

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR

Après arthroplastie totale du genou

RECOMMANDATIONS

Janvier 2008

L'argumentaire scientifique de ces recommandations est téléchargeable sur :
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

Recommandations	4
1 Thème et objectifs des recommandations	4
1.1 Objectifs des recommandations et questions posées.....	4
1.2 Patients concernés.....	5
1.3 Professionnels concernés.....	5
1.4 Gradation des recommandations.....	5
2 Critères d'orientation	5
2.1 Critères préopératoires.....	6
2.1.1 Critères psychosociaux et environnementaux.....	6
2.1.2 Critères médicaux.....	6
2.1.3 Critères cliniques et fonctionnels.....	6
2.2 Critères postopératoires.....	6
2.2.1 Critères psychosociaux et environnementaux.....	6
2.2.2 Critères médicaux.....	7
2.2.3 Critères cliniques et fonctionnels :.....	7
3 Transmissions professionnelles	7
4 Rééducation relative à l'arthroplastie de genou	10
4.1 Programme de rééducation.....	10
4.1.1 Rééducation préopératoire.....	10
4.1.2 Rééducation en phase aiguë.....	10
4.1.3 Rééducation secondaire.....	10
4.2 Techniques de rééducation.....	11
5 Critères de suivi	13
5.1 Indicateurs structurels.....	13
5.2 Indicateurs fonctionnels.....	13
5.3 Qualité de vie.....	13
6 Comparaisons économiques selon les modalités d'orientation	13
Annexe 1 : Niveau de preuve	15
Annexe 2 : Liste des abréviations	16
Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »	17
Participants	19
Sociétés savantes et associations professionnelles.....	19
Comité d'organisation.....	19
Groupe de travail.....	19
Groupe de lecture.....	20
Remerciements.....	20
Fiche descriptive	21

Recommandations

1 Thème et objectifs des recommandations

Les recommandations professionnelles, élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le thème des « Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite et de réadaptation après arthroplastie totale du genou », complètent les recommandations de la HAS de mars 2006¹. Ces dernières avaient été établies en application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006². L'objectif de ces différents travaux de la HAS³ est d'éviter les hospitalisations inappropriées en soins de suite ou de réadaptation, après certains traitements orthopédiques ou chirurgicaux.

1.1 Objectifs des recommandations et questions posées

Les objectifs de ces recommandations sont de :

- proposer une aide à la décision au médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie après arthroplastie totale du genou, afin de lui permettre d'apprécier l'opportunité de recourir à une hospitalisation en vue de la dispensation de ces soins ;
- définir les éléments de transmission nécessaires au chirurgien et au masseur-kinésithérapeute pour mettre en œuvre la prise en charge de rééducation et le suivi du patient.

Les recommandations répondent aux questions suivantes :

- quelles sont les indications des techniques de rééducation après arthroplastie totale du genou ?
- quels sont les critères d'évaluation clinique nécessaires au suivi et ceux nécessaires à l'orientation du patient ?
- quels sont les éléments de transmissions nécessaires au chirurgien et au masseur-kinésithérapeute pour mettre en œuvre la prise en charge de rééducation ou le suivi du patient ?
- quelles sont les modalités organisationnelles de mise en œuvre du traitement et du suivi du patient ?
- quelles sont les conséquences économiques et organisationnelles d'un éventuel transfert d'activités d'un secteur à l'autre ?
- la rééducation après arthroplastie totale du genou est-elle réalisable en ville⁴ ?

¹ Pour en savoir plus, se reporter aux « 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 », HAS 2006.

² La loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la Sécurité sociale pour 2006 a modifié comme suit l'article L. 162-2-2 du Code de la sécurité sociale : « Le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie doit se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation mentionnées à l'article L. 6111-2 du Code de la santé publique, aux recommandations établies par la Haute Autorité de Santé ».

³ Cf. également : « Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite et de réadaptation après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou » et « Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite et de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplastie de l'épaule ».

⁴ Le texte du consensus formalisé de mars 2006 est ainsi libellé : « [...] la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales ou régionales, de pathologies associées, de l'isolement social. »

► Limites des recommandations

Les recommandations ne décrivent pas en détail les modalités d'application des techniques de rééducation, mais en précisent les indications afin de définir les structures dans lesquelles elles peuvent être mises en œuvre.

1.2 Patients concernés

La population retenue pour ce travail concerne les adultes ayant bénéficié d'une arthroplastie totale de genou de première intention.

Les prothèses unicompartmentaires, les prothèses charnières et les reprises sont exclues.

