



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

Description des parcours de soins préopératoires des adultes de 40 ans et plus opérés d'une acromioplastie isolée en 2022 à partir des données du SNDS

Validé par le Collège le 31 août 2023

Descriptif de la publication

Titre	Description des parcours de soins préopératoires des adultes de 40 ans et plus opérés d'une acromioplastie isolée en 2022 à partir des données du SNDS
Méthode de travail	Étude observationnelle à partir des données du système national des données de santé (SNDS)
Objectif(s)	Contextualiser les travaux de recommandation sur la prise en charge de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs non rompue et non traumatique par une description des parcours préopératoires de l'acromioplastie isolée
Cibles concernées	Chirurgiens orthopédistes, médecins rhumatologues, médecins de médecine physique et de réadaptation, médecins généralistes, radiologues et kinésithérapeutes
Demandeur	Auto-saisine
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Adeline Degremont (mission data, HAS) a piloté le projet en collaboration avec Sabine Trellu (service des bonnes pratiques [SBP], HAS)
Recherche documentaire	Recherche bibliographique disponible dans l'argumentaire de la recommandation.
Auteurs	Adeline Degremont, Sabine Trellu, Catherine Bisquay (HAS)
Relecteurs	Christel Conso, chirurgien orthopédiste, Institut mutualiste Montsouris, Paris Marie-Martine Lefèvre-Colau, médecin de médecine physique et réadaptation et rhumatologue, hôpital Cochin, Paris Jordane Saunier, rhumatologue, centre orthopédique Santy, Lyon Pierre-Alain Jachiet, responsable de la mission data (HAS), et Viktor Jarry, ingénieur de données à la mission data (HAS) Valérie Ertel-Pau, adjointe au chef de service du SBP (HAS)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 31 août 2023
Actualisation	
Autres formats	Présentation sous format PowerPoint Infographie

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2023 – ISBN : 978-2-11-172077-0

Sommaire

Synthèse	4
1. Contexte et objectif	6
2. Méthode	8
2.1. Source de données	8
2.2. Schéma et périmètre de l'étude	8
2.3. Période d'étude et suivi	8
2.4. Population d'étude	9
2.5. Variables étudiées	9
2.6. Analyses statistiques	11
2.6.1. Description de la population d'étude	11
2.6.2. Description des soins et actes préopératoires	11
2.6.3. Description des parcours préopératoires	12
3. Résultats	13
3.1. Description de la population d'étude	13
3.2. Description des événements préopératoires	13
3.2.1. Soins conservateurs	14
3.2.2. Imageries à visée diagnostique	16
3.2.3. Imageries « avancées » et autres imageries	17
3.2.4. Consultations médicales	18
3.3. Description des parcours de soins préopératoires	19
4. Discussion	23
4.1. Principaux résultats	23
4.2. Forces et limites	24
5. Conclusion	26
Table des annexes	27
Références bibliographiques	47
Participants	48
Abréviations et acronymes	49

Synthèse

Contexte et objectif

Les atteintes dégénératives de la coiffe des rotateurs sont fréquentes, augmentent avec l'âge et sont responsables de douleur et de handicap fonctionnel. En 2014, l'Assurance maladie a constaté une augmentation du recours à une intervention chirurgicale pour tendinopathie et rupture de la coiffe des rotateurs, ainsi qu'une prise en charge médicale préopératoire insuffisante chez 25 % des patients. En réponse, une recommandation sur le sujet a été demandée à la HAS, qui a alors mené une étude pour contextualiser et appuyer ses travaux de recommandation sur la prise en charge des tendinopathies non rompues et non traumatiques.

Méthode

Cette étude observationnelle, réalisée à partir du système national des données de santé (SNDS), vise à décrire les parcours de soins dans les 18 mois (540 jours) avant une chirurgie de la coiffe des rotateurs. La recommandation concernant uniquement la prise en charge des tendinopathies non rompues et non traumatiques, seuls les patients opérés dans ce contexte ont été sélectionnés. Ainsi, l'étude a inclus les patients de 40 ans et plus, opérés d'une acromioplastie et/ou d'une arthroplastie acromioclaviculaire isolée sur le deuxième semestre 2022. Les patients ayant eu un acte de réparation tendineuse ou un diagnostic de traumatisme associés, ainsi que ceux ayant eu une hospitalisation pour traumatisme dans les 18 mois précédant l'intervention chirurgicale (période de suivi) ont été exclus.

Pour étudier le parcours de soins préopératoires, les séances de kinésithérapie, les actes d'infiltrations, les délivrances de corticoïdes injectables et les actes d'imagerie ont été recensés sur la période de suivi.

Résultats et discussion

En France, 3 629 patients de 40 ans et plus ont été opérés d'une acromioplastie isolée au deuxième semestre 2022. Ce chiffre apparaît très élevé au regard de la recommandation de 2023, qui souligne que cette chirurgie n'a pas d'intérêt dans la prise en charge de la tendinopathie de l'épaule non rompue et non traumatique.

De plus, dans les 18 mois précédant l'intervention chirurgicale : environ 1/3 des patients n'ont pas eu de kinésithérapie et la moitié n'a pas eu d'infiltration de corticoïdes injectables ; environ 1/3 des patients n'ont pas eu de radiographie en imagerie de première intention, dont la moitié sans aucune radiographie ; environ 1/3 des patients n'ont pas eu d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou d'arthroscanner. Seulement 1/4 des patients ont eu l'ensemble des événements considérés pertinents en préopératoire (radiographie, kinésithérapie, infiltration, IRM/arthroscanner). Ces résultats ne concernent que la prise en charge des patients opérés et non pas celle de l'ensemble des patients souffrant de tendinopathie de l'épaule non rompue non traumatique. Ils doivent par ailleurs être nuancés au regard des données disponibles dans le SNDS (absence de données cliniques). Ils suggèrent cependant que la prise en charge médico-fonctionnelle reste incomplète en cas de tendinopathie non rompue et non traumatique.

Conclusion

Finalement, ces résultats incitent grandement à la diffusion des recommandations sur la « Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse non traumatique et prise en charge des tendinopathies de l'épaule » auprès des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge afin de diminuer le recours à la chirurgie et améliorer la prise en charge médico-fonctionnelle dans ce contexte. Un outil

de communication à destination des médecins généralistes, rhumatologues, médecins de médecine physique et réadaptation, chirurgiens orthopédistes, radiologues et kinésithérapeutes, incluant les résultats de cette étude et un rappel des recommandations associées, accompagnera le présent rapport. Il sera intéressant de reproduire cette étude quelques années après la diffusion de la recommandation afin d'évaluer son impact sur les pratiques de soins.

1. Contexte et objectif

La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a saisi la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer des recommandations sur la prise en charge médicale des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, l'imagerie et l'indication de la chirurgie de la tendinopathie. Cette thématique de travail a été proposée face au constat d'une **augmentation des recours à la chirurgie dans la pathologie de coiffe** : « **toutes indications confondues, le recours à la chirurgie sur les tendons de l'épaule a augmenté de 76 % entre 2006 et 2014** », d'après une étude de la CNAM¹. Cette étude souligne que « le développement des techniques arthroscopiques peut probablement expliquer en partie cette augmentation ».

Cependant, les recommandations de la HAS ne placent pas la chirurgie en première intention. D'après la recommandation de la HAS de 2008 sur la **prise en charge chirurgicale des tendinopathies rompues de la coiffe des rotateurs de l'épaule chez l'adulte**, « le traitement médical (médication orale, infiltration, kinésithérapie) est une étape initiale incontournable dans la prise en charge des ruptures dégénératives des tendons de la coiffe des rotateurs. Le traitement chirurgical peut être envisagé en aval de cette première séquence, dont la durée varie en fonction des éléments cliniques, généraux et morphologiques ». Concernant la prise en charge des tendinopathies non rompues de la coiffe des rotateurs, la recommandation de la HAS de 2005 sur les modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte précise que « l'acromioplastie ne se discute qu'en dernier recours chez l'adulte d'âge mûr et [qu']elle n'est pas indiquée dans le traitement des tendinopathies du jeune sportif ».

Toutefois ces recommandations datent, et à la suite de son étude, la CNAM souligne l'intérêt d'une recommandation plus récente sur la prise en charge médicale des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, l'imagerie et l'indication de la chirurgie, qui permettrait d'actualiser les connaissances et probablement de dégager une prise en charge optimale.

La HAS a donc élaboré en 2023 une recommandation sur la « **Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse non traumatique de l'adulte et prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs** ».

Les points essentiels de la recommandation sont les suivants.

- ➔ Le traitement principal est médico-fonctionnel : antalgiques, AINS, kinésithérapie, infiltration de dérivés cortisonés, éducation et conseils (dont conseils de prévention individuelle et professionnelle).
- ➔ La radiographie standard permet d'éliminer un certain nombre de diagnostics différentiels. Elle est indispensable en première intention (après 4 à 6 semaines d'évolution). La prescription de l'échographie ou de l'IRM sera décidée selon la réévaluation clinique.
- ➔ Le recours à un médecin spécialiste de l'épaule (rhumatologue, médecin de médecine physique et de réadaptation, médecin du sport ou chirurgien orthopédique) est utile en l'absence d'évolution favorable des symptômes.

Dans la tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs, la chirurgie n'a pas d'intérêt.

Les atteintes dégénératives de la coiffe sont fréquentes et augmentent avec l'âge. Elles ne sont pas toujours symptomatiques mais peuvent entraîner à des degrés divers douleur, raideur ou perte de force. D'après la recommandation de la HAS de 2008, « le traitement chirurgical n'est pas

¹ https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2016-07_rapport-propositions-pour-2017_assurance-maladie_0.pdf

systematique, puisqu'une proportion non négligeable de patients (40 à 80 % en cas de rupture) est susceptible de s'améliorer de façon acceptable par un traitement conservateur instauré de façon précoce. Le traitement chirurgical ne devrait dès lors concerner que les patients pour lesquels on vise un gain d'amélioration fonctionnelle en cas de douleur, de faiblesse musculaire ou d'incapacité persistante après un traitement conservateur ».

L'étude de la CNAM sur le parcours de soins préopératoires en cas de chirurgie de la coiffe des rotateurs (sans distinction du contexte de prise en charge) a montré que 23 % des patients opérés en 2014 n'ont eu ni kinésithérapie ni infiltration durant l'année précédant leur opération, 36 % de patients n'ont eu ni IRM ni arthroscanner. À l'exception de cette étude, aucune enquête de pratique n'a été recensée en France. Il apparaît donc nécessaire **d'établir un état des lieux des pratiques en lien avec les recommandations de la HAS de 2023**. Étant donné que la chirurgie n'a pas d'intérêt dans un contexte de tendinopathie de la coiffe des rotateurs non rompue et non traumatique, un état des lieux des pratiques dans cette situation semble indispensable. **La mission data de la HAS a donc été mobilisée pour mener une étude sur les parcours de soins préopératoires des patients opérés dans un contexte de tendinopathie de l'épaule non rompue et non traumatique à partir des données du SNDS.**

Le protocole de cette étude et ses résultats ont été relus par trois experts cliniques (cf. participants de l'étude).

Cette étude permet d'apporter des données récentes sur les parcours de soins préopératoires des patients opérés en 2022 dans un contexte de tendinopathie de la coiffe des rotateurs non rompue en appui de la recommandation de la HAS sur la « Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse de l'adulte non traumatique et [la] prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs ».

Une deuxième étude décrira les parcours de soins préopératoires des patients opérés quelques années après la publication de la recommandation afin d'évaluer l'évolution des pratiques.

2. Méthode

2.1. Source de données

Les données utilisées proviennent du SNDS. Il s'agit d'une base de données médico-administratives comprenant les données de santé de 66 millions de Français, en vue de leur remboursement. Elle contient les données de soins effectués en ville, via le DCIR (données de consommation inter-régimes), et les données des établissements de santé publics et privés, via le PMSI (programme de médicalisation du système d'information), ainsi que des données sur le patient : date de naissance, date de décès, affection longue durée (ALD), département de résidence, accès à la complémentaire santé solidaire (CSS, ex-CMUc).

- Les données de soins en ville comprennent les consultations, les délivrances de médicaments et de dispositifs médicaux, les actes médicaux et les actes de biologie. Cependant, il n'y a pas les motifs de consultation, les indications thérapeutiques et les résultats d'examens.
- Les données des établissements de santé publics et privés comprennent les séjours hospitaliers avec les diagnostics et les actes réalisés durant le séjour, ainsi que les actes et consultations en soins externes (ACE).

Le traitement des données du SNDS est réalisé dans le cadre de l'autorisation d'accès permanent dont dispose la HAS, via le portail de l'Assurance maladie.

Le présent rapport est accompagné d'une documentation sur les programmes de traitement et d'analyse des données du SNDS, disponible en cliquant [ici](#).

2.2. Schéma et périmètre de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle sur les parcours de soins dans les 18 mois (540 jours) avant une chirurgie de la coiffe des rotateurs dans un contexte supposé de tendinopathie de l'épaule non rompue et non traumatique.

Cette étude ne concerne pas les interventions chirurgicales dans un contexte de rupture de la coiffe des rotateurs, ni de traumatisme.

2.3. Période d'étude et suivi

Les patients ont été inclus sur le 2^e semestre 2022.

La date d'inclusion (date index) correspond à la date d'entrée du séjour de chirurgie (séjour index).

Les patients dont la date de sortie était postérieure au 31 décembre 2022 ont été exclus de l'analyse car les données 2023 du PMSI n'étaient pas disponibles au moment de l'étude.

L'impact attendu de l'exclusion de ces patients est négligeable, puisque la majorité des séjours étudiés se font en ambulatoire ou sur seulement 1 ou 2 jours.

Dans le cas où un patient aurait plusieurs séjours avec acromioplastie isolée sur la période d'inclusion, la date index correspond à la date d'entrée à l'hôpital pour le premier séjour.

Le patient est suivi durant 18 mois avant la date index (jusqu'à J-540) pour permettre de reconstruire son parcours de soins préopératoires. Cette période de suivi de 18 mois avant la chirurgie a été validée par les experts cliniques ayant participé à la mise en œuvre de cette étude.

Un suivi de 24 mois aurait été préférable mais des données récentes, hors période Covid (année 2020), étaient nécessaires pour une publication en 2023.

