

Rééducation dans les fractures avec ou sans luxation, opérées ou non, du coude chez l'adulte

DOSSIER DE SAISINE

➤ Intitulé du projet

Référentiel relatif aux soins de masso-kinésithérapie concernant la rééducation après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte.

➤ Type de produit soumis

Référentiel d'actes en série, en application du premier alinéa de l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article L 162-1-7

La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L.165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article

L.315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L.162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

Tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée au troisième alinéa.

➤ Champ du projet

Le champ du projet concerne les fractures avec ou sans luxation du coude chez l'adulte, quels qu'en soient la localisation et le traitement. Les luxations isolées de l'articulation du coude sont exclues de ce champ.

➤ Contexte

Aspects Réglementaires :

Une procédure d'entente préalable était initialement prévue à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour l'ensemble des actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle¹.

En 2008, dans le cadre de travaux relatifs à la simplification administrative, une première réforme de la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie a réservé la formalité de l'entente préalable aux seuls patients nécessitant plus de trente séances sur une période de douze mois, soit environ 20 % de l'activité des masseurs kinésithérapeutes².

L'observation de pratiques hétérogènes en matière de rééducation³ a amené, dans un second temps, à proposer une médicalisation des demandes d'accord préalable (DAP).

Cette orientation a été rendue possible par la Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 (article 42), qui a modifié l'article L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale⁴. Dans le cas de la prescription d'actes réalisés en série, cet article donne à l'UNCAM⁵ la possibilité de saisir la HAS afin qu'elle élabore ou valide, sur proposition de l'UNCAM, un référentiel définissant le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire à la poursuite à titre exceptionnel de la prise en charge.

Ce seuil n'est ni :

- une recommandation de bonne pratique,
- un nombre standard de séances qui s'appliquerait à tous,
- un nombre de séances maximum au-delà duquel la prise en charge par la sécurité sociale n'est plus possible.

Les situations de rééducation soumises à référentiel étant amenées à se développer sur le champ ostéo-articulaire, les partenaires conventionnels se sont accordés⁶ pour supprimer les DAP pour les pathologies non couvertes par un référentiel.

Depuis le 13 avril 2012⁷, cette procédure est officiellement réservée aux seules pathologies couvertes par un référentiel de masso-kinésithérapie validé par la Haute Autorité de Santé, pour lesquelles des seuils ont été fixés. Elle vise à optimiser la réalisation des actes en série en réservant la formalité d'accord préalable aux situations de rééducation nécessitant, à titre exceptionnel, la poursuite de la prise en charge du traitement au-delà de ce seuil.

¹ NGAP- Livre III de la liste des actes et prestations adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005- Titre XIV : Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle- deuxième alinéa : « Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre sont soumis à la procédure de l'entente préalable »

² Décision UNCAM du 13 décembre 2007, parue au JO du 8 mars 2008

³ Dans les départements à forte densité de masso-kinésithérapeutes, les traitements comportent en moyenne plus de séances de rééducation par patient, constat qui tend à confirmer l'influence de l'offre de soins sur les pratiques

⁴ L'article .162-1-7 du CSS traite de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie des actes et prestations

⁵ Union nationale des caisses d'assurance maladie

⁶ Avenant n° 3 à la convention des MK du 10/01/2012

⁷ Décision UNCAM du 09 février 2012, publiée au JO le 13 avril 2012

Définition, épidémiologie et physiopathologie des fractures du coude :

Les fractures du coude comprennent les fractures de l'extrémité distale de l'humérus et les fractures de l'extrémité proximale du radius ou du cubitus [1-3].

Chez l'adulte, ce sont les fractures de l'extrémité proximale du radius qui sont les plus fréquentes (50 %). Les fractures de l'olécrane, pour leur part, représenteraient 20 % des fractures du coude de l'adulte [1,5].

Répartition des principales fractures du coude selon le siège et l'âge [1, 2, 5, 6, 7]

OS	Siège	Part chez l'adulte	Part chez l'enfant
Radius	Tête radiale	50 %	5 %
Cubitus	Processus coronoïde	5 %	rare
	Olécrâne	20 %	5 %
Humérus	Epicondyle médial	rare	10 %
	Epicondyle latéral	rare	rare
	Supra condylienne	10 %	60 %
	Condyle médial	rare	rare
	Condyle latéral	5 %	15 %

Les fractures du coude sont des accidents fréquents lors de la pratique de sports (cyclisme, roller, ski...) mais aussi lors de chutes banales (escaliers, chantier...) ou encore par accident de la voie publique (motos...).