1.3 Professionnels concernés

Ces recommandations sont principalement destinées aux professionnels de santé concernés par la rééducation après arthroplastie de genou ou par l'orientation du patient vers les rééducateurs ; il s'agit en particulier :

- chirurgiens orthopédistes ;
- masseurs-kinésithérapeutes ;
- médecins de médecine physique et de réadaptation ;
- médecins généralistes.

1.4 Gradation des recommandations

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C, selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées (niveau de preuve 1) ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte (niveau de preuve 2) ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

2 Critères d'orientation

L'arthroplastie totale de genou (PTG) ne nécessite pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière systématique à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation.

L'orientation vers une prise en charge en ambulatoire est réalisée :

- soit directement à la suite du traitement chirurgical initial ;
- soit lorsque la prolongation de la rééducation est discutée au cours d'une hospitalisation en service de soins de suite et de rééducation (SSR).

Compte tenu des contraintes organisationnelles, et pour garantir les conditions optimales du retour et du maintien à domicile, la décision d'orientation doit, autant que possible, être envisagée avant l'intervention chirurgicale.

2.1 Critères préopératoires

Pour envisager avant l'intervention chirurgicale le retour au domicile, le patient doit présenter la plupart des critères suivants :

2.1.1 Critères psychosociaux et environnementaux

- projet du patient : souhaiter retourner au domicile après avoir été informé des limites et risques potentiels ;
- ressources sociales : bénéficier d'un entourage humain (familial, amical, professionnel, etc.) proche et accessible ;
- accessibilité aux soins :
 - identifier des professionnels de santé (infirmier et masseur-kinésithérapeute) disponibles et pouvant se déplacer au domicile si besoin ;
 - disposer des moyens organisationnels et financiers nécessaires pour accéder au cabinet du masseur-kinésithérapeute.

2.1.2 Critères médicaux

- le patient n'est pas une personne âgée, polypathologique, associant des maladies chroniques et aiguës avec possible intrication des problèmes somatiques, psychiques et sociaux demandant à être réglés simultanément ;
- le patient ne présente pas une altération de l'état général telle que l'autonomie au domicile est compromise et ne peut pas être compensée par l'entourage, les aides et/ou les soins de ville.

2.1.3 Critères cliniques et fonctionnels

- secteur d'amplitude active du genou d'au moins 80°, patient allongé en décubitus dorsal (triple flexion sur plan de table) ;
- indépendance fonctionnelle :
 - transferts au lit et au fauteuil (test *up and go* inférieur à 30 secondes), avec ou sans aide technique ;
 - autonomie de marche à l'intérieur du domicile, avec ou sans aide de marche, sans tierce personne ;
 - monter et descendre des marches d'escalier (selon les besoins du domicile).

Ces critères sont appréciés au cours d'une évaluation préopératoire par le chirurgien entouré d'une équipe pluridisciplinaire.

Outre la question d'orientation, la prise en compte de ces critères permet aussi de mieux cibler, avant même l'intervention, le contenu de la prise en charge rééducative postopératoire.

Il est recommandé que le médecin traitant organise une coordination interdisciplinaire préopératoire, afin de s'assurer de la disponibilité des professionnels au retour du patient à domicile et déterminer les modalités de communication adéquates.

2.2 Critères postopératoires

La sortie du patient du court séjour vers le domicile est décidée par le chirurgien sur la base des critères suivants :

2.2.1 Critères psychosociaux et environnementaux

- projet du patient : souhaiter retourner au domicile après avoir été informé des limites et risques potentiels ;
- ressources sociales : bénéficier d'un entourage humain (familial, amical, professionnel, etc.) proche et accessible ;

- accessibilité aux soins :
 - identifier des professionnels de santé (infirmier et masseur-kinésithérapeute) disponibles et pouvant se déplacer au domicile si besoin ;
 - disposer des moyens organisationnels et financiers nécessaires pour accéder au cabinet du masseur-kinésithérapeute.

2.2.2 Critères médicaux

- pas d'altération de l'état général ;
- pas de fièvre ;
- pas d'anémie sévère ;
- pas de problème thrombo-embolique pouvant retentir sur la rééducation ;
- pas de décompensation d'une comorbidité ;
- pas de troubles de la cicatrisation.

2.2.3 Critères cliniques et fonctionnels :

- douleur au repos inférieure à 5 (EVA), avec ou sans traitement ;
- secteur d'amplitude active du genou d'au moins 70° à 80°, patient allongé en décubitus dorsal (triple flexion sur plan de la table) ;
- indépendance fonctionnelle :
 - transferts au lit et au fauteuil (test *up and go* inférieur à 30 secondes), avec ou sans aide technique ;
 - marche sur une distance minimum de 30 mètres, avec ou sans aide de marche ;
 - monter et descendre des marches d'escalier (selon les besoins du domicile).