2.4. Population d'étude

Dans le SNDS, il n'existe pas de données cliniques permettant d'identifier le contexte de l'intervention chirurgicale. Afin d'approcher au mieux la description des parcours de soins préopératoires avant intervention chirurgicale dans un contexte de tendinopathie non rompue et non traumatique, nous avons fait le choix :

- d'inclure tous les patients âgés de 40 ans ou plus avec au moins un acte d'acromioplastie et/ou d'arthroplastie acromio-claviculaire isolée (**non associé à un acte de réparation de la coiffe des rotateurs**) au cours d'une hospitalisation en établissement de médecine chirurgie obstétrique (MCO) ;
- d'exclure tous les patients ayant eu au moins l'un des critères suivants :
 - hospitalisation en établissement MCO au cours du séjour index avec un diagnostic principal (DP), relié (DR) ou associé (DAS) de traumatisme de l'épaule,
 - hospitalisation en établissement MCO dans des catégories majeures de diagnostic (CMD) de traumatisme dans les 18 mois (540 jours) avant la date du séjour index.

La liste des codes d'actes ayant permis l'inclusion est disponible en Annexe 1. La liste des codes d'actes de réparation de la coiffe des rotateurs, ainsi que des codes diagnostiques et CMD ayant permis l'exclusion se trouvent en Annexe 2.

Ces critères d'exclusion entraînent certainement l'exclusion à tort de patients réellement pris en charge pour une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non rompue et non traumatique. Il est en effet préférable d'être spécifique pour étudier l'état des pratiques de prise en charge afin de cibler des patients qui sont *a priori* réellement concernés par une pathologie de la coiffe des rotateurs (sans rupture ni traumatisme), quitte à perdre en sensibilité.

2.5. Variables étudiées

Sur la période de suivi, plusieurs variables ont été analysées pour permettre de reconstruire le parcours de soins préopératoires. Le choix de ces variables résulte des précédents travaux de la CNAM sur le parcours de soins préopératoires en cas de chirurgie de la coiffe des rotateurs, et des discussions avec les experts cliniques ayant participé à la mise en place de cette étude.

Les soins ou actes réalisés en établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) ne sont pas pris en compte car le SSR concerne une prise en charge particulière chez des patients ayant eu un traumatisme, hors champ de l'étude. Les actes médicaux réalisés au cours d'une hospitalisation en MCO ne sont pas non plus pris en compte car leur recensement n'est pas exhaustif donc leur effectif est négligeable.

Pour chaque variable étudiée, la date de l'évènement est utilisée pour calculer un délai par rapport à la date index, ainsi que pour déterminer la chronologie des évènements les uns par rapport aux autres.

Soins conservateurs

Les soins conservateurs regroupent les actes de kinésithérapie et les infiltrations.

Pour les actes de kinésithérapie, nous avons dénombré pour chaque patient les actes de « rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques » correspondant aux codes AMK,

AMC ou AMS de kinésithérapie avec des coefficients de cotation de l'acte de 7,5 ou 9,5. La liste des codes est disponible en Annexe 3. Nous avons également identifié la spécialité des médecins prescripteurs d'actes de kinésithérapie.

Pour les infiltrations, nous avons considéré à la fois les délivrances de corticoïdes injectables et les actes médicaux d'infiltration au niveau du membre supérieur. La liste des corticoïdes injectables ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication « affections rhumatologiques en injection périarticulaire dans les tendinites et les bursites » est disponible en Annexe 4. Nous avons également étudié la spécialité des médecins prescripteurs des corticoïdes injectables. La liste des actes CCAM d'infiltration au niveau du membre supérieur est disponible en Annexe 5. Lorsque le patient a une (ou plusieurs) délivrance(s) de corticoïdes injectables ET un (ou plusieurs) acte(s) d'infiltration (quelle que soit la date de chacun), la priorité est donnée aux délivrances de corticoïdes (car majoritairement retrouvées par rapport aux actes médicaux d'infiltration). Ceci permet de ne pas compter les infiltrations en doublon pour les patients dans cette situation.

D'autres traitements conservateurs peuvent être proposés dans la prise en charge de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs : anti-inflammatoires, antalgiques. La délivrance d'antalgiques et d'anti-inflammatoires n'a pas été étudiée car ces médicaments peuvent être indiqués dans un tout autre contexte que la tendinopathie de la coiffe. Par ailleurs, leurs délivrances ne sont pas identifiées de manière exhaustive dans le SNDS puisque ces médicaments sont disponibles sans ordonnance, et qu'ils ne font pas, dans ce cas, l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie.

Radiographie du membre supérieur

La liste des actes de radiographie de l'épaule ou du membre supérieur est disponible en Annexe 5.

Échographie articulaire

La liste des actes d'échographie articulaire est disponible en Annexe 5.

Imagerie « avancée »

L'imagerie « avancée » comprend l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du membre supérieur, l'arthro-IRM et l'arthroscanner. La liste des actes est disponible en Annexe 5.

Scanner du membre supérieur

La liste des actes de scanner du membre supérieur est disponible en Annexe 5.

Contrairement aux autres variables étudiées, le scanner n'apparaît pas comme un événement pertinent dans le parcours de soins préopératoires. Toutefois, il apparaissait intéressant de l'inclure dans l'analyse pour décrire la pratique.

Consultations et téléconsultations médicales

Nous avons étudié les consultations chez un médecin généraliste et les consultations chez un médecin spécialiste. Les médecins considérés comme spécialistes dans le cadre de cette étude sont les orthopédistes, les rhumatologues et les médecins de médecine physique et réadaptation. Toutes les consultations réalisées en ville ou en ACE ont été identifiées. La liste des codes de consultations est disponible en Annexe 6, et la liste des spécialités médicales en Annexe 7.

La spécialité du médecin consulté n'est pas toujours bien renseignée dans le SNDS et peut nous conduire à sous-estimer le nombre de patients concernés par une consultation de spécialiste.

2.6. Analyses statistiques

De manière générale, les variables qualitatives ont été définies par la fréquence par rapport à la population étudiée ; les variables quantitatives ont été définies par leur médiane et l'intervalle interquartile (IQR) dans la population étudiée.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels SAS® et R mis à disposition sur le portail de l'Assurance maladie.

2.6.1. Description de la population d'étude

Pour décrire la population étudiée, les variables d'intérêt étaient l'âge médian (à la date index), la proportion d'hommes et de femmes, et la proportion de chaque acte d'acromioplastie ou d'arthroscopie acromio-claviculaire ayant permis l'inclusion des patients.

2.6.2. Description des soins et actes préopératoires

Pour décrire les soins et actes préopératoires, nous avons recensé le nombre et la proportion de patients concernés par chacun des soins/actes listés ci-dessous (proportion calculée par rapport à la population d'étude, sauf cas particulier alors mentionné). Le nombre total de soins ou d'actes par patient a été calculé. Le délai entre la première occurrence du soin ou de l'acte et l'intervention chirurgicale index a également été calculé.

Soins conservateurs :

- délivrance de corticoïdes injectables ;
- acte d'infiltration sans guidage ;
- acte d'infiltration sous guidage radiographique, scanographique ou échographique ;
- infiltration (quelle qu'elle soit) = délivrance de corticoïdes injectables ou (le cas échéant) acte d'infiltration (avec ou sans guidage) ;
- kinésithérapie ;
- kinésithérapie ET infiltration (quelle que soit la chronologie entre les deux événements) ;
- infiltration SANS kinésithérapie (ni avant ni après) (proportion calculée par rapport aux patients ayant eu une infiltration) ;
- radiographie avant une infiltration (proportion calculée par rapport aux patients ayant eu une infiltration) ;
- aucun soin conservateur (ni kinésithérapie ni infiltration).

Imagerie à visée diagnostique :

- radiographie du membre supérieur ;
- radiographie du membre supérieur en première intention (seule ou avant toute autre imagerie du membre supérieur comprenant échographie, IRM, arthro-IRM, arthroscanner, scanner) ;
- échographie articulaire ;
- échographie SANS radiographie (ni avant ni après) (proportion calculée par rapport aux patients ayant eu une échographie) ;
- radiographie AVANT échographie (proportion calculée par rapport aux patients ayant eu une échographie) ;
- échographie ET radiographie ;
- aucune imagerie à visée diagnostique (ni échographie ni radiographie).

Imageries « avancées » :

- IRM du membre supérieur ;
- arthro-IRM ;
- arthroscanner ;
- imagerie « avancée » (IRM du membre supérieur ou arthroscanner ou arthro-IRM) ;
- aucune imagerie « avancée » ;
- aucune imagerie « avancée » mais au moins une échographie ;
- aucune imagerie « avancée » ni radiographie mais avec au moins une échographie ;
- aucune imagerie « avancée » ni échographie mais avec au moins un scanner ;
- aucune imagerie « avancée » ni radiographie, ni échographie mais avec au moins un scanner.

Autre imagerie :

- scanner ;
- aucune imagerie (quelle qu'elle soit = ni radiographie, ni échographie, ni IRM, ni arthroscanner, ni arthro-IRM, ni scanner).

Consultations/téléconsultations médicales :

- consultation chez un médecin généraliste ;
- consultation chez un orthopédiste ;
- consultation chez un rhumatologue ;
- consultation chez un médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) ;
- consultation spécialisée = orthopédiste et/ou rhumatologue et/ou médecin de MPR.

2.6.3. Description des parcours préopératoires

Les parcours préopératoires ont été décrits en analysant les quatre événements d'intérêt suivants : la kinésithérapie, l'infiltration de corticoïdes injectables, la radiographie, l'imagerie « avancée ».

Afin de ne pas multiplier les parcours possibles, nous avons fait le choix de quatre événements préopératoires. Le choix de ces événements a été établi avec les experts cliniques ayant participé à la mise en place de cette étude, et en lien avec les recommandations de la HAS de 2023.

Ces événements ont été étudiés chronologiquement selon leur première occurrence sur la période de suivi préopératoire. Le dernier événement du parcours correspond évidemment à la chirurgie, donc dans le cas d'un patient qui n'aurait eu aucun des événements d'intérêt dans son parcours, le seul événement considéré était l'acte de chirurgie.

Le nombre de patients concernés par parcours et la fréquence par rapport à la population étudiée ont été calculés. Les parcours ont été représentés graphiquement.

3. Résultats

3.1. Description de la population d'étude

Au total, **3 629 patients ont été inclus**. Le diagramme de sélection de la population est disponible en Annexe 8.

La majorité des patients sont des femmes (N = 2 092, 58 %) ; l'âge médian à la date index est de 55 ans et 20 % des patients ont plus de 65 ans. Pour rappel, la population d'étude concerne seulement les adultes de plus de 40 ans.

Les principaux séjours ayant permis l'inclusion des patients sont les actes d'acromioplastie par arthroscopie avec ou sans arthroplastie acromio-claviculaire : 45 % des actes et 36 % respectivement, correspondant aux codes CCAM MEMC005 et MEMC003.

3.2. Description des évènements préopératoires

Dans les 18 mois précédant la chirurgie (Figure 1) :

- la plupart des patients ont eu de la **kinésithérapie (65 %)**, dont la première séance a débuté en médiane 1 an avant la chirurgie ;
- la moitié des patients ont eu une **infiltration (52 %)**, en médiane 9 mois avant la chirurgie ;
- la très grande majorité des patients a eu (au moins) une **radiographie** du membre supérieur et/ou de l'épaule (**81 %**), en médiane 7 mois avant la chirurgie ;
- de nombreux patients ont eu une **échographie articulaire (57 %)**, en médiane 8 mois avant la chirurgie ;
- la plupart des patients (**67 %**) ont eu une **imagerie « avancée »** (IRM/arthro-IRM/arthroscanner), en médiane 5 mois avant la chirurgie ;
- la quasi-totalité des patients ont eu une **consultation chez un orthopédiste (96 %)**, en médiane 4 mois avant la chirurgie.

Le détail des différents évènements est présenté ci-après.

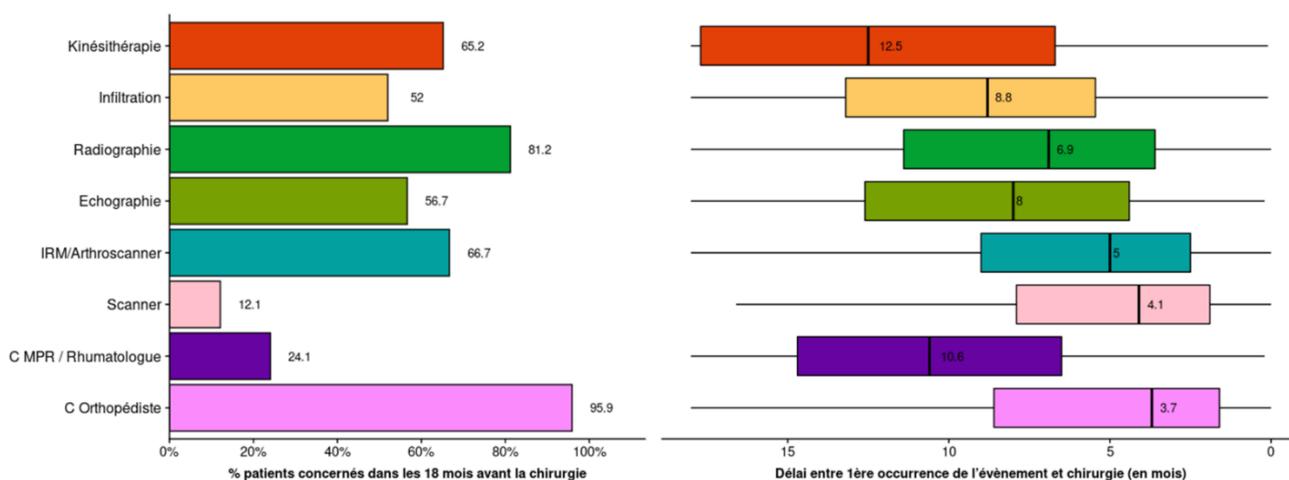


Figure 1. Description des évènements préopératoires : à gauche, proportion de patients concernés par l'évènement, et à droite, délai entre la première occurrence de l'évènement et l'acte de chirurgie de l'épaule

Note : C = consultation ; IRM/arthroscanner = imagerie « avancée » comprenant aussi l'arthro-IRM.