Il en existe plusieurs classifications (AO, Mason, Lagrange et Rigault, Gartland...) [6, 7, 12,13].

Evolution et pronostic

Chez l'adulte, les fractures de la tête radiale ont pour principale complication l'enraidissement tant en flexion-extension qu'en prono-supination [7, 8,9].

La fréquence de cette complication est difficile à apprécier (absence de données retrouvées dans la littérature). Sa prise en charge peut être complexe (arthrolyse) et allonger sensiblement le temps de rééducation [10]. D'autres complications telles que les syndromes douloureux régionaux complexes (SDRC) peuvent également survenir.

Traitement

Le traitement dépend du type de fracture, intra ou extra articulaire, avec ou sans déplacement. Il peut être orthopédique, par réduction et immobilisation plâtrée, ou chirurgical (embrochage, plaques vissées, résection arthroplastie,...) [14-17].

Il n'existe pas de recommandation nationale concernant la rééducation après fracture du coude. Cependant, la nécessité de celle-ci est habituellement admise.

Le coude présente un risque important de perte de mobilité post traumatique [20]. L'objectif essentiel de la rééducation, outre le traitement de la douleur, sera de prévenir la raideur par une mobilisation articulaire précoce [9-19-21-23], indispensable pour assurer une récupération fonctionnelle optimale [18]. La rééducation devra s'efforcer d'obtenir dans les

premières semaines après ablation de l'immobilisation, la mobilité la plus complète possible [9, 17, 19, 24].

La récupération de la force musculaire permettra également de retrouver un coude stable, mobile et indolore.

➤ **Méthode d'élaboration du référentiel :**

1- Recherche bibliographique :

- Bases automatisées de données bibliographiques :

Liste des bases interrogées : Medline, Pubmed

Mots clés: fracture (or dislocation), elbow, epidemiology, physiotherapy

- Sites internet :

Sites internet des sociétés savantes : SOFMER, SOFCOT

Moteur de recherche Google

Mots clés anglais/français : fracture, elbow, epidemiology, physiotherapy, recommandations, guidelines

- Autres sources:

Encyclopédie médico-chirurgicale

Guides nord-américains de retour au travail

2- Analyse des bases de données de l'Assurance maladie :

- Résultats de l'enquête de 2001 [27] : enquête inter-régimes à partir d'un échantillon, représentatif au plan national, de 18 870 ententes préalables recueillies pendant une semaine en mars 2001. Le recueil des informations a été réalisé auprès du patient exclusivement, au cours d'un entretien avec 17 615 patients.

- Données PMSI MCO 2007 : analyse⁸ des séances de masso- kinésithérapie effectuées dans les 6 mois suivant la sortie d'un séjour en établissement MCO comprenant l'un des actes CCAM suivants: MBCB001; MBEP002; MBCA010; MBCA006; MBCA003; MBCA012; MBCA008; MBCB004; MBCB003; MCEP002; MCCA011; MCCA001; MCCB001; MCCA009; MCCB005 (limitée aux bénéficiaires de moins de 80 ans).

3- Recueil de la position des organismes professionnels :

La CNAMTS a sollicité les professions impliquées dans la prise en charge des fractures du coude (chirurgiens orthopédistes, médecins rééducateurs, masseurs-kinésithérapeutes), lors d'une réunion intervenue à la CNAMTS le 7 octobre 2011 entre des représentants des sociétés savantes (SOFMER, SOFCOT, AFREK) et de l'Assurance maladie (DProf).

Le seuil proposé dans ce document, élaboré dans un premier temps sur la base de la littérature et l'analyse des bases de données de la CNAMTS, a été discuté avec ces représentants lors de la réunion du 7/10/2011. La position des divers participants a fait l'objet d'un compte-rendu dont les éléments essentiels sont repris ci-dessous.

➤ **Fondements retenus**

⁸ A partir de la base Erasme V1 : séances de kiné effectuées dans les 6 mois suivant sa sortie, remboursés dans l'année.

1- Données de la littérature :

Peu de recommandations internationales concernent la rééducation des fractures du coude [1, 2, 8]. Les guides nord-américains de « retour au travail » (return to work) fournissent des durées de rééducation indicatives.

