

Argumentaire

Réponse à saisine du 26 février 2009 en application de l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale

Trois référentiels concernant la rééducation dans les suites de :

- la reconstruction du ligament croisé antérieur du genou,
- la libération du médian du canal carpien
- et des entorses cheville-pied

Sommaire :

Éléments de contexte et concertation avec les professionnels de santé	1
Rééducation dans les suites de la reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	2
Rééducation dans les suites de la libération du médian du canal carpien	4
Rééducation dans les suites d'entorses cheville-pied	6

Chacun des trois référentiels proposés par l'UNCAM est analysé, synthétisé et comparé avec les données disponibles de la littérature. L'analyse des recommandations et consensus publiés, au-delà du nombre de séances, a porté sur les programmes de rééducation et plus particulièrement les critères de qualité.

Éléments de contexte

Le texte législatif

L'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale (modifié par l'article 42 de la LFSS pour 2009) prévoit la possibilité d'assortir pour les actes réalisés en série des conditions particulières de prescription qui

« 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 ».

Concertation avec les professionnels de santé

L'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes ainsi que les sociétés savantes ci-après ont été contactés par courrier sollicitant leurs observations éventuelles sur les fondements scientifiques des projets de référentiel :

- Société Française de Physiothérapie (SFK)
- Société Française de Médecine physique et de Réadaptation (SOFMER)
- Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU)
- Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOFOT)
- Société française de la chirurgie de la main (SFCM)
- Collège de médecine d'urgence (CMU)
- Sociétés savantes de médecine générale :

- Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (SFDRMG)
 - Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG)
 - Société française de médecine générale (SFMG)
 - Collège national de généralistes enseignants (CNGE)
- 6 réponses sur 11 sollicitations sont parvenues à la HAS

Rééducation dans les suites de la reconstruction du ligament croisé antérieur du genou

1. Référentiel Cnamts

Libellé	État de l'art	État de la pratique	Seuil fixé
Rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	Sources : recos HAS 2008 → estimation du nombre de séances de 32 à 48	Base Cnamts 2007 : – 24 525 ligamentoplastie du genou – 83 % de rééducation en ambulatoire → 35 séances en moyenne et variations géographiques importantes	40 séances

2. Données bibliographiques

– *Stratégie documentaire*

Sources d'information	<ul style="list-style-type: none"> – Haute Autorité de Santé – Medline (National Library Of Medicine, USA) – Cochrane Library (Grande-Bretagne), – Pascal – National Guideline Clearinghouse (État-Unis) – HTA Database (International Network Of Agencies For Health Technology Assessment - INAHTA) – SOFCOT Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique – REEDOC Institut Régional de Médecine Physique et de Réadaptation - Service de documentation – KINEDOC banque de données francophones de kinésithérapie – PEDRO Centre of Evidence-Based Physiotherapy – Cismef CHU de Rouen – Bibliothèque médicale AF Lemanissier – Chartered Society of Physiotherapy (UK) – Centre for Evidence Based Physiotherapy
Mots clés initiaux	Anterior cruciate ligament rupture OU Knee ligament OU Anterior crucial ligament OU Anterior cruciate ligament[titre, résumé] OU LCA[titre, résumé] OU Ligament croisé antérieur

– *Analyse*

Aucune recommandation, méta-analyse ou revue de littérature systématique n'a été identifiée depuis la publication de la recommandation HAS 2008.

