

Rééducation des traumatismes récents du rachis cervical sans lésion neurologique

DOSSIER DE SAISINE

➤ Intitulé du projet

Référentiel relatif aux soins de masso-kinésithérapie concernant la rééducation d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique.

➤ Type de produit soumis

Référentiel d'actes en série, en application du premier alinéa de l'article L.162-1-7 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.

➤ Champ du projet

Lors de l'élaboration du référentiel concernant la « rééducation en cas de cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique »¹, les représentants des organismes professionnels sollicités ont souhaité que le cas des cervicalgies post-traumatiques (*whiplash*, essentiellement) soit traité de façon différenciée, du fait, notamment, de leur mécanisme étio-pathogénique particulier.

Ceci est l'objet du présent référentiel, dont le champ porte sur la rééducation des traumatismes récents du rachis cervical sans lésion neurologique.

Les traumatismes ayant bénéficié d'une chirurgie en urgence pour instabilité du rachis cervical sont exclus 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 fonctionnelle².

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 kinésithérapeutes³.

L'observation de pratiques hétérogènes en matière de rééducation⁴ 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 sociale⁵. Dans le cas de la prescription d'actes réalisés en série, cet article donne à l'UNCAM⁶ 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,

¹ Référentiel soumis à la HAS par l'UNCAM le 13/11/2012 et validé par le Collège de la HAS le 06/03/13

² 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 »

³ Décision UNCAM du 13 décembre 2007, parue au JO du 8 mars 2008

⁴ Dans les départements à forte densité de masseur-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

⁵ L'article L.162-1-7 du CSS traite de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie des actes et prestations

⁶ Union nationale des caisses d'assurance maladie

- 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 accordés⁷ pour supprimer les DAP pour les pathologies non couvertes par un référentiel.

Depuis le 13 avril 2012⁸, 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.

Physiopathologie

Les traumatismes du rachis cervical sans lésion neurologique sont généralement secondaires à un mécanisme de "fléau cervical" (en anglais: *whiplash*), communément appelé "coup du lapin". Ces traumatismes sont à l'origine de cervicalgies se distinguant par leurs circonstances d'apparition [1]: intervention d'un mécanisme associant accélération et décélération avec transfert d'énergie au rachis cervical. Ils sont le plus souvent secondaires à des accidents de circulation ou de sport (rugby, etc...).

Epidémiologie

La fréquence des traumatismes cervicaux en coup de fouet serait voisine de 1 / 1 000 individus par an en Amérique du Nord. Il est probable que cette fréquence soit à peu près similaire dans les pays dont le trafic routier est comparable [2-4].

Une étude suédoise menée entre 2000 et 2009 [33] a retrouvé une incidence globale annuelle des traumatismes cervicaux de 235/100 000. Les femmes représentaient 51,9 % des blessés.

Classification

Cinq stades sont proposés pour répartir les désordres clinico-anatomiques secondaires à des traumatismes cervicaux [15]:

- stade 0 : plainte non spécifique de la région cervicale sans signe clinique objectivable ;
- stade 1 : douleur générale du cou sans signe ;
- stade 2 : plainte cervicale et signes limités à la musculature cervicale ;
- stade 3 : plainte cervicale et signes neurologiques (réflexes tendineux diminués ou absents, déficits sensitivo-moteurs) ;
- stade 4 : douleur cervicale et fracture, dislocation du rachis.

Seuls les stades 1 et 2 sont concernés par ce référentiel (cervicalgies post-traumatiques sans atteinte neurologique durant la phase aiguë- 1 à 2 semaines- et sub-aiguë -3 à 12 semaines-).

Evolution et pronostic

Les symptomatologies mineures sont de loin les plus fréquentes après un traumatisme en coup de fouet cervical et les séquelles douloureuses disparaissent généralement après 2 ou 3 mois [13,14].

⁷ Avenant n° 3 à la convention des MK du 10/01/2012

⁸ Décision UNCAM du 09 février 2012, publiée au JO le 13 avril 2012

Toutefois, certaines études ont montré de grandes disparités internationales dans l'incidence de symptômes cliniques chroniques. Ces variations seraient liées à de multiples facteurs. Le système de protection sociale et d'indemnisation semble en être un paramètre déterminant [4-12].

Traitement

Les traumatismes récents du rachis cervical sans lésion neurologique relèvent d'une prise en charge médicale [4,16]. Le traitement médicamenteux comprend habituellement des antalgiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des décontractants musculaires.

Peu de techniques kinésithérapiques ont été validées isolément. Le plus souvent, les protocoles de recherche publiés dans la littérature associent différentes modalités thérapeutiques, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats [22]. De nombreuses publications indiquent néanmoins que l'immobilisation du rachis par collier cervical est inefficace et pourrait même nuire au rétablissement du patient.