3.2.1. Soins conservateurs

D'après le Tableau 1, 79 % des patients ont eu des soins conservateurs au cours des 18 mois précédant la chirurgie, débutant en médiane 1 an avant la chirurgie et finissant en médiane 2 mois avant la chirurgie.

Parmi les patients ayant eu de la kinésithérapie (65 %), le nombre médian de séances est de 23. La Figure 2 détaille la distribution du nombre de séances de kinésithérapie par patient : la proportion de patients ayant eu entre 1 et 10 séances (24 %) est similaire à celle des patients ayant eu entre 11 et 20 séances (23 %). Cette proportion décroît ensuite rapidement, avec tout de même encore 20 % de patients comptabilisant plus de 50 séances.

Dans les 10 premiers jours de la période de suivi, 25 % des patients ont déjà des séances de kinésithérapie (troisième quartile du délai entre la première séance et la chirurgie = 530 jours).

Parmi les patients avec kinésithérapie, 59 % ont eu au moins une infiltration. Les patients combinant kinésithérapie et infiltration représentent 38 % du total des patients.

La majorité des séances de kinésithérapie est prescrite par un médecin généraliste (76 %) ; le chirurgien orthopédiste est le second prescripteur (14 % du nombre total de séances) (cf. Figure 3).

Les patients ayant eu au moins une infiltration (52 %) n'en ont eu qu'une seule en médiane ; 26 % n'ont pas eu de kinésithérapie ni avant ni après et la moitié (55 %) a eu une radiographie au préalable.

La répartition des prescripteurs en cas de délivrance de corticoïdes injectables (cf. Figure 3) est assez homogène entre médecin généraliste (28 %), radiologue (25 %), rhumatologue (22 %) et chirurgien orthopédiste (17 %).

Tableau 1. Soins conservateurs observés dans les 18 mois avant la chirurgie

	Nombre de patients (%)	Nombre médian par patient [Q1-Q3]	Délai médian en jours depuis premier soin* [Q1-Q3]	Délai médian en jours depuis dernier soin** [Q1-Q3]
Tout soin conservateur (infiltration et/ou kinésithérapie)	2 859 (78,8)	18 [7-40]	375 [210-521]	76 [12-176]
Kinésithérapie	2 366 (65,2)	23 [11-44]	375 [200-530]	61 [8-193]
Kinésithérapie ET infiltration	1 394 (38,4)			
Infiltrations²	1 887 (52)	1 [1-2]	265 [163-397]	175 [105-266]
Délivrance de corticoïdes injectables	1 811 (49,9)	1 [1-2]	264 [163-396]	175 [105-265]
Acte d'infiltration sans guidage	437 (12)			
Acte d'infiltration avec guidage par imagerie	270 (7,4)			
Infiltration SANS kinésithérapie	493 (26,1)†			
Infiltration ET radiographie préalable	1 040 (55,1)†			
Aucun soin conservateur	770 (21,2)			
* entre la première occurrence du soin sur la période de suivi et la chirurgie				

² Le total des patients avec infiltration est différent de la somme des patients avec délivrance de corticoïdes injectables et des patients avec acte médical d'infiltration avec ou sans guidage par imagerie car les patients peuvent avoir eu à la fois une délivrance de corticoïdes injectables et un acte d'infiltration. Pour rappel, dans ce cas, le nombre total d'infiltrations reçu par patient est calculé à partir du nombre de délivrances de corticoïdes injectables.

** entre la dernière occurrence du soin sur la période de suivi et la chirurgie

† proportion calculée sur le nombre de patients ayant eu une infiltration

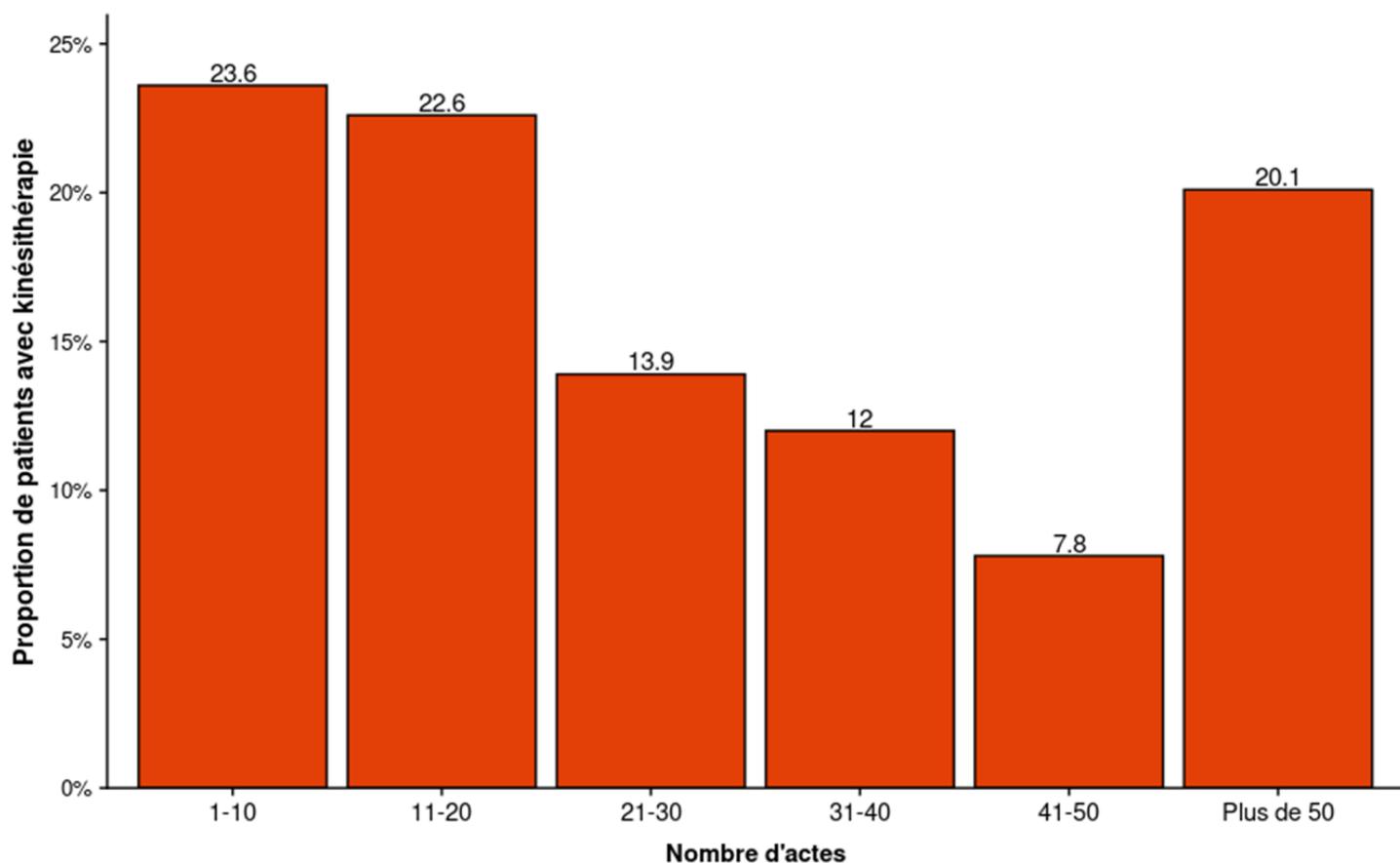


Figure 2. Distribution du nombre d'actes (séances) de kinésithérapie par patient

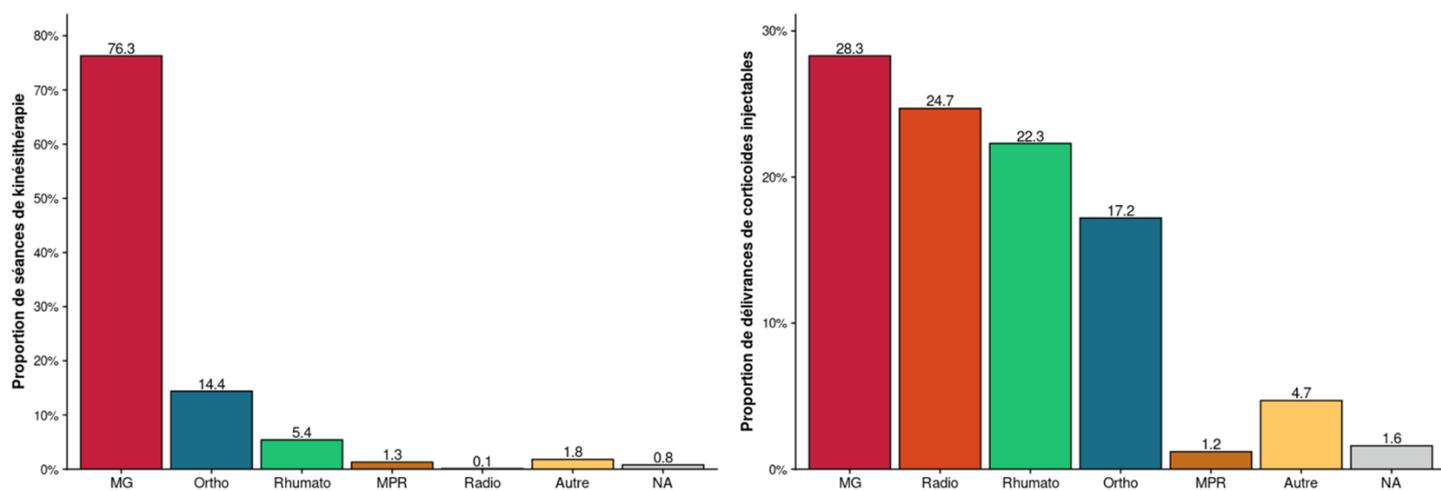


Figure 3. Proportion de séances de kinésithérapie (à gauche) et de délivrances de corticoïdes injectables (à droite) par prescripteur

3.2.2. Imageries à visée diagnostique

La plupart des patients ont eu une radiographie en première intention (63 %) (cf. Tableau 2). Pour rappel, au total, 81 % des patients ont eu une radiographie.

Parmi les patients ayant eu une échographie (57 %), 73 % ont eu une radiographie d'épaule au préalable ; 12 % n'ont pas eu de radiographie d'épaule (ni avant ni après).

Nous avons recensé 502 patients (14 %) sans aucun acte d'imagerie à visée diagnostique (ni radiographie ni échographie) dans les 18 mois avant la chirurgie (cf. Tableau 2).

La moitié des patients (52 %) ont eu les deux examens d'imagerie.

Tableau 2. Actes d'imagerie à visée diagnostique observés dans les 18 mois avant la chirurgie

	Nombre de patients (%)	Nombre médian par patient	Délai médian en jours depuis premier acte* [Q1-Q3]
Radiographie	2 947 (81,2)	2	208 [107-342]
Radiographie en première intention (seule ou avant toute autre imagerie)	2 280 (62,8)		
Échographie	2 056 (56,7)	1	239 [131,5-377]
<i>dont</i>			
<i>Radiographie avant échographie</i>	1 507 (73,3)		
<i>Échographie sans radiographie</i>	180 (11,9)		
Radiographie ET échographie	1 876 (51,7)		
Tout acte d'imagerie à visée diagnostique	3 127 (86,2)	2	238 [126-377]
Aucun acte	502 (13,8)		
* entre la première occurrence du soin sur la période de suivi et la chirurgie			

D'après la Figure 4, la moitié des patients (48,5 %) a eu une radiographie d'épaule.

À noter que le nombre d'actes présenté ici reflète le nombre de rendez-vous pris pour radiographie. Au cours de ce rendez-vous, le patient peut avoir eu plusieurs clichés.

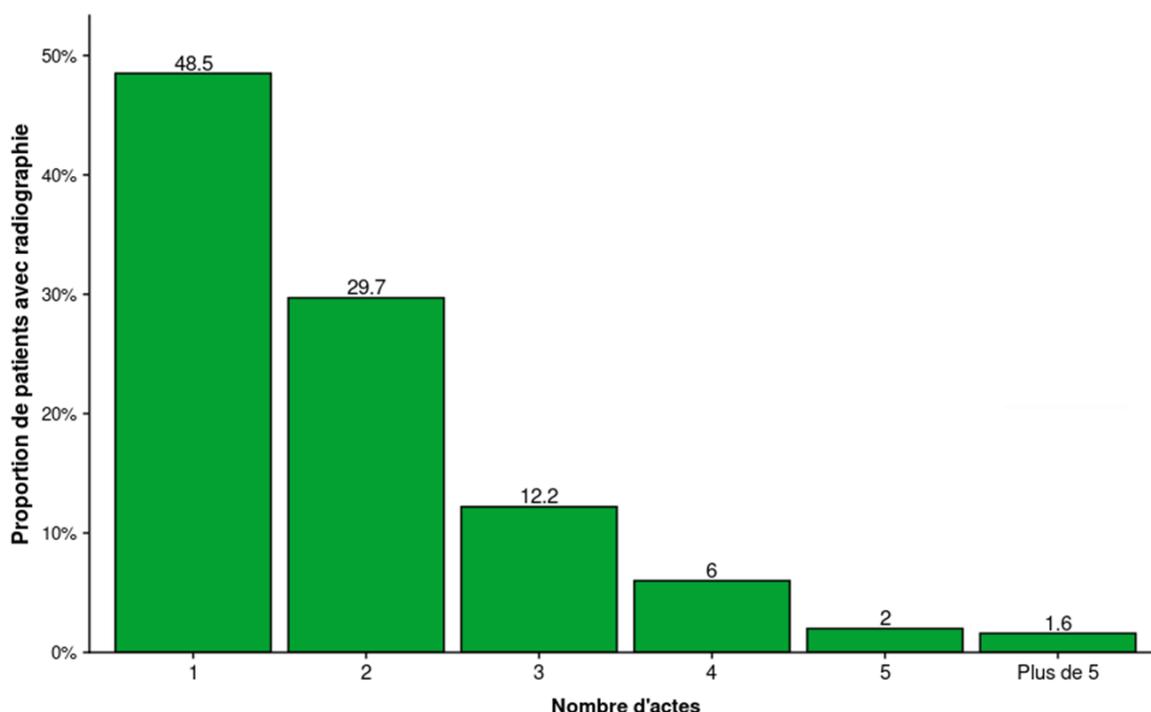


Figure 4. Distribution du nombre d'actes de radiographie d'épaule par patient

3.2.3. Imageries « avancées » et autres imageries

Avant la chirurgie, 67 % des patients ont eu (au moins) une imagerie « avancée » (cf. Tableau 3). Pour rappel, on inclut dans l'imagerie « avancée » l'IRM, l'arthro-IRM et l'arthroscanner.

Parmi les 1 209 patients n'ayant pas eu d'imagerie « avancée », 893 patients (74 %) ont eu une échographie, et 102 patients (8 %) n'ont pas eu d'échographie mais ont eu un scanner (cf. Tableau 3).

À noter que parmi l'ensemble des patients, 12 % ont eu un scanner du membre supérieur dans les 18 mois avant la chirurgie.

Au total, 4 % des patients n'ont pas eu d'imagerie, quelle qu'elle soit, sur la période de suivi préopératoire.

Tableau 3. Actes d'imagerie « avancée » (IRM/arthro-IRM/arthroscanner) et autres actes d'imagerie observés dans les 18 mois avant la chirurgie

	Nombre de patients (%)	Nombre médian par patient	Délai médian en jours depuis premier acte* [Q1-Q3]
Toute imagerie « avancée »	2 420 (66,7)	1	151 [76-269]
IRM	2 203 (60,7)	1	152 [77-271]
Arthro-IRM	7 (0,2)	1	214 [134-354]
Arthroscanner	350 (9,6)	1	118 [65-215]
Aucun acte d'imagerie « avancée »	1 209 (33,3)		

	Nombre de patients (%)	Nombre médian par patient	Délai médian en jours depuis premier acte* [Q1-Q3]
dont			
<i>Aucun acte d'imagerie « avancée » MAIS échographie</i>	893 (73,9)		
<i>Aucun acte d'imagerie « avancée » NI radiographie MAIS échographie</i>	15 (1,2)		
<i>Aucun acte d'imagerie « avancée » NI échographie NI radiographie MAIS scanner</i>	23 (1,9)		
<i>Aucun acte d'imagerie « avancée » NI échographie MAIS scanner</i>	102 (8,4)		
Scanner	439 (12,1)	1	124 [57-237]
Aucun acte d'imagerie (ni radiographie, ni échographie, ni scanner, ni IRM/arthroscanner/arthro-IRM)	138 (3,8)		
* entre le premier acte sur la période de suivi et la chirurgie			

3.2.4. Consultations médicales

La totalité des patients a eu au moins une consultation de médecine générale (99 %), en médiane 16 mois avant la chirurgie pour la première consultation, et 1 mois avant la chirurgie pour la dernière consultation (cf. Tableau 4). Le nombre médian de consultations chez le médecin généraliste est de 9, soit environ 1 consultation tous les 2 mois sur la période de suivi préopératoire.

Parmi les patients ayant eu une consultation d'orthopédie (96 %), 42 % n'en ont eu qu'une seule. À noter aussi que parmi l'ensemble des patients, 73 % ont eu (au moins) une consultation d'orthopédie sans consultation spécialisée de rhumatologie ou MPR.

Environ 1/5 des patients (N = 795, 22 %) ont eu une consultation de rhumatologie dans les 18 mois avant la chirurgie. Le nombre médian de consultations sur la période de suivi est de 2 par patient, en médiane 10 mois avant la chirurgie pour la première, et 6 mois avant la chirurgie pour la dernière.

Seulement 3 % des patients (N = 105) ont eu une consultation de médecine physique et réadaptation dans les 18 mois avant la chirurgie. Le nombre médian de consultations sur la période de suivi est de 2 par patient, en médiane 10 mois avant la chirurgie pour la première, et 6 mois avant la chirurgie pour la dernière.

Tableau 4. Consultations médicales observées dans les 18 mois avant la chirurgie

	Nombre de patients (%)	Nombre médian par patient	Délai médian en jours depuis premier soin* [Q1-Q3]	Délai médian en jours depuis dernier soin** [Q1-Q3]
Consultation de rhumatologie	795 (21,9)	2	316 [193-438]	183 [97-298]
Consultation de MPR	105 (2,9)	2	307 [200-448]	188 [83-351]
Consultation d'orthopédie	3 480 (95,9)	2	112 [49-258]	43 [26-74]

	Nombre de patients (%)	Nombre médian par patient	Délai médian en jours depuis premier soin* [Q1-Q3]	Délai médian en jours depuis dernier soin** [Q1-Q3]
dont				
<i>Une seule consultation d'orthopédie</i>	1 477 (42,4)			
Consultation d'orthopédie, sans autre consultation spécialisée (MPR ou rhumatologie)	2 640 (72,7)			
Toutes consultations spécialisées	3 513 (96,8)	2	166 [64-356]	43 [25-74]
Consultations de médecine générale	3 588 (98,9)	9	498 [444-525]	34 [14-69]
* entre la première occurrence du soin sur la période de suivi et la chirurgie				
** entre la dernière occurrence du soin sur la période de suivi et la chirurgie				

3.3. Description des parcours de soins préopératoires

Sans tenir compte de la chronologie des événements les uns par rapport aux autres, les différents schémas de parcours de soins préopératoires sont présentés dans la Figure 5.

Le groupe majoritaire est celui des patients ayant eu l'ensemble des événements d'intérêt – pour rappel, kinésithérapie, infiltration de corticoïdes injectables, radiographie et imagerie « avancée » (IRM ou arthroscanner ou arthro-IRM) – qui comprend 894 patients, soit 25 % de la population d'étude.

Le deuxième groupe majoritaire est celui des patients ayant eu (au moins) une radiographie, de la kinésithérapie et une imagerie « avancée » avant la chirurgie, sans infiltration. Il comprend 488 patients, soit 13 % de la population d'étude.

Notons également que pour 2 % des patients, nous n'avons observé aucun événement d'intérêt dans les 18 mois avant la chirurgie.

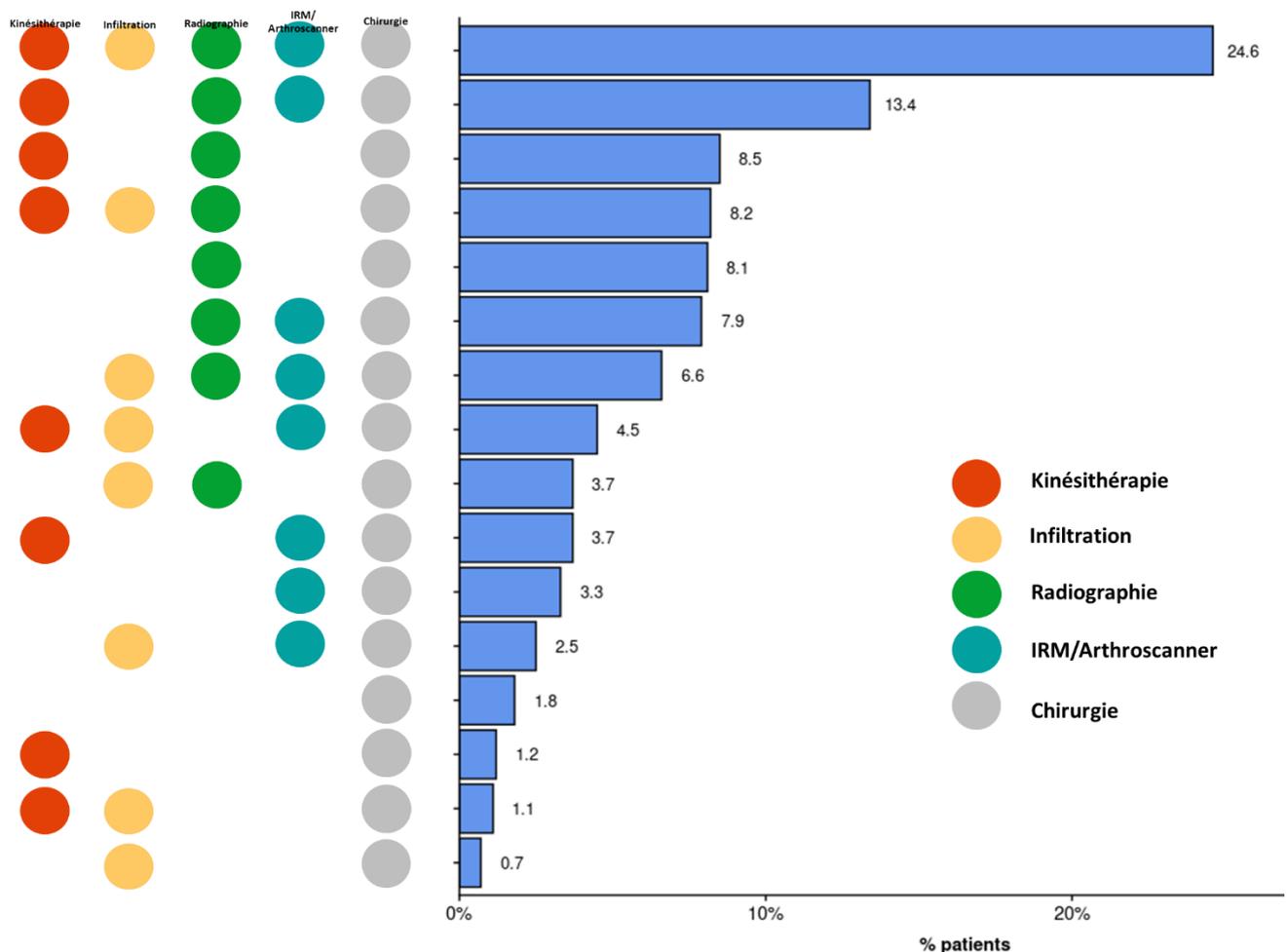


Figure 5. Association des quatre événements d'intérêt avant la chirurgie par ordre de fréquence décroissante (sans ordre chronologique les uns par rapport aux autres)

D'après la Figure 5, nous avons observé que notre population d'étude se divisait en deux groupes distincts : le groupe des patients ayant présenté l'ensemble des événements d'intérêt dans les 18 mois avant la chirurgie (N = 894, 25 %) et le groupe de ceux n'ayant pas présenté l'ensemble de ces événements (N = 2 735, 75 %).

Nous avons représenté les parcours de soins préopératoires, en tenant compte de la chronologie des événements les uns par rapport aux autres, selon ces deux groupes.

Parmi le groupe des patients ayant présenté l'ensemble des événements d'intérêt dans les 18 mois avant la chirurgie (cf. Figure 6), il existe 24 parcours différents. Le parcours le plus fréquent de ce groupe comprend de la kinésithérapie, une radiographie, puis une infiltration, et enfin une imagerie avancée avant la chirurgie. Ce parcours est en adéquation avec la recommandation de la HAS de 2023, tout comme le parcours comprenant radiographie, kinésithérapie, infiltration et enfin imagerie « avancée » avant la chirurgie. Au total, ces parcours sont parmi les parcours les plus fréquents de ce groupe, mais sont les 6^e et 12^e parcours (par ordre de fréquence décroissante) sur l'ensemble des parcours et représentent seulement 6 % de l'ensemble de la population (et 1/5 de ce groupe).

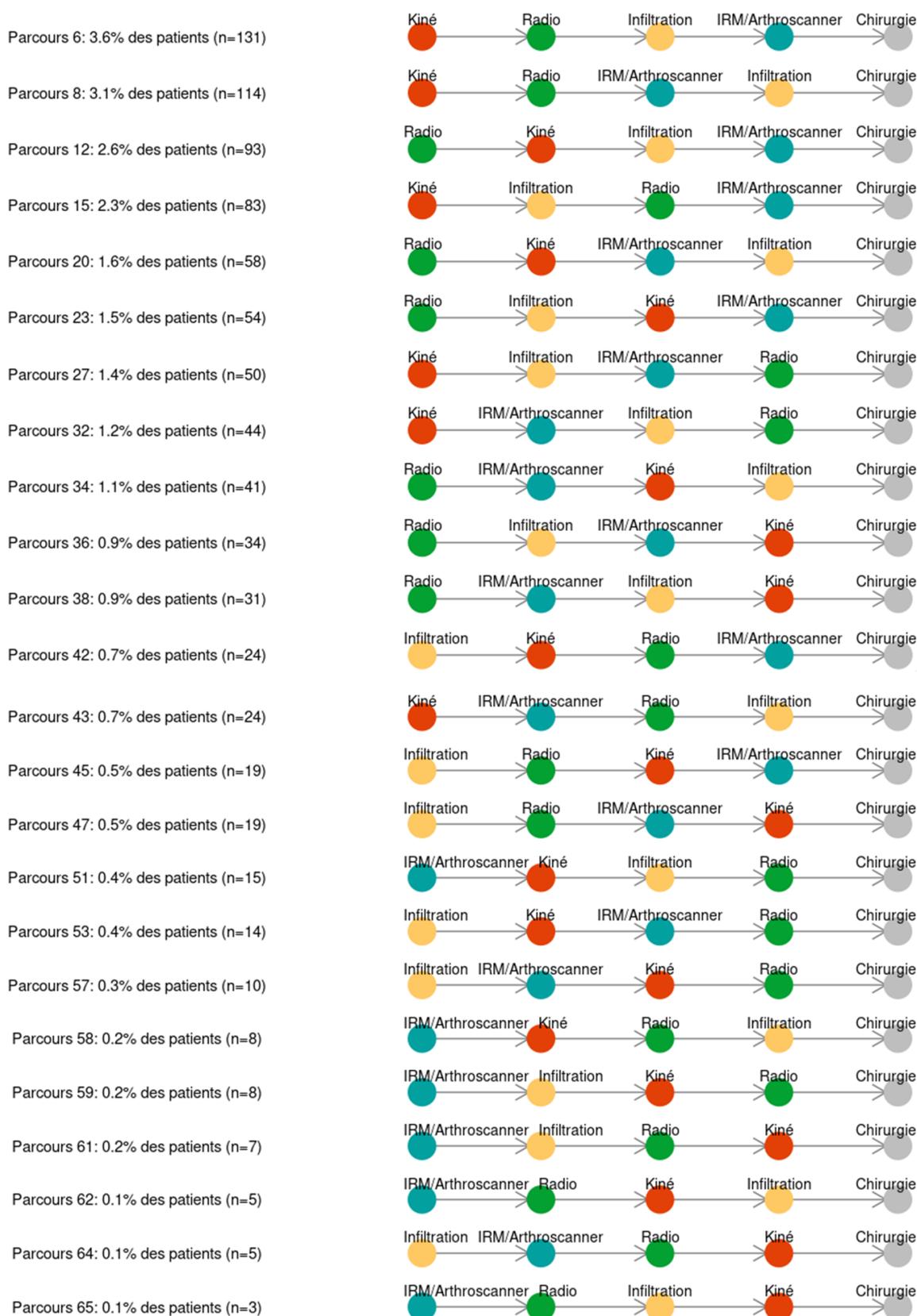


Figure 6. Représentation des parcours de soins préopératoires (suite chronologique d'évènements dans le groupe des patients ayant eu l'ensemble des évènements d'intérêt sur leur parcours), selon leur ordre de fréquence décroissante

Note : le numéro du parcours et la proportion de patients concernés sont indiqués selon l'ensemble de la population, et non restreints à cette analyse en sous-groupe.

