilleurs résultats après hospitalisation (durée de prise en charge plus courte, meilleur score de Constant à 2 ans). »

« De manière générale, la rééducation en ambulatoire est recommandée après chirurgie des ruptures de la coiffe des rotateurs ; cependant, l'hospitalisation en SSR peut être nécessaire en cas de complications locales, régionales ou générales, pathologies associées, isolement social ne pouvant être compensé par une structure d'aide au maintien à domicile, organisation impossible de la prise en charge ambulatoire. L'hospitalisation en MPR doit être envisagée lorsque la finalité principale de prise en charge en SSR est la mise en œuvre de la rééducation ou qu'il existe des contraintes spécifiques suite à un geste chirurgical complexe. »

**Précision d'utilisation du critère :**

Patients concernés :

- arthroplastie d'épaule ;
- situation complexe après chirurgie de rupture de coiffe des rotateurs. La situation complexe est définie par l'une des situations suivantes : geste chirurgical complexe (ex. lésions traumatiques de la coiffe, transfert musculaire), complications locales, régionales ou générales, pathologies associées, isolement social ne pouvant être compensé par une structure d'aide au maintien à domicile, organisation impossible de la prise en charge ambulatoire.

Le critère est atteint «  » si le dossier précise que :

- le patient a été transféré à l'issue du séjour en service de chirurgie en soins de suite et de réadaptation en hospitalisation traditionnelle, de semaine ou de jour dans un service de médecine physique et de réadaptation (MPR), sauf lorsque la finalité principale de prise en charge n'est pas la rééducation ;
- ou, dans les cas listés au paragraphe « patients concernés », le patient informé n'a pas souhaité ou a refusé l'hospitalisation proposée en soins de suite et de réadaptation.

Noter « **non adapté** » si la situation du patient ne correspond pas au paragraphe « patients concernés » ou si pour les médecins exerçant en chirurgie, la demande de transfert en MPR ou SSR a été refusée.

Noter « **non** » si le dossier ne retrouve ni la trace d'une demande de transfert en MPR ou SSR, ni la trace du refus du patient de poursuivre sa rééducation en hospitalisation.

## Objectif 2. Orienter le patient en ambulatoire ou en soins de suite et de réadaptation

**Critère n° 6.** Si programme d'autorééducation après chirurgie des ruptures de coiffe, respect des conditions spécifiques de mise en œuvre

**Recommandation source :** (1)

**Grade de la recommandation de référence :** grade C ; accord professionnel

**Justification du choix du critère :**

Après chirurgie des ruptures de coiffe des rotateurs de l'épaule, il est recommandé que la rééducation soit effectuée avec un masseur-kinésithérapeute (rééducation supervisée). La rééducation peut cependant être effectuée par le patient lui-même (autorééducation), uniquement lorsque les conditions suivantes sont effectivement réunies :

- le programme d'autorééducation est présenté au patient en préopératoire, et ce dernier en accepte le principe ;
- les modalités de suivi médical et chirurgical sont définies et connues du patient ;
- les modalités du programme d'autorééducation sont présentées et maîtrisées par le patient ;
- les complications éventuelles sont comprises par celui-ci ;
- la douleur postopératoire est contrôlée avant la sortie hospitalière, et permet au patient de mettre en œuvre le programme sous le contrôle d'un masseur-kinésithérapeute, pendant la période postopératoire d'hospitalisation en chirurgie.

**Précision d'utilisation du critère :**

Patients concernés : uniquement patients pour lesquels un programme d'autorééducation est entrepris à l'issue de l'hospitalisation en service de chirurgie. Lors du programme d'autorééducation, « le patient réalise seul à son domicile un programme de rééducation qui lui a été initialement présenté par l'équipe médico-chirurgicale, sans supervision professionnelle en dehors du suivi médico-chirurgical. Après la sortie du service de chirurgie, le patient ne reçoit aucune séance de rééducation mise en œuvre par un professionnel de santé ». Le programme d'autorééducation se distingue du programme supervisé dans lequel la rééducation est effectuée avec le masseur-kinésithérapeute au cours de séances de rééducation, en alternance avec des exercices d'automobilisation à domicile.