Dans les circonstances définies ci-dessus, la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ambulatoire dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait :

- de complications locales, régionales ou générales ;
- de pathologies associées ;
- de l'isolement social.

Cette orientation n'exclut pas le recours possible à une hospitalisation différée si la prise en charge en ambulatoire s'avère irréalisable. La procédure administrative de prise en charge financière par l'Assurance maladie ne doit pas retarder cette nouvelle hospitalisation.

Les critères suivants indiquent une réorientation vers le chirurgien :

- fièvre avec température supérieure à 38°C ;
- douleur de repos qui augmente ;
- chaleur et/ou rougeur locales ;
- troubles de la cicatrisation ;
- flexion du genou inférieure à 90° à 4 semaines post opératoires ;
- suspicion de phlébite ou d'embolie pulmonaire.

3 Transmissions professionnelles

En plus des renseignements habituels à toute prise en charge de kinésithérapie (antécédents, cadre de vie, etc.), le rééducateur doit disposer, par l'intermédiaire du patient, du compte-rendu opératoire, précisant notamment :

- la cause d'intervention ;
- la date d'intervention ;
- le type et les caractéristiques de prothèse posée, et notamment :
 - si un garrot a été posé ou non ;
 - si le ligament croisé antérieur a été conservé ou non ;
 - si le ligament croisé postérieur a été conservé ou non ;
 - si la patella a été prothésisée ou non ;
 - le type de prothèse posée et les amplitudes envisageables ;
 - les éventuels gestes associés ;

- tout événement postopératoire immédiat significatif ;
- les contre-indications et consignes postopératoires (consignes d'appui, mobilités articulaires autorisées, etc.).

Le rééducateur peut être amené à consulter la radiographie que le patient garde à disposition.

Certaines données préopératoires aident le thérapeute, notamment :

- le secteur de mobilité du genou ;
- le périmètre de marche ;
- la possibilité de monter et descendre des escaliers.

Il est recommandé d'assurer un transfert d'informations (compte-rendu, ordonnance, courrier, protocole spécifique, bilan-diagnostic kinésithérapique, etc.), rapide et régulier, entre le chirurgien, le rééducateur et le médecin traitant.

Ce modèle de fiche de bilan est proposé pour le suivi clinique et fonctionnel lors de la rééducation :

Nom		Âge		Nom chirurgien	Date PTG : / /20		
Prénom		Nom					
		Kinésithérapeute					
En préopératoire	Flexion Extension du genou (°/°)			<input type="checkbox"/> Sans <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Partielle %			
	Périmètre de marche (m)						
	TUG : Test <i>up and go</i> (s)						
	Descente d'escaliers (O/N)						
				Date	Début	En cours	Fin
Douleur	EVA repos						
	EVA marche						
	EVA escalier						
Trophicité	Périmètre péripatellaire D/G (cm)						
	Périmètre jambier D/G (cm)						
Mobilité	Flexion passive (°)						
	Extension passive (°)						
Force	Quadriceps homolatéral (EMFM)						
	Quadriceps controlatéral (EMFM)						
Marche	Périmètre de marche (m)						
	TM6						
	Aides techniques (CA/CS/D)						
Escaliers	Montée (O/N)						
	Descente (O/N)						
Autres activités fonctionnelles	Marche et transfert (TUG)						
	Équilibre unipodal (O/N)						
	Se relever de la position assise (O/N)						
	Chausser chaussures et chaussettes (O/N)						
	Accroupissement (O/N)						
Rééducation							

4 Rééducation relative à l'arthroplastie de genou

4.1 Programme de rééducation

Dans tous les cas, la rééducation après la pose d'une PTG s'adapte au contexte spécifique du patient et à ses antécédents. Le programme de rééducation est établi d'après le bilan-diagnostic du masseur-kinésithérapeute.

On distingue trois phases de rééducation :

4.1.1 Rééducation préopératoire

Il est recommandé que le médecin traitant prescrive 10 séances de kinésithérapie préopératoire, afin d'établir un premier contact et de débiter un traitement préparatoire.

La kinésithérapie préopératoire vise surtout à :

- optimiser le secteur d'amplitude articulaire ;
- renforcer les muscles du membre inférieur ;
- éduquer le patient aux exercices, transferts, types de marches, montée/descente d'escalier avec cannes du postopératoire ;
- optimiser les capacités ventilatoires ;
- informer le patient sur le déroulement de la phase postopératoire (pansement, drains, possibilités fonctionnelles, actions thérapeutiques, etc.).