La mobilisation active est associée à une réduction de l'intensité de la douleur et une amélioration de l'amplitude des mouvements [17,23-26]. Selon les recommandations de l'ANAES de 2003, les techniques de mobilisation active ont ainsi un effet bénéfique à court terme à condition d'être appliquées précocement (grade B) [21, 22]. En raison du retard possible au diagnostic de lésions graves dans les suites des traumatismes du rachis cervical, il est recommandé aux praticiens de s'appuyer sur un examen méthodique et soigné pour éliminer une contre-indication à la mise en route d'un traitement précoce par mobilisation active. Les informations recueillies portent sur le niveau de la douleur ressentie, la posture et les capacités fonctionnelles du patient, la mobilité du rachis cervical et l'aspect de la musculature superficielle du cou. Un modèle type de fiche de synthèse a été proposé par l'ANAES [21,22]. Outre l'évaluation de l'état du patient, ce bilan permet de poser les indications et de choisir les techniques kinésithérapiques adaptées. En cas d'évolution prolongée des plaintes, il est recommandé de ré adresser le patient au médecin traitant pour réévaluation clinique et/ou para clinique [21, 22].

De nombreuses études s'accordent aujourd'hui sur les recommandations suivantes [17-20] :

- rassurer le patient,
- traiter la douleur,
- traitement physique et rééducatif,
- retour aux activités normales aussitôt que possible,
- inefficacité des colliers cervicaux.

La prescription de masso-kinésithérapie comprendra la mise en œuvre de techniques à visée antalgique, à visée de gain de mobilité et de gain musculaire [13] : physiothérapie, massages et techniques myotensives décontractantes.

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

1- Recherche bibliographique :

- Bases automatisées de données bibliographiques :

Liste des bases interrogées : Medline, Pubmed.

Mots clés: whiplash, physiotherapy, epidemiology, neck pain.

- Sites internet :

Sites internet des sociétés savantes : SOFMER, SOFCOT.

Moteur de recherche Google.

Mots clés anglais/français: whiplash, neck pain, epidemiology, physiotherapy, task force, recommandations.

- 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 CNAMTS de 2001 [32] : 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.

3- Recueil de la position des professionnels

La CNAMTS a sollicité les professions impliquées dans la prise en charge des traumatismes récents du rachis cervical sans lésion neurologique (chirurgiens orthopédistes, médecins rééducateurs, masseurs-kinésithérapeutes) lors d'une réunion intervenue le 14 février 2013 entre des représentants des sociétés savantes (experts désignés par la SOFMER, la SOFCOT et le Collège de la masso- kinésithérapie) et de l'Assurance maladie (DProf).

Un premier projet de référentiel avait été adressé à l'ensemble des participants un mois avant la réunion, accompagné d'un questionnaire⁹ permettant à chaque expert de préciser :

- son avis sur le seuil proposé (accord/désaccord) ;
- l'argumentation étayant cet avis (références; fondement médical précisé);
- la proposition alternative proposée (argumentée).

La position des divers participants a fait l'objet d'un compte-rendu¹⁰ dont les éléments essentiels sont repris ci-dessous.

Les propositions de la CNAMTS et des experts des sociétés savantes ont été présentées aux représentants syndicaux des masseurs kinésithérapeutes lors de l'observatoire du 19 mars 2013.

➤ Fondements retenus

1- Données de la littérature

Les guides nord-américains de "retour au travail" (return to work) fournissent des durées de rééducation indicatives [30_31].

⁹ Les questionnaires remplis par les experts sont joints en annexe.

¹⁰ Joint en annexe

Guide	Pathologie	Rééducation
The Medical Disability Advisor	Sprains and strains, cervical spine (neck)	12 séances réparties sur 6 semaines
Official Disability Guidelines. Work Loss Data Institute	Sprains and strains of other and unspecified parts of back (847-0 Neck)	10 séances réparties sur 8 semaines (à raison de 1 à 3 séances par semaine)

Si plusieurs publications, reprises dans diverses recommandations, se sont attachées à démontrer l'efficacité, essentiellement antalgique, de différentes techniques de masso-kinésithérapie portant sur le rachis cervical, aucune n'a spécifiquement étudié la question de la durée optimale de traitement. La prescription d'une dizaine de séances, réalisées sur un rythme de deux à trois par semaine, est fréquemment mentionnée dans la littérature et correspond à la moyenne des primo prescriptions observées.

2- Description des pratiques

Une étude menée en 2001 [32] par le service médical de l'assurance maladie sur les demandes d'ententes préalables permettait les constats suivants :

- la rééducation du rachis cervical, toutes étiologies confondues, représente environ 10 % des actes de masso-kinésithérapie ;
- en cas de prescription initiale, entre 10 et 11 séances étaient prescrites en moyenne (toutes cervicalgies confondues : aiguës et chroniques) ;
- aucune donnée ne permet de connaître la part des cervicalgies aiguës n'ayant pas fait l'objet de prescription de kinésithérapie, ni la part des cervicalgies post-traumatiques de stade 1 et 2 concernés par ce référentiel.

3- Position des organismes professionnels

Au vu des données de la littérature et des données de pratique observées, une proposition des services techniques de la CNAMTS a été soumise au groupe d'experts réuni le 14/02/2013 (cf. compte-rendu joint), fixant à 10 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.

Les avis des experts présents ont été divergents :

- la SOFCOT était d'accord avec le nombre de 10 séances proposé ;
- la SOFMER/FEDMER souhaitait fixer ce nombre à 12 ;
- le Collège des MK souhaitait que ce nombre soit porté à 16.

Des compléments de bibliographie ont été apportés par le Collège des masseurs kinésithérapeutes. Cette bibliographie n'apporte cependant aucune donnée nouvelle concernant le nombre de séances recommandé ou défini dans cette situation.

Au cours de la réunion du 14/02/2013, il a été rappelé que l'objectif essentiel de la rééducation, outre l'antalgie initiale, est l'apprentissage par le patient d'une auto rééducation permettant remobilisation et renforcement musculaire.

Lors de la présentation à l'observatoire du 19 mars 2013, les représentants des syndicats de kinésithérapeutes (FFMKR¹¹ et UNSMKL¹²) ont exprimé leur désaccord avec la proposition initiale des services techniques de la CNAMTS (10) et ont soutenu celle du Collège des masseurs kinésithérapeutes.

➤ **Projet proposé**

Etant attendu que :

- un référentiel spécifique, différencié du référentiel concernant les cervicalgies non spécifiques sans atteinte neurologique¹³, a été souhaité par les professionnels, les cervicalgies après whiplash relevant d'un mécanisme étiopathogénique particulier ;
- les données de littérature précisant le nombre de séances de rééducation recommandé ou défini dans une situation de traumatisme cervical sans lésion neurologique situent celui-ci entre 10 et 12 séances ;
- en l'absence de nomenclature traçante, les données observées lors de l'enquête de 2001 font apparaître un nombre moyen de 10,5 séances de masso-kinésithérapie en prescription initiale (toutes cervicalgies confondues : aiguës et chroniques),

Au vu de l'ensemble de ces éléments, lorsqu'une rééducation en ambulatoire est nécessaire pour la prise en charge d'un traumatisme récent du rachis cervical sans atteinte neurologique, 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 traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique est fixé à 10.

¹¹ Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs

¹² Union Nationale des syndicats des masseurs kinésithérapeutes libéraux

¹³ Référentiel proposé par l'UNCAM le 13 novembre 2012 et validé par la HAS le 6 mars 2013

Références

1. Bogduk N, McGuirk B. Prise en charge des cervicalgies aiguës et chroniques, une approche fondée sur les preuves. Elsevier Masson SAS 2007.
2. Barnsley L, Bogduk N, Radanov BP. Epidemiology of whiplash. *Ann Rheum Dis* 2000;59:394-400.
3. Sterner Y, Toolanen G, Gerdle B, Hildingsson C. The incidence of whiplash trauma and the effects of different factors on recovery. *J Spinal Disord Tech.* 2003;16:195-9
4. Revel M. Mise au point. Traumatisme cervical en coup de fouet : des concepts aux réalités. *Annales de réadaptation et de médecine physique* 46 (2003) 158-170.
5. Mc Dermot FT. Reduction in cervical "whiplash" after new motor vehicle accident legislation in Victoria. *Med J Aust* 1993;158(10):720-1.
6. Ferrari R, Russel AS. Epidemiology of whiplash: an international dilemma. *Ann Rheum Dis* 1999;58:1-5.
7. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, Surkiene D, Mickeviciene D, Mickeviciene I et al. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. *Lancet* 1996;347:1207-11.
8. Cassidy JD, Carroll LJ, Côté P, Lemstra M, Berglund A, Nygren A. Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *NEJM* 2000;342:16:1179-1186.
9. Jensen TS, Kasch H, Bach FW, Bendix T, Kongsted A. Definition, classification and epidemiology of whiplash. *Ugeskr Laeger* 2010;14;172(24):1812-4.
10. Appelboom T. Le syndrome whiplash revu en 2006. Disponible à l'adresse : <http://www.eurokine.be/eurokine/select/gppj/gp07102.htm>
11. Phillips LA, Carroll LJ, Cassidy JD, Côté P. Whiplash-associated disorders: who gets depressed? Who stays Depressed? *Eur Spine J* 2010;19:945-956.
12. Crielaard JM, Tomasella M. Cervicalgies et cervicalgies post-traumatiques : examen clinique et évaluation du dommage. Disponible à l'adresse : <http://www.belgianbacksociety.be/archives/2006/03resume.htm>
13. Lavignolle BG, Messina M, Sénagás L. Rééducation des traumatismes du rachis cervical sans lésions neurologiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation 2008. 26-285-A-10.
14. Revel M. Le coup du lapin. *SFR. Revue du Rhumatisme* 71 (2004), 659-664.
15. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining "whiplash" and its management. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1995 Apr 15;20(8 Suppl):1S-73S.
16. Laporte C, Saillant G. Les entorses du rachis cervical inférieur. Disponible à l'adresse : http://www.maitrise-orthop.com/corpusmaitri/orthopaedic/mo68_laporte/index_vf.shtml
17. Guidelines for the management of whiplash-associated disorders. Motor Accidents Authority 2001. <http://www.whiplashprevention.org/SiteCollectionDocuments/ResearchArticles/Medical-Whiplash/GuidelinesDiagnosingWhiplash.pdf>