Guide	Pathologie	Rééducation
The Medical Disability Advisor	Fracture, humerus, distal	Après traitement non chirurgical : 20 séances sur 12 semaines
		Après traitement chirurgical : 20 séances sur 12 semaines
Official Disability Guidelines. Work Loss Data Institute	Fracture of humerus	Après traitement non chirurgical : 18 séances sur 12 semaines
		Après traitement chirurgical : 24 séances sur 14 semaines
Official Disability Guidelines. Work Loss Data Institute	Fracture of radius and ulna	Après traitement chirurgical ou non chirurgical : 16 séances sur 8 semaines
Travail Sécuritaire Nouveau-Brunswick,	Fracture du coude	<i>Le point d'appui du programme de réadaptation par la physiothérapie est l'introduction précoce des exercices d'amplitude (flexion, extension, pronation, supination) de concert avec une protection contre les forces excessives, et ce, jusqu'à la consolidation de la fracture (6 à 8 semaines).</i>

On notera que le Medical Disability Advisor ne définit pas de nombre de séances pour les fractures de l'extrémité proximale du radius. [1, 2, 25,26].

2- Description des pratiques

La CNAMTS recensait en 2007, 18 056 séjours pour réduction orthopédique ou ostéosynthèse pour fracture de l'extrémité distale de l'humérus ou de l'extrémité proximale d'un os de l'avant-bras. Le retour à domicile a eu lieu dans 95,9 % des cas.

Parmi les patients sortis à domicile, 7 199 (40 %) ont bénéficié de soins de masso-kinésithérapie. En moyenne, ces patients ont effectué 31 séances de rééducation. Un tableau reprenant les données par libellé CCAM est joint en annexe.

L'enquête de 2001 réalisée par la CNAMTS [27] sur les demandes d'ententes préalables montrait que la rééducation des traumatismes du coude représentait 1 % de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes.

Les ententes préalables initiales représentaient 65 % des ententes préalables reçues au service médical durant la période de l'étude.

En cas de prescription initiale, le nombre moyen de séances prescrites était de 14 ; il était de 13 en cas de prolongation de traitement.

3- Position des organismes professionnels

Une réunion est intervenue à la CNAMTS le 7 octobre 2011 entre des représentants des sociétés savantes (SOFMER, SOFCOT, AFREK) et de l'Assurance maladie (DProf).

Selon la SOFMER et la SOFCOT, les problèmes consécutifs aux fractures du coude sont liés à l'immobilisation et aux complications que sont le syndrome douloureux régional complexe et la raideur. Il a donc été indiqué qu'il était nécessaire de commencer la

rééducation précocement. Ces remarques ont été prises en compte dans la rédaction du référentiel.

Lors de la présentation du projet à l'observatoire du 25/09/2012, la FFMKR et l'UNSMKL ont demandé à ce que soient distinguées les fractures des adultes de celles des enfants, car elles ne sont pas du même ordre et n'ont pas les mêmes problématiques. Cette remarque a été prise en compte par l'UNCAM et la proposition finale faite à la HAS ne concerne que l'adulte.

La SOFMER et la SOFCOT n'ont pas émis de remarque particulière ni d'objection au nombre de séances initialement proposé (30).

L'AFREK a souhaité que ce nombre soit porté à 40, afin de prendre en compte la possible apparition d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC), sans pour autant préciser de données quant à la fréquence d'apparition d'un tel syndrome. Cependant, selon les données épidémiologiques disponibles, cette complication est présente dans moins de 20 % des situations. Dans le premier projet soumis à la HAS (novembre 2012) le seuil proposé avait été fixé à 35 séances.

➤ **Projet proposé**

Etant attendu que :

- les données de littérature précisant le nombre de séances de rééducation recommandé ou défini dans une situation de fracture avec ou sans luxation du coude chez l'adulte situent celui-ci entre 16 et 24 séances ;
- en l'absence de nomenclature traçante, les données observées pour les patients sortant d'un séjour hospitalier comprenant un acte CCAM relatif au traitement chirurgical ou orthopédique d'une fracture du coude font apparaître un nombre moyen de 31 séances de rééducation ;
- la majorité des organismes professionnels consultés n'a pas émis de remarque particulière ni d'objection au seuil proposé par l'Assurance maladie (30)⁹ ;
- la première proposition de seuil (35), soumise par l'UNCAM à la HAS le 13 novembre 2012 n'a pas été validée (décision du 6 mars 2013), la valeur proposée était supérieure aux données de la littérature, aux données de pratique observées et à la position de la majorité des organismes professionnels ;
- le nouveau dispositif des DAP a été mis en place dans un but de simplification administrative de façon à ce que les demandes soumises au contrôle médical ne concernent que des situations exceptionnelles,

Au vu de l'ensemble de ces éléments, le nombre de séances de masso-kinésithérapie au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie est nécessaire pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge en cas de fracture non chirurgicale de l'extrémité proximale de l'humérus chirurgicale est fixé à 30.