4.1.2 Rééducation en phase aiguë

La rééducation démarre au plus tôt, si possible sans attendre l'ablation des drains et du pansement compressif.

Elle vise principalement à :

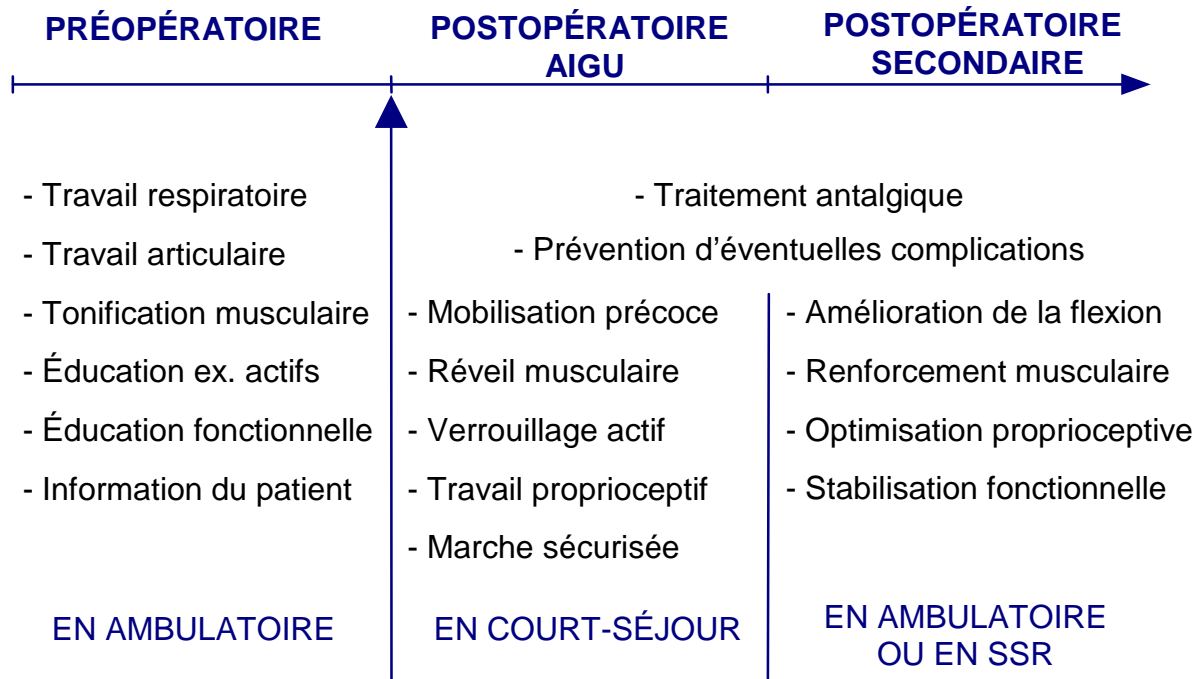
- diminuer les douleurs ;
- prévenir les troubles ventilatoires, trophiques et circulatoires ;
- restaurer la mobilité du genou ;
- obtenir le verrouillage actif du genou en extension ;
- sécuriser l'indépendance fonctionnelle du patient.

4.1.3 Rééducation secondaire

La rééducation secondaire suit principalement 5 objectifs :

- diminuer les douleurs ;
- rester vigilant sur l'évolution et le dépistage d'éventuelles complications ;
- améliorer le gain d'amplitude ;
- obtenir un contrôle actif du genou afin d'avoir une bonne stabilité ;
- obtenir une parfaite stabilité fonctionnelle (déambulation, transferts, équilibre).

Ce programme peut être schématisé, pour un parcours simple, de la façon suivante :



4.2 Techniques de rééducation

Confronté à la pauvreté de la littérature sur la validité des techniques de rééducation, prises isolément, dans le cadre de la prise en charge de la PTG et en absence de contre-indication, le groupe de travail ne peut que recommander d'associer les techniques suivantes :

► Massage

En dehors de ses contre-indications habituelles, le massage est recommandé pour la prise de contact avec le patient, le drainage circulatoire, l'antalgie, la libération des tissus cutanés et sous-cutanés, et la préparation du travail musculaire et proprioceptif.

► Cryothérapie

La cryothérapie isolée ou compressive est recommandée pour réduire l'inflammation et l'épanchement articulaire.