18. Yadla S, Ratliff JK, Harrop JS. Whiplash: diagnosis, treatment and associated injuries. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2008;1:65-68.
19. Schnabel M, Ferrari R, Vassiliou T, Kaluza G. Randomised, controlled outcome study of active mobilisation compared with collar therapy for whiplash injury. *Emerg Med J* 2004. 21:306-310.
20. McClune T, Burton AK, Waddell G. Whiplash associated disorders: a review of the literature to guide patient information and advice. *Emerg Med J* 2002;19:499-506.
21. ANAES ; recommandations pour la pratique clinique. Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du "coup du lapin" ou whiplash. Mai 2003.
22. ANAES ; recommandations pour la pratique clinique. Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du "coup du lapin" ou whiplash. Synthèse des recommandations. Mai 2003.
23. Dehner C, Elbel M, Strobel P, Scheich M, Schneider F, Krischak G et al. Grade II whiplash injuries to the neck: what is the benefit for patients treated by different physical therapy modalities? *Patient Safety in Surgery* 2009;3:2.
24. Teasell RW, McClure JA, Walton D, Pretty J, Salter K, Meyer M et al. A research synthesis of therapeutic interventions for whiplash-associated disorder: Part 1 – overview and summary. *Pain Res Manage* 2010;15:5:287-294.
25. Teasell RW, McClure JA, Walton D, Pretty J, Salter K, Meyer M et al. A research synthesis of therapeutic interventions for whiplash-associated disorder (WAD): Part 2 – interventions for acute WAD. *Pain Res Manage* 2010;15:5:295-304.
26. Teasell RW, McClure JA, Walton D, Pretty J, Salter K, Meyer M et al. A research synthesis of therapeutic interventions for whiplash-associated disorder (WAD): Part 3 – interventions for subacute WAD. *Pain Res Manage* 2010;15:5:305-312.
27. Gomez-Conesa A, Abril Belchi E. Cervicalgias postraumaticas. Tratamiento fisioterapeutico en el primer nivel asistencial. *Fisioterapia* 2006;28(4):217-25.
28. Strebel HM, Ettlin T, Annoni JM, Caravatti M, Jan S, Gianella C et al. Diagnostic et traitement du traumatisme crânio-cervical par accélération (ou coup du lapin) à la phase aiguë. *Forum Med Suisse* 2002;47:1119-1125.
29. Logan AJ, Holt MD. Management of whiplash injuries presenting to accident and emergency departments in Wales. *Emerg Med J* 2003;20:354-355.
30. Medical Disability Advisor- Sprains and strains, cervical spine (neck) 2010.
- 31- Work Loss Data Institute_ Sprains and strains of other and unspecified parts of back- 2009 (847-0 Neck)
32. Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés. Nouvelles pratiques de kinésithérapie. Bilan six mois après la réforme. Paris : CNAMTS; 2001.
33. Styrke J, Stålnacke BM, Bylund PO, Sojka P, Björnstig U. A 10-year incidence of acute whiplash injuries after road traffic crashes in a defined population in northern Sweden. *PM R*. 2012 Oct; 4(10):739-47. doi: 10.1016/j.pmrj.2012.05.010. Epub 2012 Jul 21.