Année	Auteurs, Pays	Titre	Précision du nombre de séances (Grade)	Autres recommandations sur la rééducation	Indicateurs de qualité de la rééducation
2008	HAS	Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou	<p>Pas de recommandation sur le nombre de séances</p> <p>Dans l'argumentaire :</p> <p>La phase de rééducation musculaire et proprioceptive se déroule entre 4 et 6 mois, à raison d'au moins deux séances de kinésithérapie par semaine</p> <p>La phase de réadaptation sportive s'étend de 6 mois à 1 an</p> <p>Critères de fin de rééducation</p> <p>Aucune étude répondant spécifiquement à cette question n'a pu être identifiée. Si l'on se réfère aux recommandations des 23e Entretiens de Médecine Physique et de Réadaptation de 2005, la rééducation est poursuivie jusque la reprise de l'activité sportive</p>	<p>Dans tous les cas, la rééducation après ligamentoplastie du croisé antérieur de genou s'adapte au contexte spécifique du patient et à ses antécédents.</p>	<p><i>Indicateurs structurels</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ douleur ▪ hydarthrose ▪ mobilité ▪ force musculaire ▪ proprioception <p><i>Indicateurs fonctionnels</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ instabilité lors de la marche <ul style="list-style-type: none"> ○ escaliers ○ sauts <p><i>Scores fonctionnels</i></p> <p>les échelles fonctionnelles les plus couramment utilisées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Score fonctionnel de Lysholm-Tegner ▪ IKDC (International Knee Documentation Committee) ▪ ARPEGE (Association pour la Recherche et la Promotion de l'Étude du Genou) ▪ COFRAS (Codification Fonctionnelle de la Reprise des Activités Sportives)

3. Discussion

Aucun argument scientifique n'est apparu de nature à s'opposer à la validation par la HAS de la proposition de l'UNCAM fixant à 40 le nombre de séances au delà duquel une entente préalable est nécessaire.

Rééducation dans les suites de la libération du médian du canal carpien

1. Référentiel Cnamts

Libellé	État de l'art	État de la pratique	Seuil fixé
Rééducation après libération du médian du canal carpien	Sources : – Recos Anaes 2000 – Fiche d'information patients de la SFCM – American academy of orthopaedic surgeons 2008 – 6 articles publiés entre 2002 et 2007 → pas d'estimation du nombre de séances	Base Cnamts 2007 : – 121 839 décompressions chirurgicales du canal carpien – 23,7 % de rééducation en ambulatoire → 13 séances en moyenne et variations géographiques importantes	0 séances « en vertu de la règle générale que le recours à la rééducation n'est pas nécessaire et que toute prescription doit être médicalement fondée et dument motivée »

2. Données bibliographiques

– Stratégie documentaire

Sources d'information	cf. chapitre précédent
Mots clés initiaux	Carpal tunnel/titre, resume OU Carpal tunnel syndrome/descripteur OU Median nerve/descripteur OU Canal carpien/titre, resume OU Syndrome du canal carpien/descripteur OU Nerf median/descripteur OU Canal carpien/descripteur

– Analyse

Année	Auteurs Pays	Titre	Précision du nombre de séances (grade)	Autres données sur la rééducation (grade)	Indicateurs de qualité de la rééducation
2008	AAOS	Clinical practice guideline on the treatment of carpal tunnel syndrome	non	We make no recommendation for or against the use of postoperative rehabilitation. (Inconclusive, Level II). There were no included studies that looked at work hardening and the role of various modalities for post-operative carpal tunnel management.	We suggest physicians use one or more of the following instruments when assessing patients' responses to CTS treatment for research: Boston Carpal Tunnel Questionnaire (disease-specific) DASH – Disabilities of the arm, shoulder, and hand (region-specific; upper limb) MHQ – Michigan Hand Outcomes Questionnaire (region-specific; hand/wrist) PEM (region-specific; hand) SF-12 or SF-36 Short Form Health Survey (generic; physical health component for global health impact) (Grade B, Level I, II, and III)
2003	Work Loss Data	Carpal tunnel syndrome (acute &	non	Physical/Occupational Therapy: A short course may be appropriate; if so,	Non

	Institute	chronic).		then post-surgical treatment of 3 to 5 visits.	
:2002	Ahrq	Diagnosis and Treatment of Worker-Related Musculoskeletal Disorders of the Upper Extremity	Non	Studies with surgical outcomes suggested that most patients report no-to-moderate difficulty with functional activities (mean 1.4-2.6 on the Levine CTS-I) after surgery <ul style="list-style-type: none"> Although there were no statistically significant differences between specific patient groups, there was a trend toward more difficulty with functional activities among workers' compensation patients in surgical studies. This trend was based on the results of two studies 	Non
:000	ANAES	Chirurgie du syndrome du canal Carpien idiopathique : etude Comparative des techniques a ciel Ouvert et des techniques Endoscopiques	Non	Quelle que soit la technique (chirurgicale) utilisée (à l'exception du Camitz), la mobilisation postopératoire est possible. Il n'y a pas de preuve dans la littérature sur l'efficacité du port d'attelle en postopératoire ni de la rééducation postopératoire	Non

3. Discussion

La place de la rééducation postopératoire du syndrome du canal carpien n'est pas définie faute d'études scientifiques. Le référentiel fourni par la Cnamts reposant sur la fiche d'information du centre hospitalo-universitaire d'Angers indique que « *parfois, cependant, la kinésithérapie est proposée pour accélérer la récupération surtout lorsque la phase inflammatoire post-opératoire est importante* ».

Dans ces conditions, aucun argument scientifique n'est de nature à s'opposer à la validation par la HAS de valider la proposition de l'UNCAM selon laquelle toute rééducation dans les suites de la libération du médian du canal carpien doit faire l'objet d'un accord préalable. Il est proposé afin d'assurer l'équité d'accès aux soins, qu'une définition préalable des critères de gestion de ces demandes par les médecins conseil soit réalisée.

Rééducation dans les suites d'entorses cheville-pied

1. Référentiel Cnamts

Libellé	État de l'art	État de la pratique	Seuil fixé
Rééducation dans les suites d'entorses cheville-pied	Sources : – recos Anaes 2000 – EMC 2002 – 4 articles publiés entre 1999 et 2008 → pas d'estimation du nombre de séances	Base Cnamts : pas de données Audit des 3 AMO d'un échantillon 1/12 ^{ème} représentatif et sur une semaine en mars 2001 → 11 séances en moyenne. Plus de 21 séances dans 20 % des cas	10 séances

2. Données bibliographiques

– Stratégie documentaire

Sources d'information	Cf. chapitre précédent
Mots clés initiaux	Entorse* ET cheville*/titre,resume OU Entorse/descripteur ET (Cheville/descripteur Articulation tibiotarsienne/descripteur) OU (Ankle ET sprain*)/titre,resume OU [Ankle Injuries/descripteur ET (Sprains and Strains/descripteur)]

– Analyse

Année	Auteurs Pays	Titre Méthode	Précision du nombre de séances (Grade)	Autres données sur la rééducation (grade)	Indicateurs de qualité de la rééducation
2008	Work Loss data	Ankle & foot (acute & chronic)	non		non
2007	Canadian Paediatric society	Ankle sprains in the paediatric athlete	non	Essential elements of an ankle rehabilitation program include: returning to a normal range of motion. strengthening the peroneal musculotendinous unit to provide dynamic stability to the ankle. optimizing flexibility of the calf muscles and Achilles tendon to facilitate a neutral and more stable position of the ankle. proprioceptive rehabilitation bracing to provide extra support while the athlete optimizes the strength, flexibility and proprioceptive skills necessary to prevent recurrent sprains (grade non précisé)	non
2006	ICSI(USA)	Ankle Sprain	non	Rehabilitation of confirmed ankle sprains should include flexibility exercises, strengthening and balance	non

				exercises and follow a reasonable return-to-work progression (grade non précisé)	
2006	AFP (USA)	Acute Ankle Sprain: An Update	non	Graded exercise regimens, especially those involving proprioceptive elements such as ankle disk training, are recommended to help reduce the risk of ankle sprain. (grade B)	non
2006	APA (Australie)	Physiotherapy management of ankle injuries in sport	non	A functional rehabilitation program should be undertaken as an effective injury prevention strategy. The minimum content and optimal duration of the functional rehabilitation program for ankle injuries remains unclear. (niveau I ou II)	non
2004	SFMU	Actualisation 2004 de la conference de Consensus L'entorse de cheville au service d'urgence 5ème conference de consensus Roanne le 28 avril 1995	La rééducation doit être aussi précoce que possible dès que la douleur l'autorise avec prévision de 10 à 20 séances. (consensus)	/	non
2004	HAS	Rééducation de l'entorse externe de la cheville(Référentiel d'autoévaluation)	non	Référentiel d'auto-évaluation des pratiques professionnelles	4 critères (douleur, œdème, mobilité et stabilité fonctionnelle) afin d'évaluer la prise en charge initiale d'un patient présentant une entorse externe de la cheville
2003	KNGF (Pays bas)	Clinical practice guidelines for physical therapy in patients with acute ankle sprain	non	Examination and treatment should take place within six weeks of the injury occurring. Ideally, application of the approach described in these guidelines should be carried out in the acute phase, i.e., within five days of the injury The key issues are whether there is normal' recovery or a deviation from the norm (i.e., delayed recovery) and whether physical therapy is indicated A function score of more than 40 points at the first visit (i.e., 1–5 days after the trauma) generally indicates that the patient will be able to return to his normal daily activities within 14 days	<i>Function score</i> Pain - none 35 - during or after sports 30 - while running on a non-level surface 25 - while running on a level surface 20 - while walking on a non-level surface 15 - while walking on a level surface 10 - when putting weight on the injured foot 5 - constant pain at rest 0 <i>Dynamic instability</i> - never 25 - occasionally 20 - frequently during sports 15 - occasionally during normal daily activities 10 - frequently during normal daily activities 5 - at each step 0

					<p><i>Weight-bearing capacity</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - can hop on the injured leg 20 - can stand on the toes of the injured leg 15 - can stand on the injured leg 10 - can stand on both legs 5 - cannot bear any weight 0 <p><i>Swelling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - no swelling 10 - slight swelling 6 - mild swelling 3 - severe swelling 0 <p><i>Gait</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - can run 10 - can walk properly 6 - walks with a minor limp 3 - walks with a severe limp 0
2003	KNGF (Pays bas)	Clinical practice guidelines for physical therapy in patients with chronic ankle sprain	non	The target performance level to be achieved at the end of treatment must be consistent with the patient's individual requirements.	use of the following two measurement instruments to assist the physical examination: the visual analogue scale for patientspecific complaints and the Nijmegen gait analysis scale
2000	ANAES	Rééducation de l'entorse externe de la cheville	La durée et le rythme des séances dépendent de l'évolution des indicateurs du bilan. Le rythme des séances devrait permettre d'assurer un retour aux activités socioprofessionnelles le plus précoce possible (accord professionnel)	La rééducation doit être la plus précoce possible (grade B)	<p>L'évaluation chronologique des indicateurs de surveillance (douleur, oedème, mobilité, force, stabilité fonctionnelle, activités de la vie quotidienne) permet de décider de l'arrêt du traitement de rééducation en fonction des objectifs préalablement définis en commun avec le prescripteur, le kinésithérapeute et le patient. Ces objectifs doivent tenir compte des activités spécifiques du patient (sociales, professionnelles ou sportives) (accord professionnel).</p> <p>Proposition de deux grilles d'évaluation (d'après Ferretti 1991 ; d'après de Bie 1997)</p>

3. Discussion

Le nombre des séances préconisé par la Cnamts pour la rééducation de l'entorse externe récente de la cheville reprend la borne inférieure de la fourchette déterminée par la SFMU sous la forme d'un consensus.

Selon les recommandations Anaes, les professionnels se sont accordés sur le fait que la durée et le rythme des séances dépendent de l'évolution des indicateurs du bilan diagnostic kinésithérapique, l'objectif final étant d'assurer un retour aux activités socioprofessionnelles le plus précoce possible. De même « *l'évaluation chronologique des indicateurs de surveillance (douleur, œdème, mobilité, force, stabilité fonctionnelle, activités de la vie quotidienne) permet de décider de l'arrêt du traitement de rééducation en fonction des objectifs préalablement définis en commun avec le prescripteur, le kinésithérapeute et le patient.* ». Ces indicateurs définis consensuellement avec la profession pourraient servir de support à la décision de poursuivre la rééducation au-delà du seuil de 10 séances.

Aucun argument scientifique n'est apparu de nature à s'opposer à la validation par la HAS de la proposition de l'UNCAM fixant à 10 le nombre de séances au delà duquel une entente préalable est nécessaire