► Électrostimulation antalgique

Il n'y a pas suffisamment de preuve scientifique pour inclure ou exclure l'électrostimulation antalgique en postopératoire.

► Électrostimulation excitomotrice

Associée aux techniques manuelles, l'électrostimulation musculaire peut favoriser la levée de sidération musculaire et la récupération de la force musculaire.

Il existe un consensus implicite pour utiliser un signal électrique, symétrique à moyenne nulle évitant les effets du courant polarisé :

- fréquence : de 8 à 20 Hz pour stimuler les fibres I et de 20 à 40 Hz pour les fibres II et III ;
- durée d'impulsion : entre 200 µs et 400 µs ;
- temps de stimulation : de 20 à 30 minutes ;
- temps de repos au moins double du temps de travail.

► Mobilisation passive manuelle

La mobilisation passive manuelle est une technique incontournable de la rééducation après pose de PTG.

► **Mobilisation passive continue par arthromoteur**

Afin d'entretenir le gain d'amplitude articulaire, il est recommandé de mettre en œuvre la mobilisation passive continue par arthromoteur le plus rapidement possible après l'intervention, dans des conditions d'hygiène stricte et en veillant à ne pas perturber la cicatrisation.

La MPC est toujours associée à la mobilisation passive manuelle.

La flexion est progressivement augmentée, selon la tolérance du patient, le gain d'amplitude active et les consignes chirurgicales.

► **Mobilisation autopassive**

La mobilisation autopassive complète le recours à l'arthromoteur.

► **Mobilisation active**

La mobilisation active est utilisée sous toutes ses formes : libre, aidée et résistée.

Le renforcement musculaire concerne tous les muscles du membre inférieur. Il peut être analytique et fonctionnel, manuel et mécanique ; il est toujours progressif.

► **Myo-feed-back (rétroaction musculaire)**

Le *myo-feed-back* est utile pour optimiser le contrôle de la contraction musculaire.

► **Reprogrammation proprioceptive**

La reprogrammation neuromotrice doit commencer précocément, en décharge, puis en charge, du bipodal pour aller progressivement vers l'unipodal. Les stimulations sont réalisées au niveau du genou, des ceintures pelvienne et scapulaire. Le travail de l'équilibre peut être poursuivi sur plan instable.

La marche est réalisée sur terrain plat, sans et avec obstacles, puis en terrain accidenté.

La reprogrammation neuromotrice s'inscrit dans un programme éducatif de prévention des chutes.

► **Rééducation fonctionnelle**

Exercices de mises en situation en conditions variées de déambulation, transferts, équilibre, etc.

► **Balnéothérapie**

Les mobilisations passives et actives en balnéothérapie sont indiquées en complément de la rééducation à sec, pour améliorer la mobilité, favoriser le renforcement musculaire, améliorer la proprioception et optimiser la marche.

► **Éducation thérapeutique du patient**

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à prévenir les complications évitables et favoriser l'acquisition de compétences thérapeutiques par le patient.

Dans le cadre de la rééducation pré et postopératoire, il est recommandé d'aider le patient à développer des compétences lui permettant de :

- prévenir les complications évitables ;
- connaître et comprendre les gestes interdits et les restrictions fonctionnelles qui en découlent ;
- acquérir les gestes ou les aides techniques permettant de compenser les restrictions fonctionnelles en respectant les consignes chirurgicales ;
- participer activement à sa rééducation (automobilisations, application de cryothérapie, mise en déclive régulière du membre, reprise progressive des activités, etc.) ;
- mettre en œuvre des modifications de son mode de vie destinées à ménager les genoux (contrôle du poids, repos, éviter les longues marches, les escaliers, le port de charge lourdes, les talons hauts, les stations debout prolongées, etc.) ;
- impliquer son entourage dans la gestion du traitement postopératoire et des répercussions qui en découlent.

Par ailleurs, les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de rééducation doivent donner au patient toutes les informations conformément à la loi du 4 mars 2002.

5 Critères de suivi

5.1 Indicateurs structurels

- Douleur ;
- Mobilité ;
- Force musculaire ;
- Œdème.

5.2 Indicateurs fonctionnels

- Marche ;
 - périmètre de marche,
 - vitesse de marche,
 - qualité de marche ;
- Équilibres bipodal et unipodal ;
- Activités supérieures de marche ;
 - transferts,
 - escaliers.

5.3 Qualité de vie

L'utilisation d'échelles validées permet d'objectiver l'évolution des indicateurs fonctionnels et de qualité de vie du patient.