Dans le deuxième parcours le plus fréquent de ce groupe (le 8^e parcours sur l'ensemble des parcours), la kinésithérapie est proposée en première intention, la radiographie est réalisée avant l'imagerie « avancée » et avant l'infiltration.

Parmi le groupe des patients n'ayant pas présenté l'ensemble des événements d'intérêt dans les 18 mois avant la chirurgie (cf. Annexe 9), on recense 41 parcours. Les cinq premiers parcours de ce groupe sont aussi les parcours les plus fréquents sur l'ensemble de la population (29 % de l'ensemble de la population, 38 % des patients de ce groupe). Cinq parcours ne comprennent pas de soin conservateur (ni kinésithérapie ni infiltration), dont notamment les deux parcours les plus fréquents (15 % de l'ensemble de la population, 19 % des patients de ce groupe). Pour le parcours le plus fréquent, seule une radiographie d'épaule est réalisée avant la chirurgie. Pour le deuxième parcours le plus fréquent, une radiographie d'épaule puis une imagerie « avancée » sont réalisées avant la chirurgie.

Au total, il y a donc 65 parcours de soins préopératoires différents. Les 12 parcours les plus fréquents représentent la moitié de la population étudiée (cf. Figure 7). Trois de ces parcours comprennent l'ensemble des événements d'intérêt ; ils représentent 8 % de l'ensemble des patients.

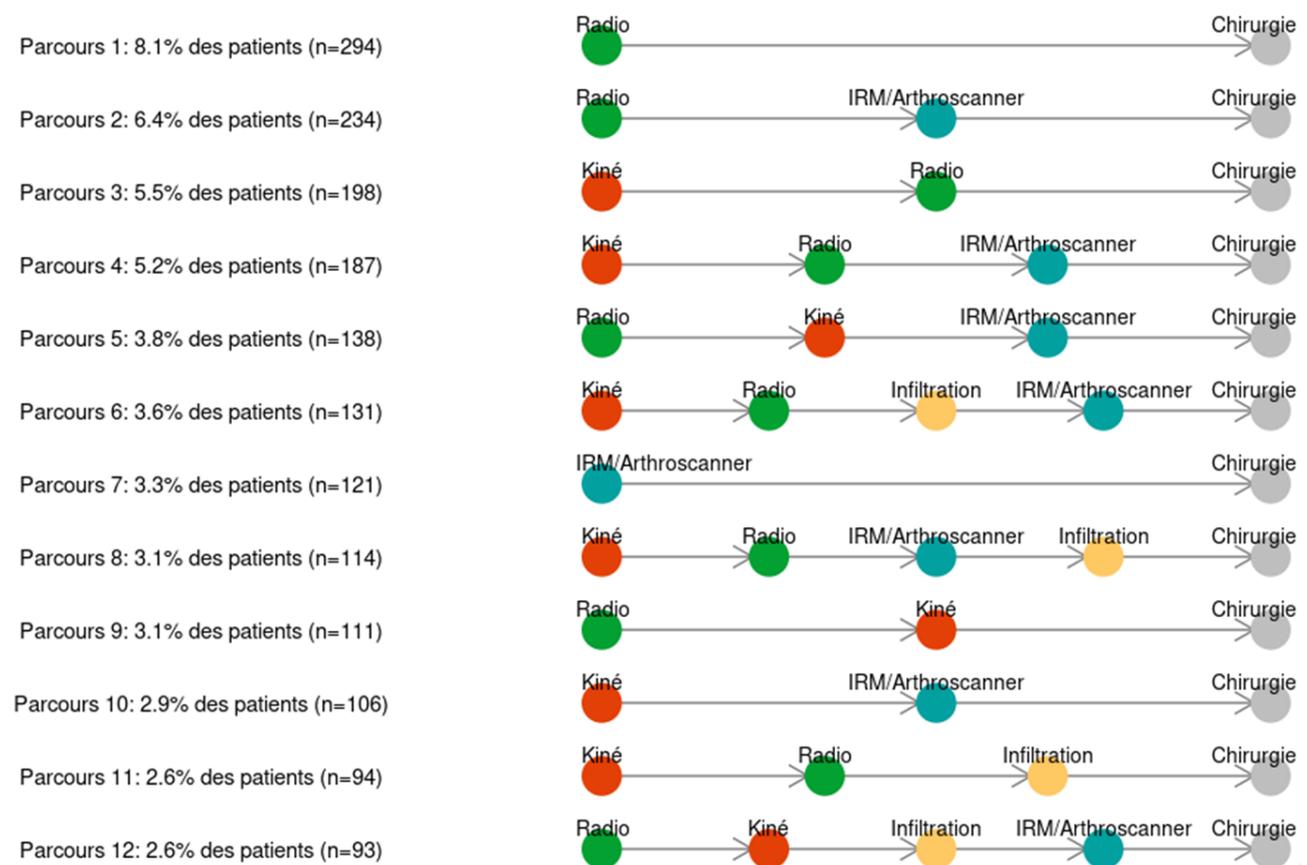


Figure 7.: Représentation des 12 parcours de soins préopératoires les plus fréquents

4. Discussion

4.1. Principaux résultats

Un nombre important d'acromioplasties isolées

Sur le second semestre 2022, 3 629 patients de 40 ans et plus ont été opérés d'une acromioplastie isolée. Cette intervention chirurgicale est *a priori* réalisée dans un contexte de tendinopathie de l'épaule non rompue et non traumatique. Or, la recommandation de la HAS de 2023 – que cette étude vient appuyer – indique que la chirurgie n'a pas d'intérêt dans la prise en charge de la tendinopathie de l'épaule non rompue et non traumatique. Elle précise d'ailleurs que « dans le syndrome douloureux sub-acromial, en l'absence de rupture transfixiante et en échec d'un traitement médical de première intention, il n'y a pas de preuve de l'efficacité de la chirurgie dite de décompression sub-acromiale (acromioplastie et bursectomie) isolée par rapport au placebo arthroscopique et des données suggèrent que les exercices sont aussi efficaces que la chirurgie de décompression sub-acromiale associée aux exercices. La chirurgie n'aurait pas de valeur ajoutée par rapport à un programme d'exercices ».

Il est à noter que la CNAM avait observé un recours à la chirurgie de la coiffe des rotateurs en augmentation entre 2006 et 2014. Depuis ce constat, le recours à la chirurgie de la coiffe s'est stabilisé, voire a diminué (cf. Annexe 10). En effet, d'après les données OpenCCAM³, le nombre total d'actes de chirurgie de type acromioplastie ou arthroplastie acromio-claviculaire était stable entre 2015 et 2019 (66 837 et 67 358 respectivement), et a diminué depuis (58 922 en 2022). Cependant, ces données brutes ne permettent pas d'étudier le contexte interventionnel et sont difficiles à mettre en relation avec les résultats de cette étude, qui s'intéresse uniquement aux actes d'acromioplastie isolée, dans un contexte « supposé » de tendinopathie de l'épaule non rompue et non traumatique. Les indications de réparation de la coiffe seront abordées dans une recommandation ultérieure.

Un recours à l'intervention chirurgicale trop souvent sans soins conservateurs préalables

D'après les résultats de cette étude, 1 patient sur 3 n'a pas eu de kinésithérapie avant la chirurgie, et 1 patient sur 2 n'a pas eu d'infiltration de corticoïdes injectables. Or, les points essentiels de la recommandation de la HAS de 2023 sur la prise en charge en cas de tendinopathie non rompue et non traumatique rappellent que « le traitement principal est médico-fonctionnel : antalgiques, AINS, kinésithérapie, infiltration de corticoïdes, éducation et conseils (dont conseils de prévention individuelle et professionnelle) ».

La recommandation de la HAS de 2023 indique que chez un patient ayant « un syndrome douloureux sub-acromial persistant, les injections sub-acromiales de dérivés cortisonés ont un intérêt, car elles ont un effet antalgique d'une durée de 3 à 8 semaines, et qu'une amélioration clinique est attendue au bout de 6 semaines à 3 mois de kinésithérapie (au terme de 7 à 15 séances) ». Notons que d'après cette étude, les patients opérés d'une acromioplastie isolée, ayant eu de la kinésithérapie, ont eu en médiane 23 séances dans les 18 mois avant la chirurgie.

³ Données ouvertes disponibles en téléchargement à l'adresse suivante : <https://www.scansante.fr/opendata/pmsi-mco/ccam>

Un recours à l'intervention chirurgicale sans radiographie d'épaule comme examen d'imagerie de première intention

D'après notre étude, sur les 18 mois avant la chirurgie, 37 % des patients opérés n'ont pas eu de radiographie en imagerie de 1^{re} intention, soit parce qu'ils ont eu un autre examen d'imagerie avant (18 %), soit parce qu'ils n'ont pas eu de radiographie (19 %). Or, d'après la recommandation de la HAS de 2023 concernant la prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, des radiographies de l'épaule sont recommandées en première intention. De plus, parmi les patients ayant eu une radiographie, elle est réalisée tardivement au cours du parcours de soins préopératoires (7 mois avant).

Un recours à l'intervention chirurgicale avec une prise en charge médicale en-core souvent incomplète

D'après notre étude, seulement 25 % des patients opérés d'une acromioplastie isolée ont eu avant la chirurgie une radiographie d'épaule, de la kinésithérapie, une infiltration de corticoïdes injectables et une imagerie « avancée » de type IRM ou arthroscanner, ce qui est considéré comme étant la prise en charge optimale de cette pathologie, comme indiqué dans les points essentiels de la recommandation de 2023. Même si ces résultats ne concernent que les patients opérés, ils suggèrent que la prise en charge médicale est incomplète en cas de tendinopathie non rompue et non traumatique.

4.2. Forces et limites

La principale force de notre étude est **l'utilisation d'une grande base de données** permettant d'étudier le parcours de soins préopératoires de la quasi-totalité⁴ des patients opérés d'une acromioplastie isolée sur le territoire français.

La seconde force est qu'elle permet **de mettre à jour partiellement les données de l'Assurance maladie** ayant conduit à la saisine de la HAS, **avec un focus sur les actes d'acromioplastie isolée**. Ces actes étant *a priori* réalisés dans un contexte de tendinopathie non rompue et non traumatique, l'analyse des parcours de soins préopératoires associés permet d'appuyer les recommandations de la HAS sur la prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs non traumatiques.

Malgré ces deux principales forces, elle présente plusieurs limites, en grande partie liées à l'utilisation du SNDS comme source de données.

La première limite concerne le périmètre de l'étude. Les données étudiées concernent uniquement les patients opérés et ne reflètent pas les pratiques de prise en charge de l'ensemble des patients avec une épaule douloureuse non traumatique ciblés dans la recommandation. En effet, le SNDS ne contenant pas d'informations cliniques, nous avons choisi comme évènement d'inclusion dans l'étude l'intervention chirurgicale puisqu'il s'agit d'un acte précis. Toutefois, **le motif ayant conduit à une intervention chirurgicale de l'épaule n'est pas indiqué.** Ainsi, pour cibler au mieux la chirurgie de l'épaule dans un contexte de tendinopathie non rompue et non traumatique, nous avons fait le choix d'exclure les situations suivantes (cf. Annexe 8), avec l'aide de trois experts cliniques :

- patient de moins de 40 ans car patient moins concerné par une atteinte dégénérative ;
- patient opéré d'une acromioplastie avec un diagnostic de séjour hospitalier de traumatisme de l'épaule ;

⁴ Le SNDS recouvre plus de 98 % des bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie. Seuls certains petits régimes d'assurance maladie ne sont pas représentés. La liste des régimes d'assurance maladie disponibles dans le SNDS est consultable ici : https://documentation-snds.health-data-hub.fr/files/Sante_publicque_France/2021-10-SpF-SNDS-ce-qui-faut-savoir-v3-MPL-2.0.pdf

- patient opéré d'une acromioplastie en association à d'autres actes de chirurgie de l'épaule pour être ainsi sûr du contexte non rompu (sachant que les pratiques chirurgicales diffèrent d'un praticien à l'autre).

Ces critères d'exclusion nous permettent *a priori* d'avoir une population plus spécifique, mais très probablement moins sensible, ce qui implique que le nombre de patients opérés dans un contexte de tendinopathie non rompue et non traumatique observé dans cette étude est très certainement sous-estimé.

La deuxième limite concerne le contexte de recours aux soins préopératoires. Le fait que le SNDS ne contienne pas d'informations cliniques conduit à **ne pas pouvoir identifier les motifs de prise en charge pour les actes et soins préopératoires**. Certaines variables étudiées ne concernent pas seulement la prise en charge de l'épaule : parfois elles concernent le membre supérieur (certaines imageries), et parfois elles peuvent faire l'objet d'une tout autre prise en charge (délivrance de corticoïdes injectables). Il est alors possible de surestimer le recours aux soins préopératoires. L'interprétation des résultats doit donc se faire avec prudence. À noter toutefois que pour limiter le risque de compter à tort des séances de kinésithérapie, des radiographies ou d'autres soins en lien avec une autre pathologie traumatique, nous avons exclu tous les patients ayant été hospitalisés pour traumatisme dans les 18 mois précédant l'acte d'acromioplastie. Les résultats indiquent malgré tout un recours aux soins préopératoires incomplet.

La troisième limite concerne le fait que le SNDS ne contient que les données de consommations de soins ayant fait l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie. Il est donc possible **de sous-estimer le recours aux soins préopératoires**, dans le cas où le patient prendrait à sa charge une partie des frais liés à ses soins. Toutefois, ceci est peu probable pour les événements étudiés qui sont principalement des consultations et des actes médicaux plutôt onéreux.

La quatrième limite concerne la durée de la période de suivi qui peut également conduire à sous-estimer le recours aux soins préopératoires. Nous avons en effet restreint notre analyse à une période de 18 mois avant la chirurgie. Un suivi de 24 mois aurait été préférable mais des données récentes hors période Covid étaient nécessaires pour une publication en 2023. Certains actes ont pu avoir lieu avant les 18 mois et nous conduisent à sous-estimer le nombre de patients concernés. Nous avons d'ailleurs observé que 25 % des patients avaient une séance de kinésithérapie dans les 10 premiers jours de suivi préopératoire, ce qui semble indiquer que la prise en charge médicale était déjà effective avant les 18 mois de suivi. Le nombre de patients concernés par la radiographie peut être particulièrement impacté par cette limite puisqu'il s'agit d'un examen recommandé en première intention dans la prise en charge de l'épaule douloureuse non traumatique. Pour vérifier cet impact, nous avons calculé la proportion de patients ayant eu une radiographie en imagerie de première intention, uniquement parmi les patients n'ayant pas eu de soins conservateurs dans les 6 premiers mois de suivi, et le résultat est similaire à celui observé sur l'ensemble de notre population d'étude ($1\ 421/2\ 144 = 66,3\ \% \text{ versus } 62,8\ \%$).

La cinquième limite concerne l'absence d'analyse de la prise en charge pharmacologique, à savoir la prise de traitement antalgique ou anti-inflammatoire. En l'absence de motif de prescription, il nous paraissait trop difficile d'interpréter les résultats observés, car ces médicaments ont de nombreuses indications. De plus, ils peuvent être délivrés sans ordonnance en pharmacie de ville, et dans ce cas, ils ne seront pas recensés dans le SNDS.

5. Conclusion

La HAS a mené une étude sur les données du SNDS analysant le parcours de soins préopératoires des patients de 40 ans et plus ayant eu une acromioplastie isolée sur le deuxième semestre 2022. Cette étude apporte le constat que le nombre d'acromioplasties isolées est important puisqu'environ 3 600 patients de 40 ans et plus ont été opérés sur la période d'étude. Concernant l'imagerie, la radiographie n'était pas l'examen de première intention dans 37 % des cas (dont la moitié n'a pas eu de radiographie). Trop de patients n'ont pas de soins conservateurs avant l'intervention chirurgicale (21 %), indiquant une prise en charge médico-fonctionnelle incomplète. Même si ces résultats doivent être nuancés au regard des données disponibles dans le SNDS, ils incitent grandement à diffuser la recommandation sur la prise en charge de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs non rompue et non traumatique auprès des médecins généralistes, rhumatologues, médecins de médecine physique et réadaptation, chirurgiens orthopédistes, radiologues et kinésithérapeutes afin de rappeler que la chirurgie n'a pas d'intérêt dans la prise en charge, et de rappeler la place du traitement médico-fonctionnel et des examens d'imagerie.

Un outil de communication à destination des professionnels de santé concernés, incluant les résultats de cette étude ainsi qu'un rappel des principales recommandations, accompagnera le présent rapport.

La présente étude sur les données du SNDS sera réitérée à l'horizon 2026 pour évaluer l'évolution des pratiques.

Table des annexes

Annexe 1.	Liste des actes CCAM permettant la sélection des patients	28
Annexe 2.	Liste des actes CCAM, des diagnostics CIM-10 et des catégories majeures de diagnostic entraînant l'exclusion des patients	29
Annexe 3.	Codes d'actes de kinésithérapie	30
Annexe 4.	Liste des corticoïdes injectables autorisés dans la prise en charge des tendinites	31
Annexe 5.	Liste des codes CCAM d'infiltration, de radiographie, d'échographie, d'imagerie en coupe	37
Annexe 6.	Liste des codes de consultations/téléconsultations	39
Annexe 7.	Liste des spécialités médicales	40
Annexe 8.	Diagramme de sélection de la population	42
Annexe 9.	Parcours de soins préopératoires des patients n'ayant pas eu l'ensemble des événements d'intérêt sur les 18 mois avant la chirurgie	43
Annexe 10.	Évolution du nombre d'actes d'acromioplastie et d'arthroplastie acromio-claviculaire sur la période 2015 à 2022, d'après les données OpenCCAM	46

Table des figures

Figure 1. Description des événements préopératoires : à gauche, proportion de patients concernés par l'évènement, et à droite, délai entre la première occurrence de l'évènement et l'acte de chirurgie de l'épaule.....	13
Figure 2. Distribution du nombre d'actes (séances) de kinésithérapie par patient.....	15
Figure 3. Proportion de séances de kinésithérapie (à gauche) et de délivrances de corticoïdes injectables (à droite) par prescripteur.....	16
Figure 4. Distribution du nombre d'actes de radiographie d'épaule par patient.....	17
Figure 5. Association des quatre événements d'intérêt avant la chirurgie par ordre de fréquence décroissante (sans ordre chronologique les uns par rapport aux autres).....	20
Figure 6. Représentation des parcours de soins préopératoires (suite chronologique d'évènements dans le groupe des patients ayant eu l'ensemble des événements d'intérêt sur leur parcours), selon leur ordre de fréquence décroissante.....	21
Figure 7.: Représentation des 12 parcours de soins préopératoires les plus fréquents.....	22

Table des tableaux

Tableau 1. Soins conservateurs observés dans les 18 mois avant la chirurgie.....	14
Tableau 2. Actes d'imagerie à visée diagnostique observés dans les 18 mois avant la chirurgie.....	16
Tableau 3. Actes d'imagerie « avancée » (IRM/arthro-IRM/arthroscanner) et autres actes d'imagerie observés dans les 18 mois avant la chirurgie.....	17
Tableau 4. Consultations médicales observées dans les 18 mois avant la chirurgie.....	18

Annexe 1. Liste des actes CCAM permettant la sélection des patients

Code CCAM	Libellé
MEMA006	Acromioplastie sans prothèse, par abord direct
MEMA017	Acromioplastie sans prothèse avec arthroplastie acromio-claviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par abord direct
MEMC003	Acromioplastie sans prothèse, par arthroscopie
MEMC005	Acromioplastie sans prothèse avec arthroplastie acromio-claviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie
MEMA011	Arthroplastie acromio-claviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthrotomie
MEMC001	Arthroplastie acromio-claviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie

Annexe 2. Liste des actes CCAM, des diagnostics CIM-10 et des catégories majeures de diagnostic entraînant l'exclusion des patients

Code CCAM	Libellé
MJMA003	Réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule par autoplastie et/ou matériel prothétique, par abord direct
MEFC002	Synovectomie totale de l'articulation scapulo-humérale, par arthroscopie
MEFA003	Synovectomie totale de l'articulation scapulo-humérale, par arthrotomie
MEJC001	Nettoyage de l'articulation scapulo-humérale, par arthroscopie
MJEA006	Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par abord direct
MJEA010	Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par abord direct
MJEC002	Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie
MJEC001	Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie
MJDC001	Ténodèse et/ou résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial
MJDA001	Ténodèse et/ou résection de la portion articulaire du muscle long biceps brachial, par abord direct

Code CIM-10	Libellé
S40*	Lésion traumatique superficielle de l'épaule et du bras
S41*	Plaie ouverte de l'épaule et du bras
S42*	Fracture de l'épaule et du bras
S43*	Luxation, entorse et foulure des articulations et des ligaments de la ceinture scapulaire
S44*	Lésion traumatique de nerfs au niveau de l'épaule et du bras
S45*	Lésion des vaisseaux sanguins au niveau de l'épaule et du bras
S46*	Lésion traumatique de muscles et de tendons au niveau de l'épaule et du bras
S47*	Écrasement de l'épaule et du bras
S48*	Amputation traumatique de l'épaule et du bras
S49*	Lésions traumatiques de l'épaule et du bras, autres et sans précision

Catégorie majeure de diagnostic	Libellé
08	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements
26	Traumatismes multiples graves

Annexe 3. Codes d'actes de kinésithérapie

Norme B2 PMSI	Norme PS5 DCIR	Libellé
AMS	3125	ACTES DE KINÉSITHÉRAPIE OSTÉO-ARTICULAIRE
AMK	3122	ACTES DE KINÉSITHÉRAPIE
AMC	3121	ACTES DE KINÉSITHÉRAPIE EN ÉTABLISSEMENT

Annexe 4. Liste des corticoïdes injectables autorisés dans la prise en charge des tendinites

NOM COMMERCIAL	DCI	ATC	INDICATIONS AMM
DIPROSTÈNE	BÉTAMÉTHASONE PHOSPHATE	H02AB01	Affections rhumatologiques en injection intra-articulaire, notamment dans les arthroses en poussée et les arthrites inflammatoires ; en injection périarticulaire, notamment dans le traitement des bursites et des tendinites ; en injection dans les parties molles, notamment dans le traitement de la maladie de Dupuytren, des talalgies et du syndrome du canal carpien. Affections ORL en irrigation intra-sinusienne dans les sinusites subaiguës ou chroniques ; rhinites allergiques saisonnières après échec des autres thérapeutiques (antihistaminique par voie générale, corticoïde intra-nasal ou corticoïde <i>per os</i> en cure courte). Affections dermatologiques en usage local, notamment dans le traitement des cicatrices chéloïdes.
CÉLESTÈNE CHRONODOSE	BÉTAMÉTHASONE PHOSPHATE	H02AB01	Affections rhumatologiques en injection intra-articulaire, notamment dans les arthroses en poussée et les arthrites inflammatoires ; en injection périarticulaire, notamment dans le traitement des bursites et des tendinites ; en injection dans les parties molles, notamment dans le traitement de la maladie de Dupuytren, des talalgies et du syndrome du canal carpien. Affections ORL en irrigation intra-sinusienne dans les sinusites subaiguës ou chroniques. Prévention anténatale de la maladie des membranes hyalines en usage systémique. Rhinites allergiques saisonnières après échec des autres thérapeutiques (antihistaminique par voie générale, corticoïde intra-nasal ou corticoïde <i>per os</i> en cure courte). Affections dermatologiques en usage local, notamment dans le traitement des cicatrices chéloïdes.

NOM COMMERCIAL	DCI	ATC	INDICATIONS AMM
BETNESOL 4 MG	BÉTAMÉTHASONE PHOSPHATE SODIQUE	H02AB01	Affections rhumatologiques en injection intra-articulaire, notamment dans les arthrites inflammatoires, arthroses en poussée ; en injection péri-articulaire, notamment dans les tendinites et les bursites ; en injection dans les parties molles, notamment dans les talalgies, le syndrome du canal carpien et la maladie de Dupuytren. Affections allergiques : œdème de Quincke sévère en complément des antihistaminiques ; choc anaphylactique en complément de l'adrénaline. Affections infectieuses : fièvre typhoïde sévère, en particulier avec confusion mentale, choc, coma ; laryngite striduleuse (laryngite sous-glottique) chez l'enfant. Affections neurologiques : œdème cérébral (tumeurs, abcès à toxoplasme...). Affections ORL : dyspnée laryngée ; en irrigations intra-sinusiennes dans le traitement des sinusites subaiguës ou chroniques justifiant un drainage. Affections dermatologiques, notamment les cicatrices chéloïdes. Affections ophtalmiques en injections péri-oculaires dans certaines atteintes inflammatoires du segment antérieur avec participation de l'uvée intermédiaire.
CÉLESTÈNE 4 MG	BÉTAMÉTHASONE PHOSPHATE SODIQUE	H02AB01	Affections rhumatologiques en injection intra-articulaire, notamment dans les arthrites inflammatoires, arthroses en poussée ; en injection péri-articulaire, notamment dans les tendinites et les bursites ; en injection dans les parties molles, notamment dans les talalgies, le syndrome du canal carpien et la maladie de Dupuytren. Prévention anténatale de la maladie des membranes hyalines en usage systémique. Affections allergiques : œdème de Quincke sévère en complément des antihistaminiques ; choc anaphylactique en complément de l'adrénaline. Affections infectieuses : fièvre typhoïde sévère, en particulier avec confusion mentale, choc, coma ; laryngite striduleuse (laryngite sous-glottique) chez l'enfant. Affections neurologiques : tumeurs, hématome sous-dural et œdème cérébral lié à un abcès à toxoplasme. Affections ORL : dyspnée laryngée ; en irrigations intra-sinusiennes dans le traitement des sinusites subaiguës ou chroniques justifiant un drainage. Affections dermatologiques, notamment les cicatrices chéloïdes. Affections ophtalmiques en injections péri-oculaires dans certaines atteintes inflammatoires du segment antérieur avec participation de l'uvée intermédiaire.

NOM COMMERCIAL	DCI	ATC	INDICATIONS AMM
HYDROCORTANCYL	PREDNISOLONE ACÉTATE	H02AB06	Affections rhumatologiques : en injection intra-articulaire, notamment dans les arthrites inflammatoires, arthroses en poussée ; en injection péri-articulaire, notamment dans les tendinites et les bursites ; en injection dans les parties molles, notamment dans les talalgies, le syndrome du canal carpien et la maladie de Dupuytren ; en injection épidurale dans les radiculalgies ; en injection intradurale dans les radiculalgies en cas d'échec d'autres traitements (résistantes aux injections épidurales) ou à l'occasion d'analyse du liquide céphalorachidien. Affections dermatologiques, notamment les cicatrices chéloïdes. Affections néoplasiques : en injection intradurale dans les méningites leucémiques et tumorales. Affections ophtalmiques : en injections péri-oculaires dans certaines atteintes inflammatoires du segment antérieur avec participation de l'uvéa intermédiaire. Affections ORL : en irrigations intra-sinusiennes dans le traitement des sinusites subaiguës ou chroniques justifiant un drainage.
DEPO-MEDROL 40	MÉTHYLPREDNISOLONE ACÉTATE	H02AB04	Affections rhumatologiques : en injection intra-articulaire, notamment dans les arthrites inflammatoires, arthroses en poussée ; en injection péri-articulaire, notamment dans les tendinites et les bursites ; en injection dans les parties molles, notamment dans les talalgies, le syndrome du canal carpien et la maladie de Dupuytren. Affections dermatologiques, notamment les cicatrices chéloïdes. Affections ORL : en irrigations intra-sinusiennes dans le traitement des sinusites subaiguës ou chroniques justifiant un drainage.

NOM COMMERCIAL	DCI	ATC	INDICATIONS AMM
DEXAMÉTHASONE KAL 4 MG	DEXAMÉTHASONE PHOSPHATE	H02AB02	<p>Affections allergiques : choc anaphylactique (par exemple, réaction au produit de contraste) en association avec adrénaline, antihistaminiques et correction de la volémie (attention : seringues mixtes) ; état de choc chez les polytraumatisés/prévention du syndrome respiratoire aigu post-traumatique. Affections neurologiques : œdème cérébral des tumeurs cérébrales (en postopératoire et après irradiation par rayons X) et après traumatisme de la moelle épinière. Affections rhumatologiques : en injection péri-articulaire, notamment dans les bursites ; injection périarticulaire et infiltration, par exemple, dans la périarthrite scapulo-humérale, l'épicondylite, la styloïdite, la ténosynovite ; dans la polyarthrite rhumatoïde, en cas d'atteinte articulaire isolée ou de non-réponse au traitement par voie systémique ; en cas de poussées inflammatoires de la polyarthrite rhumatoïde. Affections infectieuses : maladie à coronavirus 2019 (Covid-19) chez les patients adultes et adolescents (âgés de 12 ans et plus et pesant au moins 40 kg) oxygéo-requérants. Affections ORL : exacerbations sévères de l'asthme (uniquement en association aux sympathomimétiques). Affections dermatologiques : dermatose aiguë sévère (exemple : pemphigus vulgaire, érythrodermie). Affections hématologiques : hémopathies sévères (exemple : traitement adjuvant de la leucémie, PTI, anémie hémolytique). Affections systémiques : traitement de deuxième intention de l'insuffisance corticosurrénale aiguë (crise surrénalienne).</p>

NOM COMMERCIAL	DCI	ATC	INDICATIONS AMM
DEXAMÉTHASONE VIA 4 MG	DEXAMÉTHASONE PHOSPHATE SODIQUE	H02AB02	Affections rhumatologiques : en injection péri-articulaire, notamment dans les tendinites et les bursites ; en injection dans les parties molles, notamment dans les talalgies, le syndrome du canal carpien et la maladie de Dupuytren. Affections allergiques : œdème de Quincke sévère en complément des antihistaminiques ; choc anaphylactique en complément de l'adrénaline. Affections infectieuses : fièvre typhoïde sévère, en particulier avec confusion mentale, choc, coma ; laryngite striduleuse (laryngite sous-glottique) chez l'enfant ; infection à coronavirus SARS-CoV-2 2019 (Covid-19) chez les adultes et les adolescents (âgés de 12 ans et pesant plus de 40 kg) qui nécessitent une oxygénothérapie. Affections neurologiques : œdème cérébral (tumeurs, abcès à toxoplasme...). Affections ORL : dyspnée laryngée. Affections dermatologiques, notamment dans les cicatrices chéloïdes.
DEXAMETHASONE MSO 20 MG	DEXAMETHASONE PHOSPHATE SODIQUE	H02AB02	Affections rhumatologiques : en injection péri-articulaire, notamment dans les tendinites et les bursites; en injection dans les parties molles, notamment dans les talalgies, le syndrome du canal carpien, et la maladie de dupuytren. Affections allergiques : oedème de Quincke sévère en complément des antihistaminiques ; choc anaphylactique en complément de l'adrénaline. Affections infectieuses : fièvre typhoïde sévère, en particulier avec confusion mentale, choc, coma ; laryngite striduleuse (laryngite sous-glottique) chez l'enfant ; Infection à coronavirus SARS-COV-2 2019 (COVID-19) chez les adultes et les adolescents (âgés de 12 ans et pesant plus de 40 kg) qui nécessitent une oxygénothérapie. Affections neurologiques : oedème cérébral (tumeurs, abcès à toxoplasme...). Affections ORL : dyspnée laryngée. Affections dermatologiques, notamment dans les cicatrices chéloïdes.

NOM COMMERCIAL	DCI	ATC	INDICATIONS AMM
DEXAMETHASONE MSO 4 MG	DEXAMETHASONE PHOSPHATE SODIQUE	H02AB02	Affections rhumatologiques : en injection péri-articulaire, notamment dans les tendinites et les bursites; en injection dans les parties molles, notamment dans les talalgies, le syndrome du canal carpien, et la maladie de dupuytren. Affections allergiques : oedème de Quincke sévère en complément des antihistaminiques ; choc anaphylactique en complément de l'adrénaline. Affections infectieuses : fièvre typhoïde sévère, en particulier avec confusion mentale, choc, coma ; laryngite striduleuse (laryngite sous-glottique) chez l'enfant ; Infection à coronavirus SARS-COV-2 2019 (COVID-19) chez les adultes et les adolescents (âgés de 12 ans et pesant plus de 40 kg) qui nécessitent une oxygénothérapie. Affections neurologiques : oedème cérébral (tumeurs, abcès à toxoplasme...). Affections ORL : dyspnée laryngée. Affections dermatologiques, notamment dans les cicatrices chéloïdes."
DEXAMETHASONE VIA 20 MG	DEXAMETHASONE PHOSPHATE SODIQUE	H02AB02	Affections rhumatologiques : en injection péri-articulaire, notamment dans les tendinites et les bursites; en injection dans les parties molles, notamment dans les talalgies, le syndrome du canal carpien, et la maladie de dupuytren. Affections allergiques : oedème de Quincke sévère en complément des antihistaminiques ; choc anaphylactique en complément de l'adrénaline. Affections infectieuses : fièvre typhoïde sévère, en particulier avec confusion mentale, choc, coma ; laryngite striduleuse (laryngite sous-glottique) chez l'enfant ; Infection à coronavirus SARS-COV-2 2019 (COVID-19) chez les adultes et les adolescents (âgés de 12 ans et pesant plus de 40 kg) qui nécessitent une oxygénothérapie. Affections neurologiques : oedème cérébral (tumeurs, abcès à toxoplasme...). Affections ORL : dyspnée laryngée. Affections dermatologiques, notamment dans les cicatrices chéloïdes."

Note : la dexaméthasone n'est pas disponible en pharmacie de ville ; son administration n'est possible qu'au cours d'une hospitalisation et n'a donc pas pu être tracée.

Annexe 5. Liste des codes CCAM d'infiltration, de radiographie, d'échographie, d'imagerie en coupe

Variable étudiée	Code CCAM	Libellé	Catégorie
Infiltration au niveau du membre supérieur	MZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	Sans guidage Sous guidage si associé à un acte d'échographie
Infiltration au niveau du membre supérieur	MZLH001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage scanographique	Sous guidage
Infiltration au niveau du membre supérieur	MZLH002	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée avec guidage radiologique	Sous guidage
Radiographie au niveau du membre supérieur	MAQK001	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences	
Radiographie au niveau du membre supérieur	MAQK002	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 5 incidences ou plus	
Radiographie au niveau du membre supérieur	MAQK003	Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 1 ou 2 incidences	
Radiographie au niveau du membre supérieur	MZQK003	Radiographie de 2 segments du membre supérieur	
Échographie articulaire	PBQM001	Échographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations	Comptabilisé au niveau des infiltrations si associé au code MZLB001 (injection thérapeutique)
Échographie articulaire	PBQM002	Échographie unilatérale ou bilatérale de l'articulation	Comptabilisé au niveau des infiltrations si associé au code MZLB001 (injection thérapeutique)

Variable étudiée	Code CCAM	Libellé	Catégorie
Échographie articulaire	PBQM003	Échographie unilatérale ou bilatérale d'une articulation et de son appareil capsulo-ligamentaire	Comptabilisé au niveau des infiltrations si associé au code MZLB001 (injection thérapeutique)
Échographie articulaire	PBQM004	Échographie unilatérale ou bilatérale de plusieurs articulations et de leur appareil capsulo-ligamentaire	Comptabilisé au niveau des infiltrations si associé au code MZLB001 (injection thérapeutique)
Échographie articulaire	PCQM001	Échographie de muscle et/ou de tendon	Comptabilisé au niveau des infiltrations si associé au code MZLB001 (injection thérapeutique)
Imagerie en coupe	MZQN001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, sans injection de produit de contraste (hors arthro-IRM)	IRM Arthro-IRM, si associé à un acte d'arthrographie de l'épaule (MEQH001)
Imagerie en coupe	MZQJ001	Remnographie [IRM] unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, avec injection de produit de contraste	IRM
Imagerie en coupe	MZQH001	Arthrographie du membre supérieur avec scanographie [arthroscanner du membre supérieur]	Arthroscanner
Scanner au niveau du membre supérieur	MZQH002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, avec injection de produit de contraste	
Scanner au niveau du membre supérieur	MZQK002	Scanographie unilatérale ou bilatérale de segment du membre supérieur, sans injection de produit de contraste	

Annexe 6. Liste des codes de consultations/téléconsultations

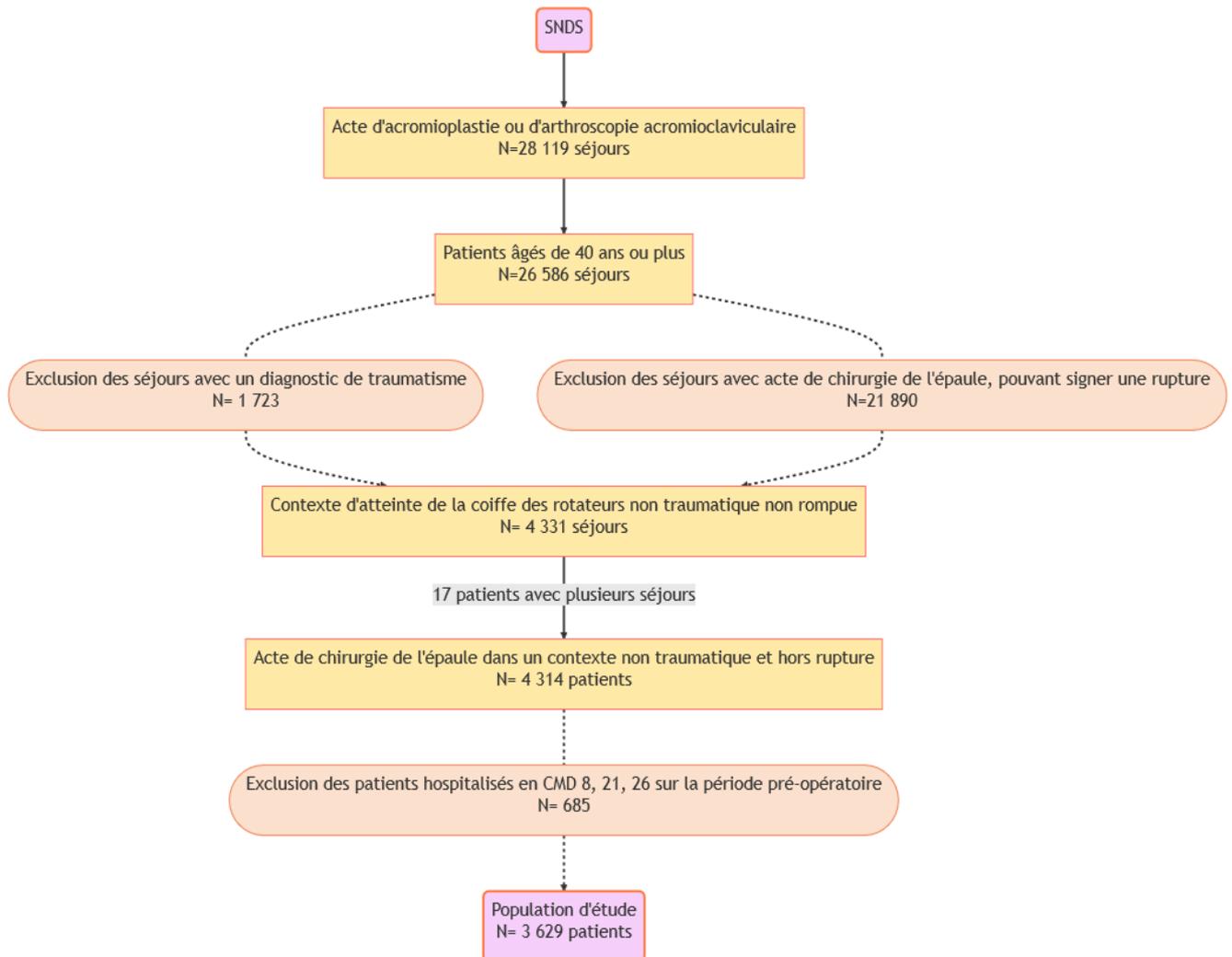
Norme PMSI	B2	Norme DCIR	PS5	Libellé
		1098		CONSULTATION CCMU 3
		1099		CONSULTATION CCMU 4 ET 5
APU		1101		AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PUPH
APY		1102		AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT PSYCHIATRE
APC		1103		AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT MÉDECIN
CCX		1105		CONSULTATION COMPLEXE
GS		1109		CONSULTATION SPÉCIALISTE MÉDECINE GÉNÉRALE
G		1110		CONSULTATION MÉDECINE GÉNÉRALE
C		1111		CONSULTATION COTÉE C
CS		1112		CONSULTATION COTÉE CS
CNP		1113		CONSULTATION COTÉE CNP
CSC		1114		CONSULTATION SPÉCIFIQUE CARDIOLOGIE
CA		1115		CONSULTATION BILAN
		1117		CONSULTATION DES SPÉCIALISTES COTÉE C2
		1118		CONSULTATION DES PSYCHIATRES COTÉE C2,5
CDE		1140		CONSULTATION SPÉCIFIQUE DE DÉPISTAGE
CCP		1168		CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET PRÉVENTION
TTE		1096		TÉLÉCONSULTATION MÉDECIN TRAITANT AVEC EHPAD
TCP		1157		ACTE DE TÉLÉCONSULTATION
TLC		1164		TÉLÉCONSULTATION – ALD ET/OU EHPAD
TC		1191		TÉLÉCONSULTATION TOUTES SPÉCIALITÉS
TCG		1192		TÉLÉCONSULTATION GÉNÉRALISTE

Annexe 7. Liste des spécialités médicales

Spécialité médicale PSE_SPE_COD (DCIR) EXE_SPE (PMSI)	Libellé	Catégorie
1	MÉDECINE GÉNÉRALE	Médecine générale
2	ANESTHÉSIOLOGIE – RÉANIMATION CHIRURGICALE	Autre spécialité
3	PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	Autre spécialité
4	CHIRURGIE GÉNÉRALE	Autre spécialité
5	DERMATOLOGIE ET VÉNÉROLOGIE	Autre spécialité
6	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE	Autre spécialité
7	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE	Autre spécialité
8	GASTRO-ENTÉROLOGIE ET HÉPATOLOGIE	Autre spécialité
9	MÉDECINE INTERNE	Autre spécialité
10	NEUROCHIRURGIE	Autre spécialité
11	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Autre spécialité
12	PÉDIATRIE	Autre spécialité
13	PNEUMOLOGIE	Autre spécialité
14	RHUMATOLOGIE	Rhumatologie
15	OPHTALMOLOGIE	Autre spécialité
16	CHIRURGIE UROLOGIQUE	Autre spécialité
17	NEUROPSYCHIATRIE	Autre spécialité
18	STOMATOLOGIE	Autre spécialité
20	RÉANIMATION INTENSIVE MÉDICALE	Autre spécialité
22	SPÉCIALISTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE AVEC DIPLÔME	Médecine générale
23	SPÉCIALITÉ EN MÉD. GÉNÉRALE RECONNUE PAR L'ORDRE	Médecine générale
31	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION	Médecine physique et de réadaptation
32	NEUROLOGIE	Autre spécialité
33	PSYCHIATRIE GÉNÉRALE	Autre spécialité
34	GÉRIATRIE	Autre spécialité
35	NÉPHROLOGIE	Autre spécialité
36	CHIRURGIE DENTAIRE (SPÉCIALISTE O.D.F.)	Autre spécialité
37	ANATOMIE-CYTOLOGIE-PATHOLOGIQUE	Autre spécialité
38	DIRECTEUR LABORATOIRE MÉDECIN	Autre spécialité
41	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	Orthopédie
42	ENDOCRINOLOGIE ET MÉTABOLISMES	Autre spécialité

Spécialité médicale PSE_SPE_COD (DCIR) EXE_SPE (PMSI)	Libellé	Catégorie
43	CHIRURGIE INFANTILE	Autre spécialité
44	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	Autre spécialité
45	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Autre spécialité
46	CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE	Autre spécialité
47	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	Autre spécialité
48	CHIRURGIE VASCULAIRE	Autre spécialité
49	CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE	Autre spécialité
69	CHIRURGIE ORALE	Autre spécialité
70	GYNÉCOLOGIE MÉDICALE	Autre spécialité
71	HÉMATOLOGIE	Autre spécialité
72	MÉDECINE NUCLÉAIRE	Autre spécialité
73	ONCOLOGIE MÉDICALE	Autre spécialité
74	ONCOLOGIE RADIOTHÉRAPIQUE	Autre spécialité
75	PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	Autre spécialité
76	RADIOTHÉRAPIE	Autre spécialité
77	OBSTÉTRIQUE	Autre spécialité
78	GÉNÉTIQUE MÉDICALE	Autre spécialité
79	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE MÉDICALE	Autre spécialité
80	SANTÉ PUBLIQUE ET MÉDECINE SOCIALE	Autre spécialité
81	MÉDECINE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Autre spécialité
82	MÉDECINE LÉGALE ET EXPERTISES MÉDICALES	Autre spécialité
83	MÉDECINE D'URGENCE	Autre spécialité
84	MÉDECINE VASCULAIRE	Autre spécialité
85	ALLERGOLOGIE	Autre spécialité

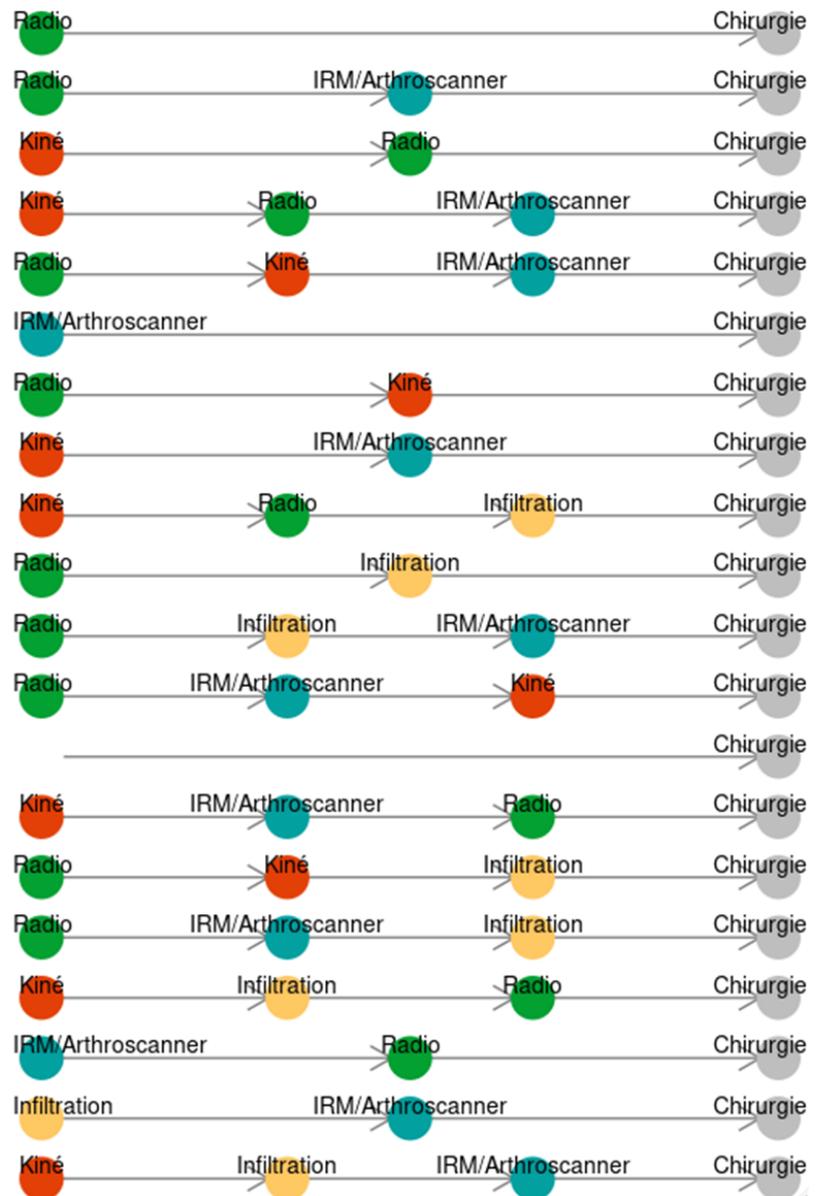
Annexe 8. Diagramme de sélection de la population



Annexe 9. Parcours de soins préopératoires des patients n'ayant pas eu l'ensemble des évènements d'intérêt sur les 18 mois avant la chirurgie

La représentation de ces parcours tient compte de l'ordre chronologique des évènements les uns par rapport aux autres. Ces parcours sont classés par fréquence décroissante par rapport à l'ensemble des parcours de la population d'étude, ainsi le numéro du parcours et la proportion de patients concernés sont indiqués selon l'ensemble de la population, et non restreints à cette analyse en sous-groupe.

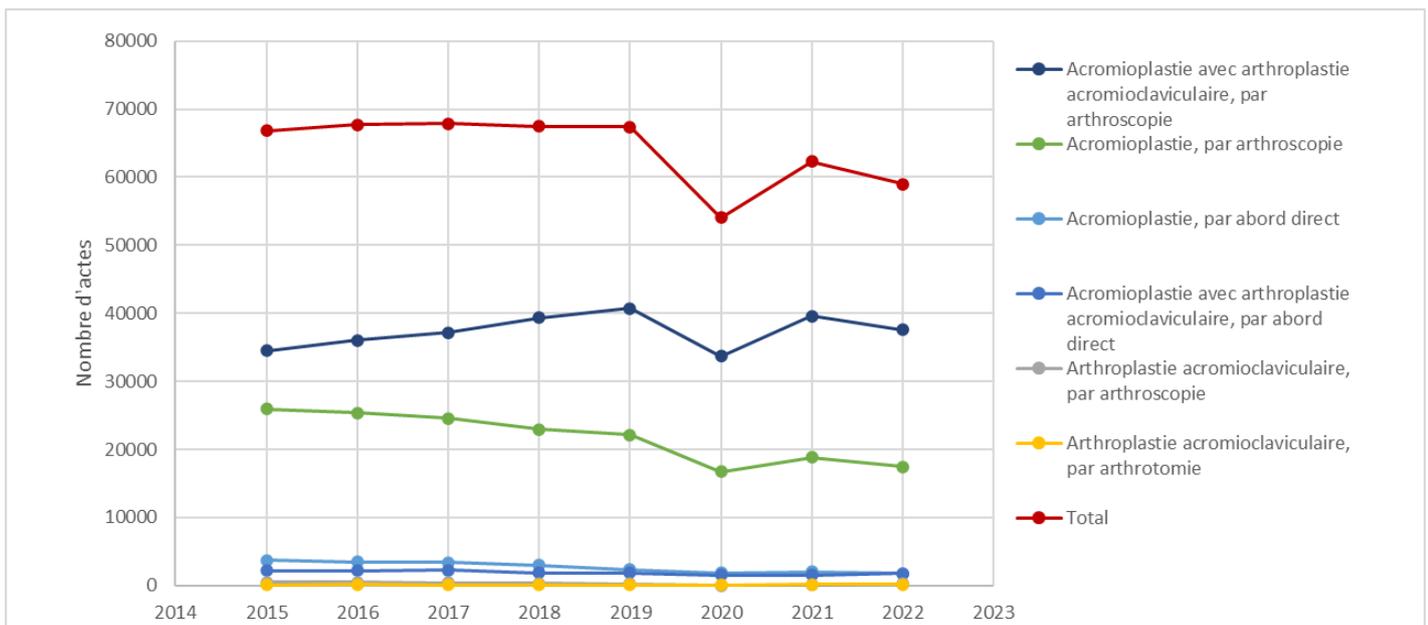
- Parcours 1: 8.1% des patients (n=294)
- Parcours 2: 6.4% des patients (n=234)
- Parcours 3: 5.5% des patients (n=198)
- Parcours 4: 5.2% des patients (n=187)
- Parcours 5: 3.8% des patients (n=138)
- Parcours 7: 3.3% des patients (n=121)
- Parcours 9: 3.1% des patients (n=111)
- Parcours 10: 2.9% des patients (n=106)
- Parcours 11: 2.6% des patients (n=94)
- Parcours 13: 2.4% des patients (n=87)
- Parcours 14: 2.3% des patients (n=84)
- Parcours 16: 2.1% des patients (n=77)
- Parcours 17: 1.8% des patients (n=67)
- Parcours 18: 1.7% des patients (n=62)
- Parcours 19: 1.6% des patients (n=59)
- Parcours 21: 1.6% des patients (n=58)
- Parcours 22: 1.6% des patients (n=58)
- Parcours 24: 1.5% des patients (n=54)
- Parcours 25: 1.5% des patients (n=54)
- Parcours 26: 1.4% des patients (n=51)



Parcours 28: 1.4% des patients (n=50)
 Parcours 29: 1.4% des patients (n=50)
 Parcours 30: 1.3% des patients (n=48)
 Parcours 31: 1.3% des patients (n=47)
 Parcours 33: 1.2% des patients (n=42)
 Parcours 35: 1% des patients (n=38)
 Parcours 37: 0.9% des patients (n=34)
 Parcours 39: 0.7% des patients (n=27)
 Parcours 40: 0.7% des patients (n=26)
 Parcours 41: 0.7% des patients (n=25)
 Parcours 44: 0.6% des patients (n=22)
 Parcours 46: 0.5% des patients (n=19)
 Parcours 48: 0.5% des patients (n=18)
 Parcours 49: 0.4% des patients (n=16)
 Parcours 50: 0.4% des patients (n=15)
 Parcours 52: 0.4% des patients (n=15)
 Parcours 54: 0.4% des patients (n=13)
 Parcours 55: 0.4% des patients (n=13)
 Parcours 56: 0.3% des patients (n=11)
 Parcours 60: 0.2% des patients (n=7)
 Parcours 63: 0.1% des patients (n=5)



Annexe 10. Évolution du nombre d'actes d'acromioplastie et d'arthroplastie acromio-claviculaire sur la période 2015 à 2022, d'après les données OpenCCAM



Références bibliographiques

Il n'y a pas de référence bibliographie spécifique à cette étude.
Elle s'appuie sur l'argumentaire ayant permis l'élaboration de la recommandation.

Participants

Groupe de travail

Mme Catherine Bisquay, ingénieure d'études, HAS

Dr Adeline Degremont, cheffe de projet, HAS

Dr Sabine Trelu, cheffe de projet, HAS

Dr Marie-Martine Lefèvre-Colau, médecin MPR et rhumatologue, hôpital Cochin, Paris

Dr Christel Conso, chirurgienne orthopédiste, Institut mutualiste Montsouris, Paris

Dr Jordane Saunier, rhumatologue, centre orthopédique Santy, Lyon

Groupe de lecture

Dr Valérie Ertel-Pau, adjointe au chef du service des bonnes pratiques, HAS

M. Pierre-Alain Jachiet, chef de la mission data, HAS

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus, ainsi que la CNAM pour le partage de ses travaux de 2014 sur le parcours de soins préopératoires des patients opérés de la coiffe des rotateurs.

Abréviations et acronymes

ACE	Acte et consultation externe
AMM	Autorisation de mise sur le marché
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CIM-10	Classification internationale des maladies 10 ^e version
CMD	Catégorie majeure de diagnostic
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
DAS	Diagnostic associé
DP	Diagnostic principal
DR	Diagnostic relié
HAS	Haute Autorité de santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MPR	Médecine physique et réadaptation
SNDS	Système national des données de santé
SSR	Soins de suite et réadaptation

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