Le critère est atteint «  » si :

- le courrier de consultation préopératoire (ou toute autre observation effectuée en présence du patient) envisage le retour à domicile avec programme d'autorééducation ;
- les modalités de suivi médical et chirurgical sont définies dans le compte rendu d'hospitalisation ou tout autre document transmis au patient ;
- les observations notées par le kinésithérapeute confirment que le patient est en mesure de mettre en œuvre le programme proposé à sa sortie.

Noter « **non adapté** » si le patient est orienté vers un kinésithérapeute après chirurgie des ruptures de coiffe (prescription de kinésithérapie ou transfert en SSR).

Noter « **non** » si l'un au moins des éléments ci-dessus n'est pas retrouvé.

## 2.3 Transmettre au kinésithérapeute les informations nécessaires à la mise en œuvre de la rééducation

### Objectif 3. Transmettre au kinésithérapeute les informations nécessaires à la mise en œuvre de la rééducation

**Critère n°7.** Prescription écrite de rééducation

**Recommandation source :** (1,3-6)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel ; texte réglementaire

**Justification du choix du critère :**

« La rééducation est recommandée pour tous les patients après arthroplastie ou chirurgie des ruptures de la coiffe des rotateurs de l'épaule, quelle que soit la technique chirurgicale proposée. » Les actes de rééducation peuvent être « exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription du médecin » et « peuvent être remboursés par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute ». Le déplacement du professionnel au domicile du patient peut faire l'objet d'indemnités forfaitaires entre la sortie hospitalière et J35 et lorsque le déplacement est médicalement justifié (noter « à domicile » sur l'ordonnance). Afin de permettre le remboursement à 100 % des prises en charge selon la réglementation en vigueur, l'ordonnance doit être rédigée selon les formulaires spécifiques en cas d'affection de longue durée (ALD), accident du travail (AT) ou maladie professionnelle (MP).

**Précision d'utilisation du critère :**

Le critère est atteint «  » si sont archivés dans le dossier :

- une prescription écrite pour les masseurs-kinésithérapeutes au cours de l'hospitalisation du patient ;
- et un double de la prescription transmise au patient lorsque la rééducation est poursuivie en ambulatoire à la sortie du service de chirurgie (hors cas de transfert en SSR ou programme d'autorééducation précisé dans le dossier).

Noter « non » si aucune prescription écrite de kinésithérapie n'est retrouvée, soit pour la phase d'hospitalisation, soit pour la poursuite de la rééducation en ambulatoire.

**Objectif 3. Transmettre au kinésithérapeute les informations nécessaires à la mise en œuvre de la rééducation**

**Critère n°8.** Transmission de consignes postopératoires détaillées

**Recommandation source :** (1)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :**

« Il est recommandé au médecin prescripteur de transmettre au masseur-kinésithérapeute, en charge de la poursuite du traitement, la prescription réglementaire et les informations complémentaires, sans lesquelles la mise en œuvre du traitement ne peut se faire dans les meilleures conditions de sécurité. La prescription peut être complétée par d'autres éléments qui permettent d'adapter au mieux le projet thérapeutique en regard des antécédents et de l'environnement du patient. » Ces éléments sont habituellement contenus dans le compte rendu d'hospitalisation ou le compte rendu opératoire (cf. annexe 5 des recommandations).

Il est recommandé d'adapter la rééducation :

- aux caractéristiques individuelles du patient ;
- à la technique chirurgicale ;
- au dispositif de soutien postopératoire du membre supérieur (écharpe, orthèse thoraco-brachiale) ;
- aux complications per ou postopératoires rencontrées.

Le dernier alinéa de l'article R.1112-1 prévoit que certaines informations sont transmises au patient à la fin de son hospitalisation : « À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum. »

**Précision d'utilisation du critère :**

Le critère est atteint «  » si le double de la prescription de kinésithérapie et les documents complémentaires remis au patient ou transmis au kinésithérapeute hospitalier ou libéral précisent la date et le type d'intervention chirurgicale, en particulier les structures réparées ; le type et la durée de maintien du dispositif de soutien du membre supérieur ; les mouvements interdits et délais d'interdiction et le délai de mise en œuvre des mobilisations passives et actives. Remarque : la prescription pour le masseur-kinésithérapeute hospitalier peut renvoyer à un protocole de service signé.

Noter « non » dans les autres cas.

## 2.4 Suivre l'évolution fonctionnelle du patient

### Objectif 4. Suivre l'évolution fonctionnelle du patient

**Critère n°9.** Évaluation de la douleur et des amplitudes

**Recommandation source :** (1)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :**

« Il est recommandé qu'un suivi médical régulier par le chirurgien ou le médecin de MPR soit assuré en collaboration avec le médecin traitant et les médecins ayant suivi, le cas échéant, le patient avant son intervention. »

« Le suivi de la douleur avec une échelle validée, échelle visuelle analogique, échelle verbale simple ou échelle algofonctionnelle, est recommandé. »

« Le suivi de la mobilité passive puis active par goniométrie ou inclinométrie est recommandé. »

Parmi les éléments cliniques à suivre en postopératoire, l'évaluation régulière de la douleur et des amplitudes articulaires permet de repérer la majorité des complications postopératoires.

**Précision d'utilisation du critère :**

Le critère est atteint «  » si le dossier permet de suivre l'évolution de la douleur et des amplitudes articulaires à chaque consultation.

Noter « non » dans tous les autres cas

### Objectif 4. Suivre l'évolution fonctionnelle du patient

**Critère n°10.** Recherche des complications

**Recommandation source :** (1)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :**

Dans les études disponibles, les complications postopératoires rencontrées influencent les résultats postopératoires et nécessitent une adaptation du programme de rééducation, en particulier : lésions neurologiques, infections, syndrome douloureux régional complexe de type 1, raideurs articulaires, ruptures itératives et complications médicales liées à un état général précaire.

**Précision d'utilisation du critère :**

Le critère est atteint «  » si l'évaluation clinique permet de certifier l'absence de l'une de ces complications, ou si ces dernières sont explicitement notées dans le dossier.

Noter « non » si :

- le dossier ne certifie pas l'absence de complications et que l'examen clinique ne précise pas au minimum les résultats de l'observation du bilan trophique, articulaire et moteur ;
- ou si les complications présentes n'ont pas été signalées au professionnel en charge de la rééducation.

#### Objectif 4. Suivre l'évolution fonctionnelle du patient

**Critère n° 11.** Prise en compte précoce des conséquences professionnelles

**Recommandation source :** (1)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :**

Parallèlement à la rééducation « il convient d'envisager, en lien avec le médecin de médecine et santé au travail, les résultats que pourrait apporter un aménagement des conditions de travail en vue de la reprise ».

**Précision d'utilisation du critère :**

Patient concerné : patient en arrêt de travail, sinon noter « **non adapté** ».

Le critère est atteint «  » si les conséquences sur la reprise professionnelle et l'opportunité d'une visite de préreprise avec le médecin du travail ont été envisagées avec le patient. Il est souhaitable de l'évoquer bien avant la date de reprise présumée, en particulier si un aménagement du poste de travail semble nécessaire.

Noter « **non** » si le dossier du patient ne précise pas qu'un avis du médecin du travail a été sollicité ou si celui-ci n'a été sollicité qu'en fin de programme de rééducation.

#### Objectif 4. Suivre l'évolution fonctionnelle du patient

**Critère n° 12.** Décision d'arrêt de rééducation

**Recommandation source :** (1)

**Grade de la recommandation de référence :** accord professionnel

**Justification du choix du critère :**

Les critères d'arrêt de la rééducation recommandés sont les suivants :

- phase de rééducation secondaire (indiquée pour tous patients) :
  - les amplitudes passives et actives contre pesanteur sont fonctionnelles et permettent l'indépendance pour les actes de la vie quotidienne, compte tenu du contexte et du projet du patient,
  - l'élévation et l'abaissement actif du bras sont indolores et respectent le schéma cinétique scapulo-huméral physiologique,
  - fin du 4<sup>e</sup> mois postopératoire pour la phase secondaire de rééducation, sauf dans les suites des fractures complexes ou des transferts musculaires ou en cas de complications ayant retardé le déroulement de la rééducation, en particulier raideur ou syndrome douloureux régional complexe de type 1 ;
- phase de rééducation tertiaire (indiquée uniquement 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 ainsi que des capacités cardio-respiratoires du patient) :
  - la reprise de l'activité professionnelle, sportive ou de loisirs devient possible,
  - la fonction du membre supérieur, la force et l'endurance musculaires ne progressent plus,
  - fin du 6<sup>e</sup> mois postopératoire.

**Précision d'utilisation du critère :**

Le critère est atteint «  » si :

- le médecin n'a rédigé aucun renouvellement de prescription de kinésithérapie au-delà de la fin du 4<sup>e</sup> mois, sauf indication d'une phase de rééducation tertiaire (voir indications ci-dessus) ou situations complexes (ex. fractures complexes, transferts musculaires, raideurs, autres complications, etc.) ;
- le renouvellement d'une prescription au-delà de ce délai est justifié dans le dossier, avec à l'appui un examen clinique qui confirme que les critères d'arrêt ne sont pas atteints et qu'une amélioration objective des amplitudes, de la douleur ou des capacités fonctionnelles se poursuit.

Noter « **non** » si renouvellement de prescription au-delà de 4 mois sans justification précise.

**Annexe 1. Grille de recueil pour 5 dossiers**

<b>Thème : Orientation en rééducation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule</b>																	
<b>Objectif 1. Préparer le parcours du patient dès la phase préopératoire</b>																	
N°	Critères	Dossier 1			Dossier 2			Dossier 3			Dossier 4			Dossier 5			Commentaires
		Oui	Non	NA													
1	Prescription de kinésithérapie préopératoire																
2	Évaluation préopératoire des pathologies associées et de l'isolement social afin d'envisager l'orientation postopératoire																
<b>Objectif 2. Orienter le patient en ambulatoire ou en soins de suite et réadaptation</b>																	
N°	Critères	Dossier 1			Dossier 2			Dossier 3			Dossier 4			Dossier 5			Commentaires
		Oui	Non	NA													
3	Critères de sortie respectés avant orientation au domicile																
4	Orientation en rééducation ambulatoire si rupture de coiffe des rotateurs																
5	Orientation en SSR (hospitalisation proposée) si arthroplastie ou situation complexe lors de rupture de coiffe des rotateurs																
6	Si programme d'autorééducation après chirurgie des ruptures de coiffe, respect des conditions spécifiques de mise en œuvre																
<b>Objectif 3. Transmettre au kinésithérapeute les informations nécessaires à la mise en œuvre de la rééducation</b>																	
N°	Critères	Dossier 1			Dossier 2			Dossier 3			Dossier 4			Dossier 5			Commentaires
		Oui	Non	NA													
7	Prescription écrite de rééducation																
8	Transmission de consignes postopératoires détaillées																
<b>Objectif 4. Suivre l'évolution fonctionnelle du patient</b>																	
N°	Critères	Dossier 1			Dossier 2			Dossier 3			Dossier 4			Dossier 5			Commentaires
		Oui	Non	NA													
9	Évaluation de la douleur et des amplitudes																
10	Recherche des complications																
11	Prise en compte précoce des conséquences professionnelles																
12	Décision d'arrêt de rééducation																

## Références

1. 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. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.

2. Haute Autorité de Santé. Elaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007.

3. Arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins. Journal officiel 1962;1<sup>er</sup> février:1111.

4. Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins. Journal officiel 2000;3 mars:3378.

5. Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Journal officiel 2000;5 octobre:15763.

6. Arrêté du 28 février 2006 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes. Journal officiel 2006;4 mars.

## Participants

### Groupe de travail

Dr Jehan Lecocq, médecin de médecine physique et de réadaptation, Strasbourg

M. Pierre Libaude, masseur-kinésithérapeute, Le Mans

M. Marc Messina, masseur-kinésithérapeute, Bidart

Dr Cécile Nérot, chirurgien orthopédiste, Reims

M. Yves Postil, masseur-kinésithérapeute, Chasseneuil-sur-Bonnieure

M. Frédéric Srou, masseur-kinésithérapeute, Paris

### Participants à la phase test

Dr Laurent Atlani, , médecin de médecine physique et de réadaptation, Aix-en-Provence

Dr Philippe Codine, médecin de médecine physique et de réadaptation, Saint-Estève

Dr Alexis D'escatha, médecin du travail, Garches

Pr Olivier Gagey, chirurgien orthopédiste, Le Kremlin-Bicêtre

Dr Gérard Gonzalez, médecin de médecine physique et de réadaptation, Baguères de Bigorre

Dr Vincent Grelet, chirurgien orthopédiste, Biarritz

Dr Marie-Ève Isner, médecin de médecine physique et de réadaptation, Strasbourg

Dr Paul Le Bris, chirurgien orthopédiste, Saint-Michel

Dr Olivier Leger, chirurgien orthopédiste, Bayonne

Dr Pascal Renaud, médecin de médecine physique et de réadaptation, Châteaubriand

Pr François Sirveaux, chirurgien orthopédiste, Nancy

Dr Philippe Valenti, chirurgien orthopédiste, Paris

## Fiche descriptive

<b>TITRE</b>	<b>Orientation en rééducation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule</b>
<b>Type de document</b>	Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles
<b>Date de mise en ligne</b>	Décembre 2008
<b>But de la démarche</b>	Permettre à tous les patients après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule d'accéder à une prise en charge de rééducation, adaptée et coordonnée
<b>Objectifs de qualité et de sécurité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparer le parcours du patient dès la phase préopératoire</li> <li>• Orienter le patient en ambulatoire ou soins de suite et de réadaptation</li> <li>• Transmettre au kinésithérapeute les informations nécessaires à la mise en œuvre de la rééducation</li> <li>• Suivre l'évolution fonctionnelle du patient</li> </ul>
<b>Nombre de critères d'évaluation</b>	12
<b>Professionnels concernés</b>	Tout médecin prescrivant des séances de rééducation après chirurgie orthopédique de l'épaule, en particulier médecins généralistes, médecins de médecine physique et réadaptation, chirurgiens orthopédistes ou médecins rhumatologues, en exercice libéral ou salarié
<b>Promoteur</b>	Haute Autorité de Santé, service des bonnes pratiques professionnelles
<b>Financement</b>	Fonds publics
<b>Pilotage du projet</b>	Mme Joëlle André-Vert, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles, HAS ; secrétariat : Mme Laetitia Cavalière
<b>Recherche documentaire</b>	Recherche documentaire des recommandations complétée pour les critères d'évaluation des pratiques professionnelles et indicateurs de santé de 2000 à 2008. Recherche documentaire réalisée par Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols.
<b>Auteurs du document</b>	Mme Joëlle André-Vert, chef de projet, et membres du groupe de travail (cf. liste des participants)
<b>Disponibilité</b>	Téléchargeable gratuitement sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>
<b>Documents d'accompagnement</b>	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. Recommandation pour la pratique clinique, HAS 2008 Synthèse, recommandations et argumentaire scientifique téléchargeables gratuitement sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>