6 Comparaisons économiques selon les modalités d'orientation

L'analyse économique constitue un critère d'orientation secondaire dès lors que les deux modes de prise en charge sont possibles et acceptés.

Selon les données cliniques analysées et suite à un accord professionnel, l'arthroplastie totale de genou ne nécessite pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière systématique à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation.

L'intérêt de l'analyse économique était d'évaluer la différence de dépenses en fonction du mode de prise en charge. L'évaluation économique avait pour objectif d'identifier les montants remboursés et non remboursés par l'Assurance maladie, l'économie potentielle réalisée par celle-ci à l'échelle individuelle ainsi que le reste à charge du patient. L'analyse a été effectuée sur les quatre premières semaines postopératoires et comparait une prise en charge en rééducation en SSR (hospitalisation complète ou de jour) à une prise en charge en rééducation en ambulatoire. D'autres modes de prise en charge en rééducation sont possibles en postopératoire (par exemple un séjour en SSR de courte durée suivi d'une autorééducation), mais n'ont pas été évalués. Quel que soit le mode de prise en charge, on comparait des patients à état de santé équivalent (hors cas de complications). Le cas du patient isolé socialement n'a pas été considéré.

À partir des hypothèses retenues, on a constaté des dépenses de la rééducation en SSR plus élevées que les dépenses liées à la rééducation en ambulatoire. Le reste à charge du patient était également plus important en cas d'hospitalisation (900 € en moyenne en ambulatoire contre plus de 1 300 € en cas d'hospitalisation).

Cette évaluation reste néanmoins extrêmement théorique, dans la mesure où plusieurs hypothèses étaient envisageables. Une étude de *micro-costing* fondée sur des données de consommations réelles permettrait d'obtenir une évaluation plus proche de la réalité.

Selon les données du PMSI 2004-2005, 55,1 % des patients après pose d'une PTG étaient pris en charge en SSR. De plus, les données de la littérature relatives à l'organisation des soins ont montré que le transfert des patients vers le SSR est justifié. Une étude sur le caractère approprié ou non des transferts vers le SSR, fondée sur des données réelles, serait également intéressante.

Par ailleurs, les données de la littérature relatives à l'organisation des soins rapportaient une difficulté d'admission en SSR due au manque de place et se traduisant par des séjours prolongés des patients dans les services de court séjour (MCO). Suite aux recommandations émises, le flux des patients après PTG, pourra se reporter, sous réserve de la disponibilité de l'offre, en ambulatoire.

Annexes

Annexe 1 : Niveau de preuve

Extrait tiré du guide méthodologique « Analyse de la littérature et gradation des recommandations », Anaes 2000.

Tableau 12. Grade des recommandations	
Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 Études cas-témoins	C
Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	Faible niveau de preuve

Annexe 2 : Liste des abréviations

Mots	Abréviation
Test de marche de 6 minutes	TM6
Affection de longue durée	ALD
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	Anaes
Agence technique de l'information hospitalière	ATIH
Bilan-diagnostic en masso-kinésithérapie	BDK
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	CNAMTS
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	DREES
Durée moyenne de séjour	DMS
Échelle visuelle analogique	EVA
<i>Functional assessment system</i>	FAS
Haute Autorité de Santé	HAS
Hertz	Hz
<i>Hospital for special surgery</i>	HSS
Hospitalisation à domicile	HAD
Hospitalisation de jour	HDJ
<i>International knee society</i>	IKS
Kinésithérapie classique	KC
<i>Knee injury and osteoarthritis outcome score</i>	KOOS
Masseur-kinésithérapeute	MK
Médecine chirurgie obstétrique (service hospitalier de court séjour)	MCO
Médecine physique et de réadaptation	MPR
Mobilisation passive continue	MPC
Nomenclature des actes professionnels	NGAP
Prise en charge	PEC
Programme médicalisé des systèmes d'information	PMSI
Prothèse totale de genou	PTG
Prothèse totale de hanche	PTH
Recommandations pour la pratique clinique	RPC
Résumé hebdomadaire anonymisé	RHA
Services de soins infirmiers à domicile	SSIAD
<i>Short-form 36</i>	SF-36
Soins de suite ou de réadaptation	SSR
<i>Stair climbing test</i>	SCT
Syndrome algo-neuro-dystrophique	SAND
<i>Test up and go</i>	TUG
<i>Transcutaneous electrical nerve stimulation</i>	TENS
Ultrason	US
Véhicule sanitaire léger	VSL
<i>Western ontario and McMaster universities</i>	WOMAC
x ^e jour postopératoire	J(x)

Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode *Recommandations pour la pratique clinique (RPC)* est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► **Choix du thème de travail**

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes :

► **Comité d'organisation**

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les cibles professionnelles concernées. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► **Groupe de travail**

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe, en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations, en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► **Rédaction de la première version des recommandations**

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► **Groupe de lecture**

Un groupe de lecture est constitué par la HAS, selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier, et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (commission *Évaluation des stratégies de santé*).