⁹ Seule l'AFREK avait proposé un seuil à 40

Références

1. Medical Disability Advisor. Fracture, Radius, Proximal. Disponible sur : <http://www.mdguidelines.com/>
2. Medical Disability Advisor. Fracture, Humerus, Distal. Disponible sur : <http://www.mdguidelines.com/>
3. Draper R. Elbow Injuries and Fractures. Disponible sur : <http://www.patient.co.uk/doctor/Elbow-Injuries-and-Fractures.htm>
4. Brubacher J, Doods S. Pediatric supracondylar fractures of the distal humerus. Curr Rev Musculoskelet Med (2008) 1:190-196
5. Riego de Dios R, Norris B. Elbow, Fractures and dislocations – Adult. Disponible sur : <http://emedicine.medscape.com/article/389069-overview>
6. De Boeck H. Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. Encycl Méd Chir 2003. Techniques chirurgicales – Orthopédie-Traumatologie, 44-324, 2003, 13p
7. Bonnevalle P. Fractures récentes de l'extrémité proximale des deux os de l'avant-bras de l'adulte. Encycl Méd Chir 2000, Appareil locomoteur 14-043-A-10, 13p
8. Brath M. Rééducation après traumatismes du coude. Hôpitaux Universitaires de Genève Disponible sur : <http://pps.hug-ge.ch/physiotherapeutes/Procedurefractcoude091127.pdf>
9. Chantelot C, Wavreille G. Fracture de la palette humérale de l'adulte. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/50925/resultatrecherche/3>
10. Judet T. L'arthrolyse dans les raideurs post-traumatiques du coude, EMC, conférences d'enseignement (n° 99), 2010.
11. Houvet P. Fractures de la tête radiale. I.F.C.M . Disponible sur : <http://www.institut-main.fr/les-pathologies/les-urgences/urgences-rencontres/les-fractures-de-la-tete-radiale.html-121.html>
12. Massin P. Les fractures de la palette humérale. Disponible sur : <http://www.med.univ-angers.fr/cours/orthopedie/D1/Palettes/Palettehum.doc>
13. Masmejean E, Chantelot CH, Augereau B. Protocole de traitement des fractures récentes de la tête radiale : place de la prothèse de tête radiale. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2005;4(3):1-4
14. Nogier A, Laval G, Allain J. Diagnostic et traitement des fractures fraîches de l'olécrâne. Maîtrise Orthopédique 2005 Avr;143
15. Judet T, Garreau de Loubresse C, Piriou P, Martinet P. Prothèse de tête radiale. Indication et technique opératoire. Maîtrise Orthopédique 1998 oct ;77
16. Moulies D, Longis B. Fracture du condyle externe du coude de l'enfant. GECO 2002. Disponible sur : <http://www.geco-medical.org/geco2002/moulies.html>
17. Le Meur A, Luisy I. La rééducation des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus : lutte contre la raideur. KS 2001 Oct ;415

18. Masmejean E, Chapin-Bouscarat B, Terrade P, Oberlin C. Pathologies du coude & Rééducation. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Kinésithérapie – Médecine Physique – Réadaptation, 26-213-B-10, 1998, 10 p.
19. Dauce Y, Chapin-Bouscarat B. Rééducation des fractures de la tête radiale : compromis stabilité-mobilité. KS 2001 Oct ;415
20. Sokolow C. Raideur du coude post traumatique. I.F.C.M. Disponible sur : <http://www.institut-main.fr/page.php?id=167>
21. Murtezani A, Pustina A, Bytyçi C, Hundozi H. Rehabilitation of children after elbow injuries. Niger J Med 2007 Apr-Jun;16(2):138-42
22. Wells J, Ablove BS et RH. Coronoid Fractures of the Elbow. Clin Med Res 2008; 6(1):40-44
23. Chinchalkar SJ, Szekeres M. Rehabilitation of elbow trauma. Hand Clin 2004 Nov;20(4):363-74
24. Quesnot A, Chanussot J-C. Rééducation de l'appareil locomoteur-Tome 2 : membre supérieur. Abrégés de Elsevier-Masson 2010 Oct
25. Gozna Eric R. Lignes directrices en matière de gestion des réclamations liées aux fractures au niveau des extrémités, CSSIAT du Nouveau-Brunswick, septembre 2000
26. Official Disability Guidelines. Fracture of humerus. Work Loss Data Institute, 2009
27. Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés. Nouvelles pratiques de kinésithérapie. Bilan six mois après la réforme. Paris : CNAMTS; 2001.