► **Version finale des recommandations**

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la commission *Évaluation des stratégies de santé*. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

► **Validation par le Collège de la HAS**

Sur proposition de la commission *Évaluation des stratégies de santé*, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► **Diffusion**

La HAS met en ligne gratuitement sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► **Travail interne à la HAS**

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques, sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais. Lorsque cela est jugé pertinent, une analyse économique est réalisée par un chef de projet économiste. Cette analyse est fondée sur une revue critique de la littérature et, en fonction du thème, sur une analyse des bases de données existantes (Assurance maladie, données d'hospitalisation publique et privée, etc.).

► **Gradation des recommandations**

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS. En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein des groupes de travail et de lecture.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France ».

Ce guide est téléchargeable gratuitement sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie ;
- Association nationale des kinésithérapeutes salariés ;
- Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs ;
- Objectif kiné ;
- Société française d'arthroscopie ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Société française de kinésithérapie ;
- Société française de médecine physique et de réadaptation ;
- Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs.

Comité d'organisation

M. Patrick Béguin, masseur-kinésithérapeute, La Seyne-sur-Mer ;
M. Jacques Chervin, masseur-kinésithérapeute, Saint-Maurice ;
Dr Pierre-Henri Flurin, chirurgien orthopédiste, Mérignac ;
Dr Pascal Gleyze, chirurgien orthopédiste, Colmar ;
M. Jean-Pierre Godard, masseur-kinésithérapeute, Vitry-sur-Seine ;
Dr Francis Lemoine, médecin de médecine physique et de réadaptation, Vallauris ;

Pr Jean-Luc Lerat, chirurgien orthopédiste, Lyon ;
M. Jean-Jacques Magnies, masseur-kinésithérapeute, Fournes-en-Weppes ;
M. Thierry Marc, masseur-kinésithérapeute, Montpellier ;
Pr Jacques Pelissier, médecin de médecine physique et de réadaptation, Nîmes ;
M. Maurice Ramin, masseur-kinésithérapeute, Auribeau-sur-Siagne.

Groupe de travail

Dr Philippe Carret, médecin généraliste, Cahors – président du groupe de travail ;
M. Pascal Gouilly, masseur-kinésithérapeute, Metz – chargé de projet ;
M. Michel Gedda, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine ;
Mlle Célia Primus, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine ;

Dr Isabelle Banaïgs, médecin de médecine physique et de réadaptation, Vallauris ;
M. Johann Berthe, masseur-kinésithérapeute, Paris ;
M. Jean-Paul Carcy, masseur-kinésithérapeute, Angoustrine ;
Dr Jean-Loup Cartier, chirurgien orthopédiste, Gap ;
Mme Christine Cheyron, masseur-kinésithérapeute, Paris ;
Dr Patrick Dijan, chirurgien orthopédiste, Paris ;
M. Gilles Ficheux, masseur-kinésithérapeute, Ménuccourt ;

Pr Christophe Hulet, chirurgien orthopédiste, Caen ;
Dr Franck Le Gall, médecin de médecine physique et de réadaptation, Clairefontaine ;
M. Marc Messina, masseur-kinésithérapeute, Bidart ;
M. Yves Postil, masseur-kinésithérapeute, Chasseneuil-sur-bonnieure ;
Dr Julien Taurand, médecin de médecine physique et de réadaptation, Dole ;
Dr Jean-François Toussaint, médecin de médecine physique et de réadaptation, Colomier.

Groupe de lecture

M. Christian Abalea, masseur-kinésithérapeute, Besançon ;

Mme Nicole Almeras, cadre supérieur de santé, Nîmes ;

M. Gilles Barette, masseur-kinésithérapeute, Paris ;

Dr Jean-Jacques Barrault, médecin de médecine physique et de réadaptation, Lamalou-les-Bains ;

Mme Véronique Billat, masseur-kinésithérapeute, Neufchâteau ;

Dr Jean-Pierre Blaquart, médecin généraliste, Roumazières-Loubert ;

Pr Marie-Odile Carrère, économiste, Lyon ;

M. Yves Chatrenet, masseur-kinésithérapeute cadre de santé, Passy ;

Dr Philippe Colombet, chirurgien orthopédiste, Mérignac ;

M. Guy Cordesse, masseur-kinésithérapeute, la Ferté sous Jouarre ;

M. Frédéric Dubois, masseur-kinésithérapeute, Amiens ;

Mme Marie-Josée Duque-Ribeiro, masseur-kinésithérapeute, Paris ;

M. Stéphane Fabri, masseur-kinésithérapeute, Montpellier ;

Mme Annalina Fenigstein, masseur-kinésithérapeute cadre supérieur de santé, Colmar ;

Dr Bertrand Galaud, chirurgien orthopédiste, Caen ;

Dr Jean-Yves Guincestre, médecin de médecine physique et de réadaptation, Caen ;

Mme Françoise Hanusse, masseur-kinésithérapeute, Le Bouscat ;

Dr Eric Laboute, médecin de médecine physique et de réadaptation, Capbreton ;

Dr Franck Lacaze, chirurgien orthopédiste, Montpellier ;

Dr Erick Laprelle, médecin de médecine physique et de réadaptation, Bruges ;

M. Marc Laurent, masseur-kinésithérapeute, Tourcoing ;

M. Jean-François Lavillonnière, masseur-kinésithérapeute, Chissay-en-Touraine ;

Dr Luc Lhotellier, chirurgien orthopédiste, Paris ;

M. Stéphane Michel, masseur-kinésithérapeute, Montoux ;

M. Bertrand Morice, masseur-kinésithérapeute, Saint-Nazaire ;

M. Michel Paparemborde, masseur-kinésithérapeute, Lille ;

M. Bernard Petitdant, masseur-kinésithérapeute, Nancy ;

Dr Ivan Prothoy, médecin du sport, Gap ;

M. Olivier Rachet, masseur-kinésithérapeute, Hauteville-Lompnes ;

M. Michel Raux, masseur-kinésithérapeute, Saint-Apollinaire ;

M. Dominique Richard, masseur-kinésithérapeute, Nîmes ;

Dr Olivier Rouillon, médecin de médecine physique et de réadaptation, Villiers-sur-Marne ;

Dr Jean-Yves Salle, médecin de médecine physique et de réadaptation, Limoges ;

M. François Sarton, masseur-kinésithérapeute, Boissise-le-Roi ;

Dr Philippe Seynaeve, médecin de médecine physique et de réadaptation, Strasbourg ;

M. Frédéric Srour, masseur-kinésithérapeute, Paris ;

M. Jacques Vaillant, masseur-kinésithérapeute, Grenoble.

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des membres cités ci-dessus ainsi que les personnes dont les noms suivent, pour leur implication dans l'extraction des données du PMSI ou leur relecture en interne au sein de la HAS :

Mme Sandra Marcadé, ATIH, Lyon ;

Mme Nathalie Préaubert-Hayes, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine ;

Dr Guillermo Jasso-Mosqueda, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine ;

Dr Pierre Métral, ATIH, Lyon.

Fiche descriptive

TITRE	Critères de suivi en rééducation et d'orientation après arthroplastie totale du genou
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date de mise en ligne	Janvier 2008
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	Cf. <i>Introduction</i>
Professionnel(s) concerné(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Chirugiens orthopédistes • Masseurs-kinésithérapeutes • Médecins généralistes • Médecins de médecine physique et réadaptation
Demandeur	Autosaisine de la HAS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS) : <ul style="list-style-type: none"> • Service des recommandations professionnelles • Service médico-économique et santé publique
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : M. Michel Gedda, chef de projet du Service des recommandations professionnelles de la HAS (adjoint au chef de service : Dr Najoua Mlika-Cabanne) et Mlle Célia Primus, chef de projet du Service d'évaluation médico-économique en santé publique de la HAS (chef de service : Mme Catherine Rumeau-Pichon) Secrétariat : Mlle Laetitia Cavalière Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef de Service de documentation : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Philippe Carret, médecin généraliste, Cahors), groupe de lecture, cf. <i>Liste des participants</i> Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS
Recherche documentaire	De 1990 à septembre 2007 690 articles identifiés, 277 articles analysés dont 190 cités
Auteurs de l'argumentaire	M. Pascal Gouilly, masseur-kinésithérapeute, Metz M. Michel Gedda, chef de projet, Saint-Denis La Plaine Mlle Célia Primus, chef de projet, Saint-Denis La Plaine
Validation	Avis de la commission Évaluation des stratégies de santé le 11 décembre 2007 Validation par le Collège de la HAS le 16 janvier 2008
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Consensus formalisé « 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 », (HAS 2006)



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr