

MSAP SSR

**Mise Sous Accord Préalable sur
les prestations d'hospitalisation
Soins de Suite et de Réadaptation
Région : Rhône-Alpes
Année : 2011**

Octobre 2011

- Public -



SOMMAIRE

1. Diaporama de présentation CNAMTS aux établissements MCO adresseurs
2. Recommandations HAS
3. Densité et activité des masseurs kinésithérapeutes en 2009
4. Article L162-1-17 du Code de la sécurité sociale modifié par l'article 63 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010
5. Décret n° 2011-955 du 10 août 2011 relatif à la procédure contradictoire prévue à l'article L162-1-17 du Code de la sécurité sociale
6. Courrier du Directeur de la Sécurité Sociale au Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, du 6 juillet 2011
7. Annexes
 - 7.1. Liste des actes CCAM concernés
 - 7.2. Accord préalable avant admission en service de soins de suite et de réadaptation
 - 7.3. Aide au recueil des informations et à la prise de décision en cas de demande d'accord préalable avant admission en services de soins de suite et de réadaptation
 - 7.4. Arbre décisionnel admission SSR / retour à domicile
 - 7.5. Liens vers les recommandations de bonnes pratiques
 - 7.6. Voies de recours ouvertes aux assurés
 - 7.7. Note méthodologique sur le ciblage

**1. Diaporama de présentation CNAMTS aux établissements
MCO adresseurs**

MSAP SSR

Mise Sous Accord préalable des prestations d'hospitalisation de SSR

1. La réglementation
2. L'objectif
3. Les gestes retenus dans le cadre de la MSAP SSR
4. Le ciblage des établissements
5. Les procédures de la MSAP
6. Les critères médico-sociaux pris en compte
7. Les conséquences pour l'établissement MCO

1. La réglementation relative à la MSAP des prestations hospitalières SSR

- Introduit par l'article 63 de la LFSS pour 2011
- Est inséré à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale portant sur la MSAP chirurgie ambulatoire et hors chirurgie ambulatoire.
- Concerne les prestations d'hospitalisation pour les soins de suite ou de réadaptation en rapport avec des actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas de recourir à une hospitalisation, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie (reco HAS).
- S'applique aux établissements de santé visés par le 2° de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale c'est-à-dire ayant une activité de soins de suite ou de réadaptation publics, ESPIC et privés
- Porte sur l'établissement qui admet le patient et qui exécute la prestation et non sur le prescripteur
- Est d'une durée maximum de 6 mois

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



2. Objectif

- **L'objectif de l'action, comme toute MSAP, est double :**
 - harmonisation des pratiques médicales par le respect des recommandations médicales de la HAS
 - diminution des hospitalisations non justifiées, par une meilleure adéquation de l'état du patient à l'hospitalisation

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



3. Les gestes retenus dans le cadre de la MSAP SSR

➤ Les recommandations existantes de la HAS

Recommandations de mars 2006 portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation

Elles ont été suivies en 2008 par des publications relatives aux critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR

Patients concernés :

- Adultes
- Sans complications locales, régionales ou générales
- Sans pathologies associées
- Sans isolement social

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



3. Les gestes retenus dans le cadre de la MSAP SSR

➤ Quatre gestes chirurgicaux et orthopédiques visés

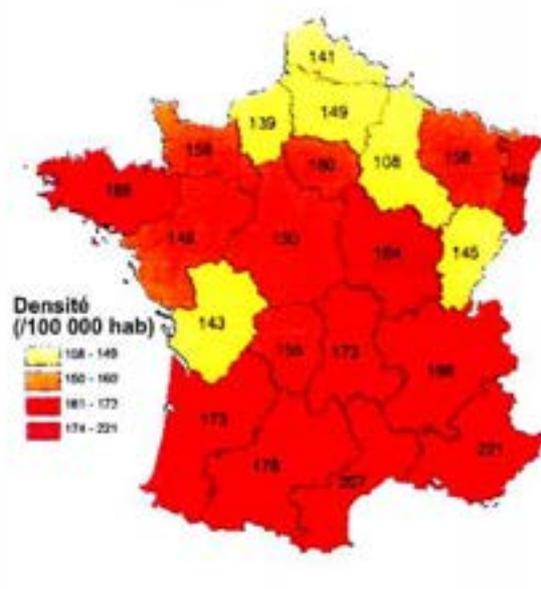
- Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou (1^{ère} intention)
- Chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs
- Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou
- Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche (1^{ère} intention)

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



4. Le ciblage des établissements : l'offre de soins existante

Densité de lits et places en SSR pour 100 000 habitants



Source : SAE 2006

Densité de kiné libéraux pour 100 000 habitants



Source : SNIIR 2008

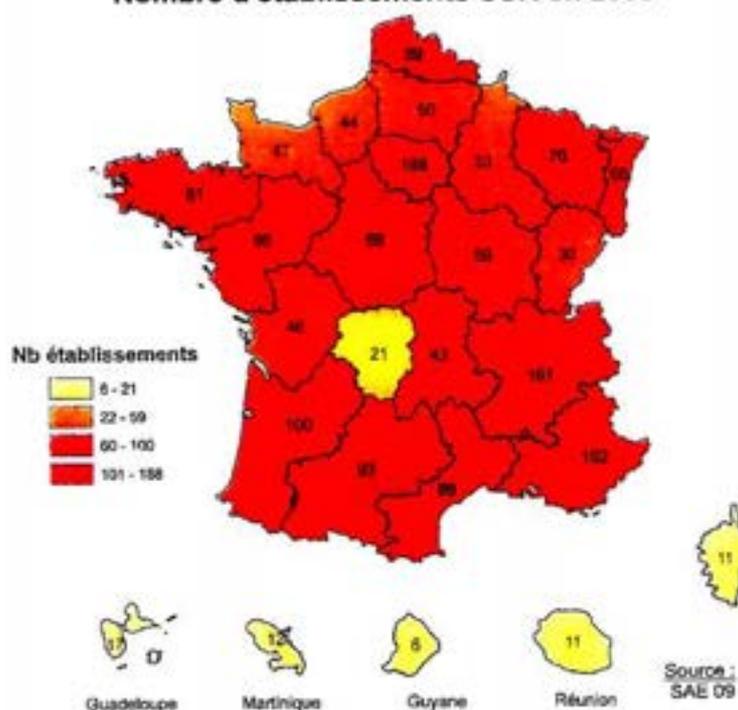
1 687 établissements et 50568 kinés en 2009

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



4. Le ciblage des établissements : l'offre de soins existante

Nombre d'établissements SSR en 2009

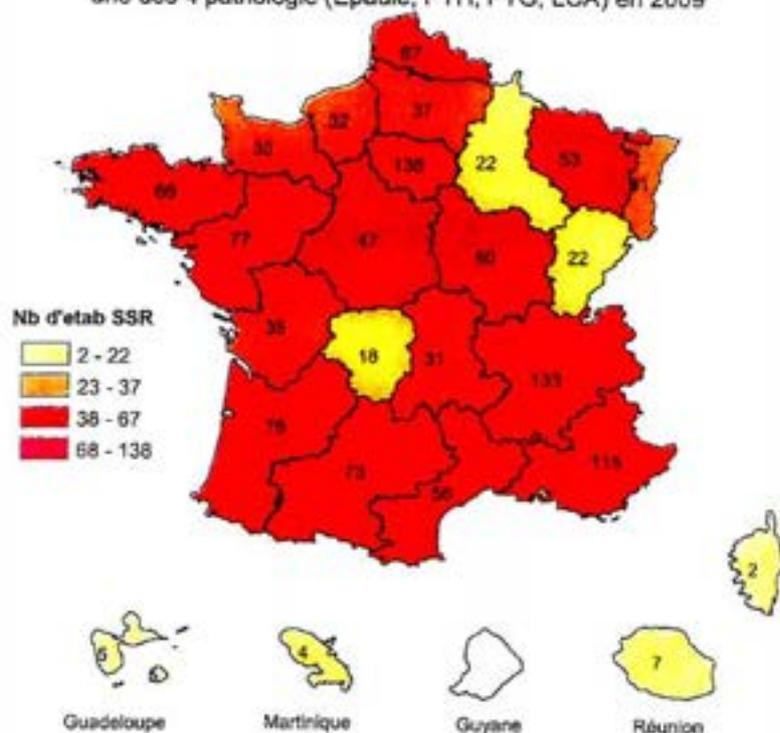


Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



4. Le ciblage des établissements : l'offre de soins sur les 4 gestes

1232 d'établissements SSR
ont au moins un séjour a été réalisé pour
une des 4 pathologie (Épaule, PTH, PTG, LCA) en 2009

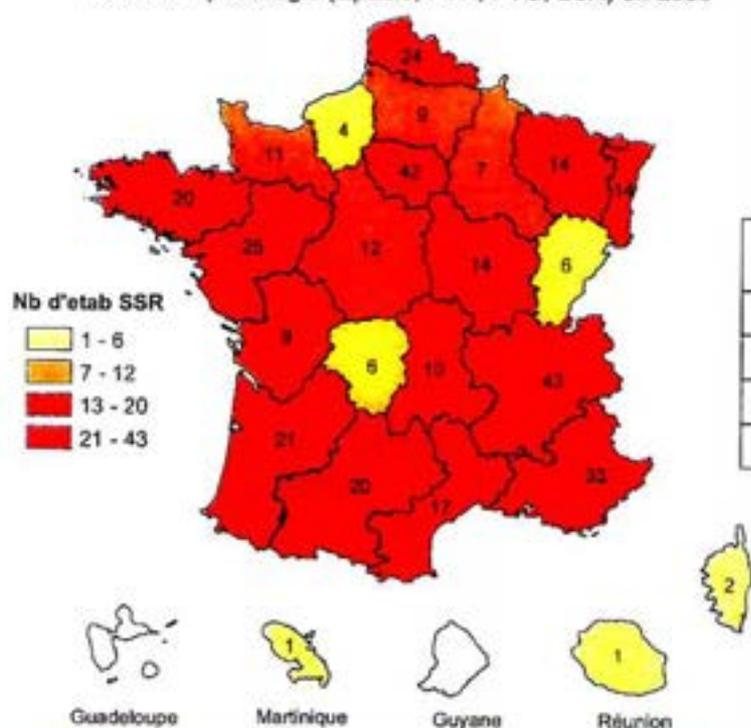


Source : PMSI MCO et SSR 2009
Méthode de classification : Effectifs égaux



4. Le ciblage des établissements : le pré-ciblage national

Nombre d'établissements SSR ayant suffisamment de séjours
et dont au moins un séjour a été réalisé pour
une des 4 pathologie (Epaule, PTH, PTG, LCA) en 2009



Pathologie	Nombre de séjours minimum
Épaule	28
PTG	52
PTH	40
LCA	23

**365 établissements
SSR sont pré ciblés**

Source : PMSI MCO et SSR 2009
Méthode de classification : Effectifs égaux

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



4. Le ciblage national

Sélection nationale des établissements éligibles à la MSAP SSR :

- 25% des établissements accueillant le plus de rééducation après :
 - Prothèse totale de Genou,
 - Ligament Croisé Antérieur,
 - Chirurgie de la coiffe des rotateurs

- 10% des établissements rééduquant le plus après une Prothèse Totale Hanche

- 365 établissements sont présélectionnés, dont **43** en Rhône-Alpes.

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



4. Le ciblage des établissements : le pré-ciblage régional

Sélection des établissements par les CPAM en lien avec l'ARS :

- La connaissance des établissements dans les régions permet d'affiner la liste nationale.

- L'activité et la démographie des masseurs kinésithérapeutes peuvent être pris en compte.

- Dans notre région, **21** établissements ont été choisis par les CPAM et l'ARS pour démarrer une MSAP SSR en 2011, parmi lesquels **17** seront définitivement retenus après concertation.

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



5. Les Procédures

1. La Mise Sous Accord Préalable des établissements SSR
2. La demande d'accord préalable des établissements SSR sous MSAP

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



5.1 La procédure de MSAP

- **L'AM^{ie} propose à l'ARS** les établissements SSR qui ont une proportion élevée de prestations d'hospitalisation en soins de suite et de rééducation
- **L'ARS informe l'établissement SSR ciblé** de son intention de le mettre sous accord préalable.
- **Procédure contradictoire entre l'établissement SSR et le directeur de l'ARS** (selon décret du 10 août 2011)
- **L'ARS notifie la MSAP à l'établissement SSR ciblé** pour la rééducation d'un ou plusieurs gestes de chirurgie. La durée de la MSAP d'un établissement ne peut excéder 6 mois.
- A partir de la prescription médicale, **l'établissement SSR ciblé devra demander l'accord préalable du service médical** pour toute admission de patients pour rééducation en lien avec l'un des gestes de chirurgie visés

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



5.2 La procédure de demande d'accord préalable faite par le SSR

- L'établissement MCO contacte l'établissement SSR pour une demande d'admission d'un patient et lui transmet les éléments médicaux nécessaire à cette hospitalisation
- S'il s'agit d'un geste mis sous accord préalable, l'établissement SSR doit faire une demande d'accord préalable. Cette demande s'effectue par téléphone auprès du service médical de l'Assurance Maladie
- Pour cette demande d'accord préalable, l'établissement SSR remplit un questionnaire médico-social à partir des informations fournies par l'établissement MCO.
- A partir des éléments figurant dans le questionnaire, le service médical donne, dans les cas les plus courants, une réponse favorable immédiate par téléphone.

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



5.2 La procédure de demande d'accord préalable faite par le SSR

- Pour des cas particuliers ou en cas d'avis potentiel défavorable, la demande est transmise à un médecin conseil
- Le médecin conseil rappelle le SSR dans les 24 heures (hors week-end) et donne un avis définitif.
- Une notification de l'avis est envoyé à l'établissement SSR et à l'assuré.
- Les refus médicaux et administratifs entraînent un refus de prise en charge et conduisent à l'impossibilité de facturer les prestations d'hospitalisation de SSR correspondantes
- A la fin de la période de mise sous accord préalable, l'Assurance Maladie procède à des contrôles du respect de la MSAP

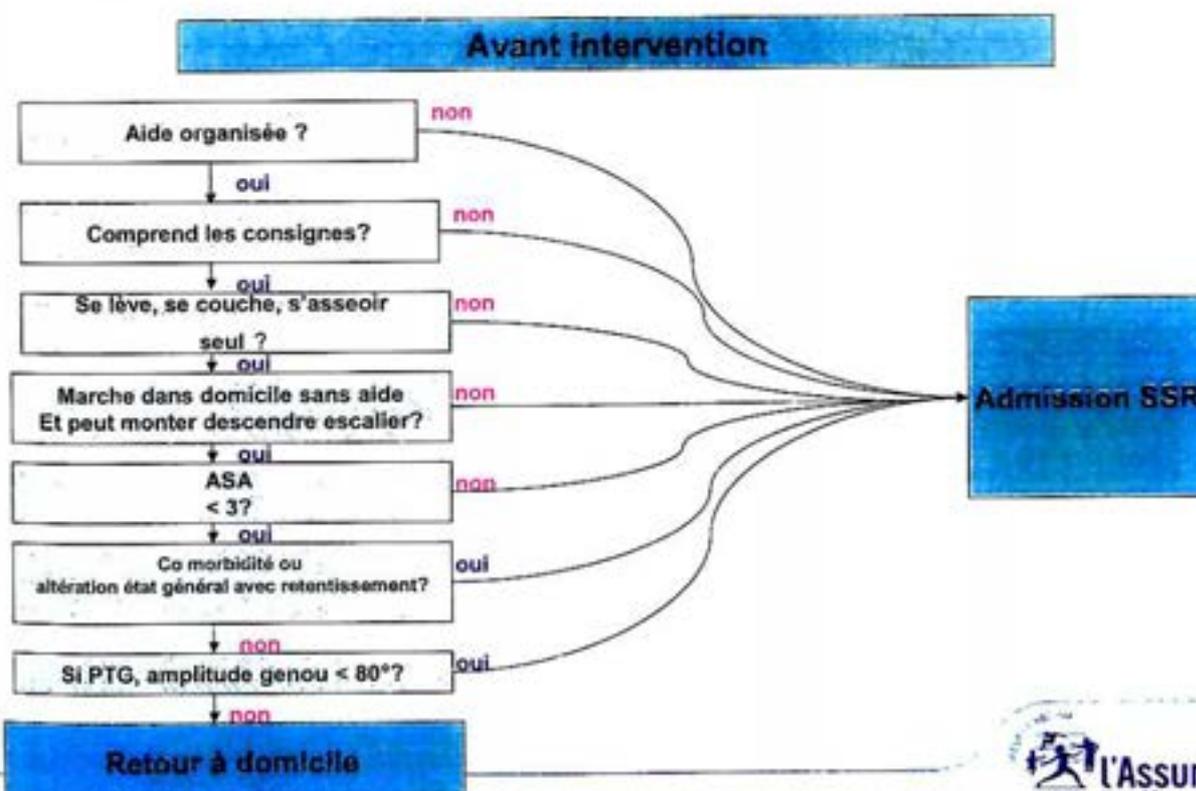
Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



6. Les critères médico-sociaux pris en compte

1. Les critères avant l'intervention
2. Les critères après l'intervention
3. Le questionnaire pour la MSAP SSR

6.1 Les critères avant l'intervention



6.2 Les critères après l'intervention

Synthèse des critères lorsque la demande d'admission est faite après l'intervention

Après intervention

COMPLICATIONS POST OPERATOIRES

➤ Critères cliniques et fonctionnels

- Si PTH/PTG/LCA/Coiffe Douleurs au repos > 5 EVA avec ou sans traitement ?
- Si PTG/LCA Genou amplitude - 70°?
- Si PTH/PTG/LCA ne peut pas se lever, se coucher, s'asseoir seul?
- Si PTG/PTH/LCA impossibilité de marche sur distance minimum 30 m avec ou sans aide?
- Si PTH/PTG/LCA montée et descente des marches au domicile?

➤ Critères médicaux généraux

- Si syndrome fébrile nécessitant une surveillance et des soins continus?
- Si anémie sévère avec transfusion?
- Si problèmes thrombo-emboliques avec risque évolutif?
- Si co-morbidité préexistante nécessitant une surveillance?
- Si infection au niveau de la cicatrice, écoulement, nécessitant une surveillance et des soins continus?
- Si autres problèmes cutanés (hématome, escarre) nécessitant une surveillance et des soins continus?
- Si troubles du comportement ou syndrome de glissement?

Un seul oui → Admission en SSR

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.



6.3 Le questionnaire utilisé pour la MSAP

Etablissement local de soins médicaux de : Téléphone :		2) SUIVIR SPECIFIQUE DE REEDUCATION LEE AU TYPE D'INTERVENTION OU AL'ACTIVITE DU PAIENT Des genre chirurgie complexe, prothèse totale de :					
Date de la demande :							
<table border="1"> <tr> <th>ETABLISSEMENT MCO</th> <th>ETABLISSEMENT TSP</th> </tr> <tr> <td> Nom et adresse P.B. 220 Chirurgien Téléphone </td> <td> Coordonnées FINESS (4/16, 5 chiffres) Niveau régionalisé Téléphone </td> </tr> </table>		ETABLISSEMENT MCO	ETABLISSEMENT TSP	Nom et adresse P.B. 220 Chirurgien Téléphone	Coordonnées FINESS (4/16, 5 chiffres) Niveau régionalisé Téléphone		
ETABLISSEMENT MCO	ETABLISSEMENT TSP						
Nom et adresse P.B. 220 Chirurgien Téléphone	Coordonnées FINESS (4/16, 5 chiffres) Niveau régionalisé Téléphone						
<table border="1"> <tr> <th>ETABLISSEMENT MCO</th> <th>LE GÉNÉRALISTE DES SOINS ET/OU DES ASSISTANTS</th> </tr> <tr> <td> Adresse Date de création Date de création de votre MCO Fonction Adresse </td> <td> Coordonnées Spécialité Fonction Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Age </td> </tr> </table>		ETABLISSEMENT MCO	LE GÉNÉRALISTE DES SOINS ET/OU DES ASSISTANTS	Adresse Date de création Date de création de votre MCO Fonction Adresse	Coordonnées Spécialité Fonction Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Age		
ETABLISSEMENT MCO	LE GÉNÉRALISTE DES SOINS ET/OU DES ASSISTANTS						
Adresse Date de création Date de création de votre MCO Fonction Adresse	Coordonnées Spécialité Fonction Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Age						
Valable jusqu'à la fin de l'année ou à date d'expiration local régionalisé							
APRES CONSULTATION AU NIVEAU DE LA CAISSE NATIONALE D'ADMISSION							
Problème total de genou <input type="checkbox"/> anémone <input type="checkbox"/> Problème total de genou <input type="checkbox"/> anémone <input type="checkbox"/> Locomoteur LCA <input type="checkbox"/> Coiffe de la tête des ossements <input type="checkbox"/>							
CETTE DEMANDE D'ADMISSION CONCERNE UNE INTERVENTION							
intervention programmée, sans autres indications		intervention déjà effectuée lors de l'intervention					
date prévue de l'intervention		date prévue de l'intervention <input type="checkbox"/>					
date prévue de la demande en SSR		provenance : Chirurgie <input type="checkbox"/> ou MCO <input type="checkbox"/> MCO <input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/>					
CETTE DEMANDE D'ADMISSION EST MOTIVÉE PAR							
un trouble (ou) plusieurs) correspondant(s) à la modification de l'admission							
P ou situation anormale de la part du malade ou du patient, avant l'intervention							
P ou besoin spécifique de rééducation liée au type d'intervention ou à l'activité du patient							
P ou situation anormale post opératoire							
P ou une ou autres multiples après retour au domicile							
3) EVALUATION ET SUIT MEDICAL AVANT L'INTERVENTION							
Retour au domicile							
Absence d'un entourage humain proche et accessible qui puisse, au retour du domicile, prendre en charge les actes de la vie quotidienne et domestique <input type="checkbox"/>							
Etat psychique <input type="checkbox"/>							
Pas de capacités suffisantes en ce qui concerne les situations à risques avant et après l'intervention <input type="checkbox"/>							
Réponse du patient à son domicile, avant d'être opéré <input type="checkbox"/>							
Ne peut se lever, se coucher, s'asseoir seul <input type="checkbox"/>							
Ne peut marcher à l'intérieur du domicile sans l'aide d'une personne (avec ou sans aide de marche), à l'extérieur de la maison ne peut monter et descendre les marches d'accès <input type="checkbox"/>							
Coiffabilité <input type="checkbox"/>							
Niveau d'accessibilité pré opératoire <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> sans aide <input type="checkbox"/>							
Si existence de co-morbidité (si) il a été observé de l'Etat général pendant avec un médecin référent sur le domicile du patient en charge à domicile après l'intervention, préciser :							
Cas particulier pour le problème total de genou <input type="checkbox"/>							
Autres observations faites par le médecin responsable de la demande d'admission							
4) APRES RETOUR AU DOMICILE, PRISE EN CHARGE INADAPTEE							

7. Les conséquences pour l'établissement MCO : Rappel

**L'orientation en établissement
de soins de suite et de réadaptation
est une décision médicale**



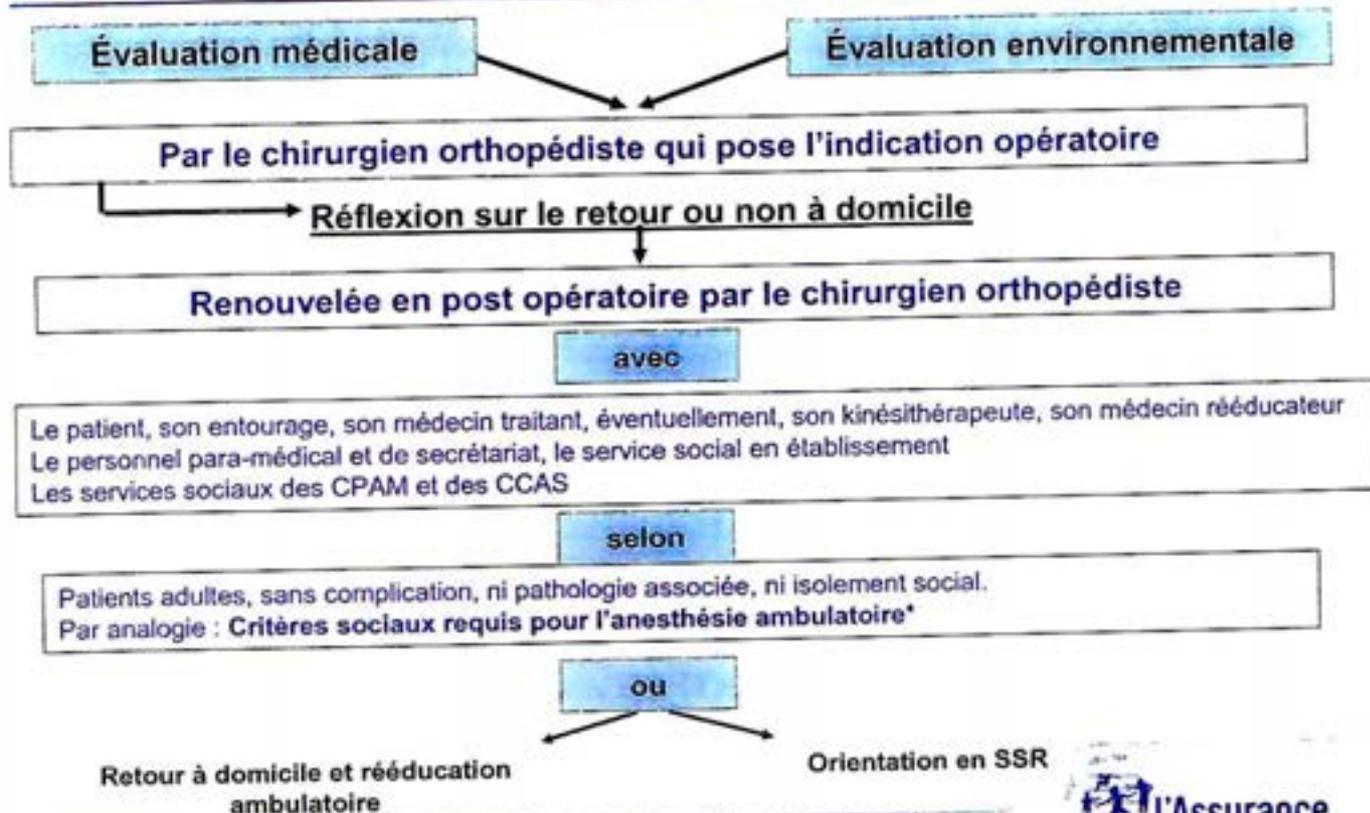
**Qui dépend de l'état de santé, du niveau d'autonomie et de l'environnement
social du patient**

Vous seul pouvez décider



Des recommandations de l'HAS pour le réaffirmer

En pratique



* SFAR Recommandations concernant l'avisibilité du patient ambulatoire

En pratique

- Un échange d'informations entre le MCO et le SSR est nécessaire pour recueillir les informations du questionnaire médico-social.
- Les critères justifiant une hospitalisation en SSR sont transparents et issus des recommandations HAS
- La réponse du service médical est immédiate ou donnée dans les 24 heures
- Comme actuellement, le MCO doit attendre la confirmation de l'admission en SSR qui lui sera donnée par l'établissement SSR

En pratique

L'établissement MCO souhaite hospitaliser un patient dans un établissement SSR
UNE DEMANDE D'ADMISSION EST ADRESSEE AU SSR
Avant ou après l'intervention

Transmission des éléments médicaux nécessaires à l'hospitalisation

L'établissement SSR étudie la demande

Si l'établissement est soumis à MSAP et s'il s'agit des gestes mis sous accord préalable

- Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou
- Chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs
- Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou
- Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche

DEMANDE EVENTUELLE D'ELEMENTS COMPLEMENTAIRES A L'ETABLISSEMENT MCO

REPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE MEDICO SOCIAL

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.

 **l'Assurance
Maladie**
Caisse Nationale

En pratique

**DEMANDE D'ACCORD PREALABLE
DE L'ETABLISSEMENT SSR MIS SOUS ACCORD PREALABLE (MSAP)**

Appel téléphonique auprès du service médical

Avis favorable

Information de la décision
• A l'établissement SSR
• A l'assuré

Rééducation en
Hospitalisation en SSR

Cas particulier

Contact téléphonique du médecin conseil
dans les 24 H (hors WE)

Avis favorable

Avis défavorable
d'ordre médical

ATI
(Avis Technique
Impossible)

Information de la décision
• A l'établissement SSR
• A l'assuré

Rééducation en ville

Les informations diffusées dans ce document sont réservées à l'usage des organismes de l'Assurance Maladie et n'ont pas vocation à être transmises à des tiers.

 **l'Assurance
Maladie**
Caisse Nationale

2. Recommendations HAS



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Recommandations de la Haute Autorité de santé,
établies par consensus formalisé,
portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas,
pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie,
de recourir de manière générale à une hospitalisation
en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation
mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique**

Ces recommandations sont prises en application de l'article L. 162-2-2 du code de la sécurité sociale.

Les patients concernés sont des adultes.

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

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

L'orientation vers une prise en charge en ville est envisagée :

- soit à la suite du traitement orthopédique ou chirurgical initial ;
- soit lorsque la prolongation de la rééducation est discutée au cours d'une hospitalisation en centre de rééducation.

Cette orientation n'exclut pas le recours possible à une hospitalisation différée en centre de rééducation si la prise en charge en ville s'avère irréalisable.

Dans tous les cas, il faut souligner la nécessité d'assurer un transfert d'informations (compte rendu, ordonnance, courrier, protocole spécifique, bilan diagnostique kinésithérapique, etc.), rapide et régulier, entre le prescripteur des soins et le masseur kinésithérapeute, et inversement.

Dans chacune des circonstances définies ci-dessous, l'évaluation des indications de la rééducation et des techniques employées n'est pas prise en compte. Cette évaluation pourrait justifier des travaux complémentaires spécifiques.

I. Actes de chirurgie (quels que soient le mode opératoire et le type de matériel)

- Arthroplastie totale coxo-fémorale de première intention
- Arthroplastie partielle du genou
- Réparation chirurgicale des luxations récidivantes de l'épaule
- Acromioplastie
- Ostéosynthèse d'une fracture isolée ou multiple d'un segment de membre
- Réparation chirurgicale d'une plaie tendineuse au niveau de l'avant-bras, à l'exclusion des traumatismes complexes
- Réparation chirurgicale d'une plaie tendineuse au niveau de la main, à l'exclusion des traumatismes complexes
- Libération chirurgicale des syndromes canaux du membre supérieur
- Libération chirurgicale dans le cadre d'une maladie de Dupuytren
- Réparation chirurgicale du tendon calcanéen (AN : tendon d'Achille)
- Réparation chirurgicale de l'avant-pied
- Ostéotomies et/ou transposition de la tubérosité tibiale (AN : tubérosité tibiale antérieure)
- Arthroscopie du genou (ménisectomie, etc.), à l'exclusion des ligamentoplasties
- Ligamentoplastie de la cheville
- Transposition chirurgicale tendineuse (en dehors de la pathologie neurologique centrale)
- Chirurgie discale rachidienne, à l'exclusion de la prothèse discale
- Chirurgie rachidienne avec arthrodèse
- Chirurgie rachidienne de libération canalaire sans arthrodèse

II. Actes d'orthopédie

- Fracture isolée ou multiple d'un segment de membre, ou extra-articulaire du bassin, traitée orthopédiquement
- Fracture du rachis stable non opérée

III. Evaluations complémentaires à réaliser

Certains actes nécessitent une évaluation complémentaire avant inscription éventuelle sur cette liste :

- Arthroplastie totale du genou de première intention ;
- Ligamentoplastie du genou ;
- Arthroplastie totale de l'épaule ;
- Arthroplastie partielle de l'épaule ;
- Réparation chirurgicale tendineuse de la coiffe des rotateurs.

Un acte, initialement envisagé, n'a finalement pas été inscrit sur cette liste, car son libellé est apparu trop imprécis et trop sujet à interprétations. Il s'agit de l'*ostéosynthèse des fractures multiples des membres*. Il nécessite une reformulation, qui pourra être faite ultérieurement.

Note méthodologique

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a créé au sein du code de la sécurité sociale un article L. 162-2-2 ainsi rédigé : « Art. L. 162-2-2. – Le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie apprécie l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, compte-tenu des recommandations établies par la Haute Autorité de santé ». L'exposé des motifs prévoyait que la HAS fournisse des recommandations le 30 mars 2006 au plus tard.

Pour répondre au délai de réalisation imposé, la HAS a établi les présentes recommandations en utilisant une méthode de consensus formalisé¹.

Un groupe de pilotage a proposé une première liste de 32 actes chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la réalisation des soins de masso-kinésithérapie paraissait possible sans recourir de manière générale à une hospitalisation, en prenant en considération un patient sans complications (locales, régionales ou générales), sans pathologies associées et non isolé au plan social. Cette liste a été établie, sans évaluation préalable des indications ou des techniques réalisables, à partir de l'expérience des professionnels réunis dans le groupe de pilotage, expérience partagée lors des réunions et des échanges de courriers électroniques préparatoires.

Cette liste a ensuite été soumise à un groupe de cotation. Ce dernier a rendu un premier avis par courrier. Les résultats de cette première cotation ont été discutés lors d'une réunion de travail du groupe de cotation. Au cours de cette réunion, le groupe de cotation a souhaité supprimer de la liste 8 actes rarement réalisés pour lesquels il n'était pas possible de se prononcer, et reformuler en partie ou complètement 10 des propositions initiales. Cela a abouti à une seconde liste de 27 actes chirurgicaux ou orthopédiques, qui a fait l'objet d'une seconde cotation par le groupe de cotation dans les suites de la réunion de travail.

Le résultat de la seconde cotation a été discuté avec le groupe de pilotage initial, qui a avalisé la liste finale publiée dans ce document.

Les propositions acceptées, avec un accord « fort » ou « relatif »¹, par le groupe de cotation au terme de la seconde cotation sont toutes retenues sauf une : *ostéosynthèse des fractures multiples des membres*. Cette dernière, rédigée par le groupe de cotation lors de sa réunion de travail, était retenue par le groupe de cotation avec un accord « relatif ». Elle n'a pas été avalisée au final car son libellé est apparu trop imprécis et trop sujet à interprétations. Elle nécessite une reformulation, qui pourra être faite ultérieurement.

Cinq actes, non retenus lors de la seconde cotation (avec des avis très divergents des cotateurs, mais cependant avec une médiane dans la zone d'acceptation¹) ne sont pas retenus dans la liste. Ils nécessitent une évaluation complémentaire avant leur inscription éventuelle sur la liste :

- Arthroplastie totale du genou de première intention ;
- Ligamentoplastie du genou ;
- Arthroplastie totale de l'épaule ;
- Arthroplastie partielle de l'épaule ;
- Réparation chirurgicale tendineuse de la coiffe des rotateurs.

¹ Voir le guide méthodologique « Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé » de janvier 2006, disponible sur www.has-sante.fr.

I. Groupe de pilotage

Pr Philippe ANRACT, chirurgien orthopédiste, Paris
M. Patrick BEGUIN, masseur kinésithérapeute, La Seyne-sur-Mer
M. René COURATIER, masseur kinésithérapeute, Marseille
Dr Francis LE MOINE, médecin de médecine physique et de réadaptation, Vallauris
M. Jean-Jacques MAGNIES, masseur kinésithérapeute, Fournes-en-Weppes
M. Daniel PAGUESSORHAYE, masseur kinésithérapeute, Cahors
Pr Jacques PELISSIER, médecin de médecine physique et de réadaptation, Montpellier
M. Maurice RAMIN, masseur kinésithérapeute, Auribeau-sur-Siagne

II. Groupe de cotation

Dr Jean-Jacques BARRAULT, médecin de médecine physique et de réadaptation, Lamalou-les-Bains
Dr Jean-Luc COTTE, chirurgien orthopédiste, Auxerre
Mme Brigitte DECOURCELLE, masseur kinésithérapeute, Isle d'Espagnac
Dr Yves DIQUELOU, médecin de médecine physique et de réadaptation, Malestroit
M. Jean-Louis DUSAUTOIS, masseur kinésithérapeute, Cholet
M. Jean-Pierre FORTIN, masseur kinésithérapeute, Le Grand Combe
Mme Annick GOTTRAN, masseur kinésithérapeute, Mons-en-Barœul
Pr Pierre-Alain JOSEPH, médecin de médecine physique et de réadaptation, Bordeaux
M. Stéphane MICHEL, masseur kinésithérapeute, Monteux
M. Stéphane MOULINS, masseur kinésithérapeute, Toulouges
Pr Rémy NIZARD, chirurgien orthopédiste, Paris
M. Michel RAUX, masseur kinésithérapeute, Saint-Apollinaire
Pr Jean-Yves SALLE, médecin de médecine physique et de réadaptation, Limoges
M. Patrick SPILLMANN, masseur kinésithérapeute, Mouans-Sartoux

III. Coordination au sein de la HAS

Dr Patrice Dosquet, responsable du service des recommandations professionnelles
M. Michel Gedda, chef de projet, service des recommandations professionnelles
M. Cédric Paindavoine, chef de projet, service des recommandations professionnelles



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplastie d'épaule

Janvier 2008

OBJECTIFS

Proposer une aide à la décision au médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplastie d'épaule, afin de lui permettre d'apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la réalisation des soins de suite ou de réadaptation (SSR).

Définir les éléments de transmission entre chirurgien et masseur-kinésithérapeute nécessaires à la mise en œuvre de la prise en charge de rééducation et du suivi du patient, quel qu'en soit le lieu.

ENJEU

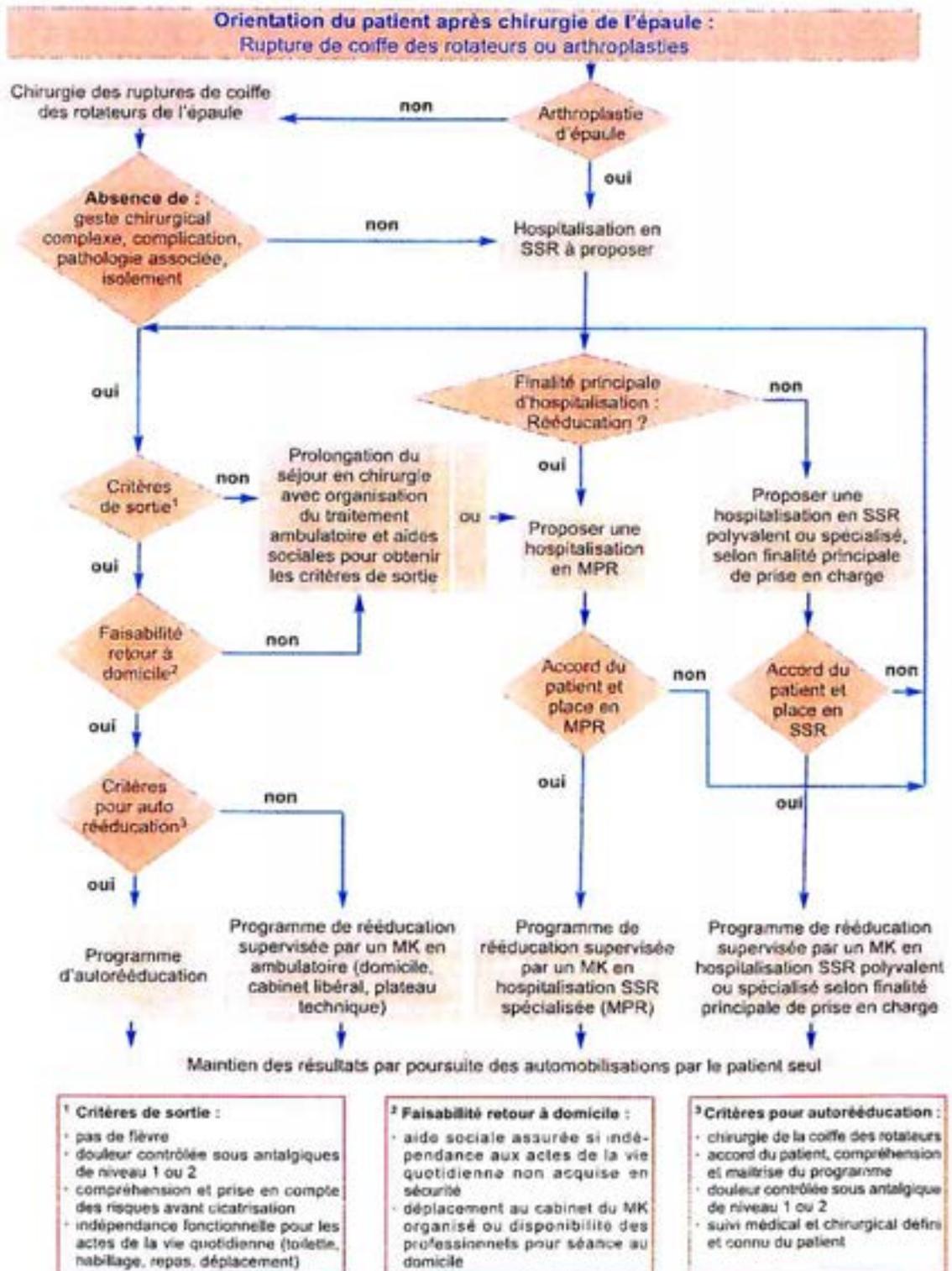
Éviter les hospitalisations inappropriées en soins de suite ou de réadaptation, conformément à la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005, de financement de la Sécurité sociale pour 2006 qui modifie l'article L. 162-2-2 du Code de la sécurité sociale.

Messages clés

- Après arthroplastie ou chirurgie de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule, la rééducation est recommandée pour tous les patients, quelle que soit la technique chirurgicale proposée (grade C).
- Après arthroplastie d'épaule, il est recommandé de proposer au patient une hospitalisation en service de médecine physique et de réadaptation (MPR).
- La chirurgie des ruptures de coiffe de l'épaule ne nécessite pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la réalisation des soins de suite et de réadaptation.
- La rééducation après chirurgie des ruptures de coiffe peut être réalisée sous forme de programme d'autorééducation (grade C), uniquement sous certaines conditions (cf. critères d'orientation).

CRITÈRES D'ORIENTATION

Indications de la rééducation et critères d'orientation du patient en SSR ou en ambulatoire



INDICATIONS ET PROGRAMMES DE RÉÉDUCATION

■ Indications de la rééducation après chirurgie

- ▶ Pour tout patient après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplastie d'épaule.
- ▶ Sous forme de programme de rééducation supervisée par un MK incluant une éducation aux automobilisations ou sous forme de programme d'autorééducation réalisé par le patient seul avec suivi médico-chirurgical, uniquement sous certaines conditions (cf. critères d'orientation).
- ▶ Techniques de rééducation mises en œuvre dans le respect de la prescription médicale : massage, cryothérapie, balnéothérapie, mobilisations manuelles et automobilisations, aides techniques et aménagement de l'environnement sont associés à une éducation thérapeutique du patient, et choisis en fonction des objectifs thérapeutiques définis avec le patient après évaluation clinique. Elles sont adaptées aux caractéristiques individuelles du patient et à son projet, à la technique chirurgicale, au dispositif de soutien postopératoire du membre supérieur (écharpe, orthèse thoraco-brachiale), aux complications per ou postopératoires rencontrées et à la phase de rééducation.

■ Programmes de rééducation

Phase de rééducation	Objectifs principaux	Indications	Résultats attendus et critères d'arrêt
Préopératoire	<ul style="list-style-type: none"> Informar Restaurer la mobilité passive Apprendre à réaliser les automobilisations 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie programmée Raideur préopératoire 	<ul style="list-style-type: none"> Restauration des amplitudes subnormales Adaptation du patient aux conditions postopératoires
Postopératoire initiale Dès l'intervention Durée selon structures anatomiques réparées (décision chirurgicale)	<ul style="list-style-type: none"> Restaurer mobilité passive Solliciter la contraction des muscles non réparés Surveiller l'évolution (dispositif de soutien, douleur, complications) 	Tout patient	Mobilité passive subnormale en constante progression
Postopératoire secondaire Dès la fin du délai d'immobilisation relative et accord du chirurgien ou du médecin MPR pour mise en œuvre du travail actif	<ul style="list-style-type: none"> Sevrer le port du dispositif de soutien du bras Restaurer la mobilité active contre pesanteur Restaurer à 3 mois la fonction du membre supérieur dans toutes les activités de la vie quotidienne de type sédentaire, hors activités contre résistance 	Tout patient	<ul style="list-style-type: none"> Amplitudes passives et actives indolores, réalisées selon schéma physiologique permettant l'obtention d'une indépendance fonctionnelle compte tenu du contexte et projet du patient Arrêt au plus tard : fin du 4^e mois, sauf complications
Postopératoire tertiaire À partir de la fin du 4 ^e mois si réparation tendineuse	<ul style="list-style-type: none"> Restaurer progressivement les activités physiques et professionnelles antérieures, y compris les activités en force Réadapter le patient à l'effort et au geste professionnel ou sportif spécifique 	Uniquement si la reprise d'activités antérieures exige des capacités physiques maximales	<ul style="list-style-type: none"> Reprise de l'activité professionnelle, sportive ou de loisirs possible Arrêt de la progression des fonctions musculaires ou fonctions relatives au mouvement Arrêt au plus tard : fin du 6^e mois

ÉVALUATION CLINIQUE ET SUIVI DU PATIENT

■ Suivi médical et chirurgical

- ▶ Par le chirurgien ou le médecin de MPR en collaboration avec :
 - ▶ médecin traitant et médecins ayant suivi le patient avant son intervention ;
 - ▶ médecin de médecine et santé au travail si accord du patient, et si répercussions professionnelles susceptibles d'être notables et durables à l'issue du programme de rééducation.

■ Évaluation clinique et suivi réalisés par le masseur-kinésithérapeute

- ▶ Dans le respect de la prescription, les éléments de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) à prendre en compte dans le suivi du patient, si possible à partir d'outils validés, sont :
 - ▶ les fonctions organiques et structures anatomiques (douleur, fonction de la peau, fonctions sensitives, fonctions des articulations et des os, fonctions des muscles, fonctions relatives au mouvement, fonction des systèmes cardio-vasculaire et respiratoire, signes généraux évoquant une complication),
 - ▶ les activités, participation et qualité de vie pré et postopératoires en lien avec le projet du patient (ex. autoquestionnaire Dash, grade B).
- Un avis auprès du chirurgien ou du médecin MPR est recommandé lorsque :
 - ▶ la douleur n'est pas maîtrisée, augmente ou réapparaît malgré l'observance du traitement médicamenteux prescrit ;
 - ▶ les amplitudes passives globales de l'épaule à 6 semaines sont inférieures à 90° d'élévation dans le plan de la scapula ou présentent un déficit de rotation latérale de plus de 30° par rapport au côté opposé et ne progressent plus ;
 - ▶ l'élévation active globale contre pesanteur à 3 mois reste inférieure à 90° et ne progresse plus ;
 - ▶ l'articulation est instable (subluxation ou luxation cliniquement décelable après arthroplastie) ;
 - ▶ des signes de complications secondaires apparaissent (fièvre, phénomènes inflammatoires, œdème de la main, signes neurologiques, écoulement ou désunion de la cicatrice, etc.).

TRANSMISSIONS ENTRE PROFESSIONNELS

- Il est recommandé :
 - ▶ au médecin prescripteur, de transmettre au masseur-kinésithérapeute la prescription et les informations assurant une mise en œuvre du traitement en sécurité :
 - ▶ date et type d'intervention chirurgicale, en particulier les structures réparées ;
 - ▶ durée de l'immobilisation relative par le dispositif de soutien du bras ;
 - ▶ mouvements interdits et délais d'interdiction ;
 - ▶ délai de mise en œuvre des mobilisations passive, active et active résistée.
 - ▶ au masseur-kinésithérapeute, de transmettre une fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique actualisée :
 - ▶ au confrère assurant la poursuite de la prise en charge en ambulatoire ;
 - ▶ au médecin ou chirurgien pour chaque consultation chirurgicale ou médicale en rapport avec le suivi de rééducation.

Des documents-types (prescription, lettre d'accompagnement, synthèse du bilan-diagnostic, questionnaire Dash) sont fournis en annexe des recommandations.

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :
« Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR, après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplasties d'épaule » – Recommandation pour la pratique clinique – Janvier 2008.
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité.

www.has-sante.fr

Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou

Janvier 2008

OBJECTIF

Proposer une aide à la décision au médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie après ligamentoplastie du croisé antérieur de genou, afin de lui permettre d'apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation.

Cet objectif vise à éviter les inadéquations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation, conformément à la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui modifie l'article L.162-2-2 du code de la sécurité sociale

Messages clés

- La ligamentoplastie du croisé antérieur de genou ne nécessite pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation.
- Le retour à domicile précoce du patient opéré d'une ligamentoplastie de genou s'appuie sur la kinésithérapie libérale.
- Compte tenu des contraintes organisationnelles et pour garantir les conditions optimales du retour et du maintien à domicile, la décision d'orientation doit, autant que possible, être envisagée avant l'intervention chirurgicale.
- Il faut assurer un transfert d'informations (compte-rendu opératoire, ordonnance, courrier, protocole spécifique, bilan-diagnostic kinésithérapique, etc.), rapide et régulier, entre le chirurgien, le rééducateur et le médecin traitant.
- L'éducation thérapeutique du patient vise à prévenir les complications évitables et à favoriser l'acquisition de compétences thérapeutiques par le patient.

CRITÈRES D'HOSPITALISATION

- L'orientation vers une prise en charge en ambulatoire est réalisée :
 - ▶ soit directement à la suite du traitement chirurgical initial ;
 - ▶ soit lorsque la prolongation de la rééducation est discutée au cours d'une hospitalisation en centre de rééducation.
- Cette orientation n'exclut pas le recours possible à une hospitalisation différée en soins de suite et de réadaptation (SSR) si la prise en charge en ambulatoire s'avère irréalisable du fait de l'état du patient (état général, indépendance fonctionnelle) ou de l'insuffisance de l'offre de soin.

Lorsque le patient présente l'un de ces critères après l'intervention chirurgicale, l'hospitalisation en SSR peut être envisagée :

- douleur au repos supérieure à 5 (EVA), avec ou sans traitement ;
- complication thrombo-embolique à risque évolutif.

- Les critères suivants indiquent une ré-orientation vers le chirurgien :
 - ▶ fièvre avec température supérieure à 38°C ;
 - ▶ douleur de repos qui augmente ;
 - ▶ chaleur et/ou rougeur locales ;
 - ▶ troubles de la cicatrisation ;
 - ▶ flexion du genou inférieure à 90° à 4 semaines postopératoires ;
 - ▶ flexum de 10° qui ne progresse pas ;
 - ▶ suspicion de phlébite ou d'embolie pulmonaire.

INFORMATIONS NÉCESSAIRES

- En plus des renseignements habituels à toute prise en charge de kinésithérapie, le rééducateur doit disposer des informations suivantes :
 - ▶ comorbidités (cardiaque, obésité, état orthopédique général, etc.)
 - ▶ étiologie et éventuelles lésions associées (ménisque, cartilage, etc.)
 - ▶ morphotype préopératoire
 - ▶ compte-rendu opératoire :
 - date d'intervention
 - type de ligamentoplastie
 - mode de fixation
 - voie d'abord et section ligamentaire
 - état cartilagineux et méniscal
 - laxités peropératoires
 - gestes associés et leurs conséquences masso-kinésithérapiques
 - présence et durée du garrot
 - tout événement postopératoire immédiat significatif
 - ▶ suites postopératoires :
 - type d'appui et justificatif
 - calendrier articulaire souhaité
 - complications.

INDICATEURS DE SUIVI

- **Indicateurs structurels**
 - ▶ douleur
 - ▶ hydarthrose
 - ▶ mobilité
 - ▶ force musculaire
 - ▶ proprioception
- **Indicateurs fonctionnels**
 - ▶ instabilité lors de la marche
 - ▶ activités supérieures de marche
 - escaliers
 - sauts
- **Scores fonctionnels**
 - ▶ les échelles fonctionnelles les plus couramment utilisées sont :
 - Score fonctionnel de Lysholm-Tegner
 - IKDC (*International Knee Documentation Committee*)
 - ARPEGE (Association pour la Recherche et la Promotion de l'Étude du Genou)
 - COFRAS (Codification Fonctionnelle de la Reprise des Activités Sportives)

PROGRAMME DE RÉÉDUCATION

- Du fait de la diversité des lésions, des techniques chirurgicales, des protocoles postopératoires et des contextes du patient, il n'est pas possible de décrire un programme type de la rééducation après ligamentoplastie.

Rééducation préopératoire

- Si elle est possible, la kinésithérapie préopératoire vise surtout à :
 - ▶ réduire la douleur ;
 - ▶ réduire l'épanchement articulaire ;
 - ▶ récupérer des amplitudes articulaires fonctionnelles, et restaurer notamment les amplitudes du membre inférieur controlatéral ;
 - ▶ renforcer les muscles du membre inférieur ;
 - ▶ éduquer la co-contraction du quadriceps et des ischio-jambiers ;
 - ▶ améliorer la reprogrammation neuro-musculaire ;
 - ▶ éduquer le patient aux exercices et types de marches postopératoires ;
 - ▶ informer le patient sur le déroulement de la phase postopératoire (pansement, drains, possibilités fonctionnelles, actions thérapeutiques, etc.).

Rééducation en phase aiguë

- La rééducation démarre au réveil. Elle vise principalement à :
 - ▶ diminuer les douleurs ;
 - ▶ prévenir les troubles trophiques et circulatoires ;
 - ▶ restaurer la mobilité d'extension et de flexion du genou ;
 - ▶ obtenir le verrouillage actif du genou en extension ;
 - ▶ sécuriser l'indépendance fonctionnelle du patient.

Rééducation secondaire

- La rééducation secondaire suit principalement 5 objectifs :
 - ▶ restaurer les amplitudes articulaires par rapport au côté controlatéral ;
 - ▶ rester vigilant sur les troubles circulatoires ;
 - ▶ obtenir un contrôle actif du genou afin d'avoir une bonne stabilité ;
 - ▶ renforcer le membre inférieur controlatéral ;
 - ▶ obtenir une parfaite stabilité fonctionnelle.

L'indication du renforcement musculaire en chaîne cinétique fermée et/ou ouverte repose sur un accord commun entre le chirurgien et le rééducateur.

Reprise des activités sportives

- Selon les consignes du chirurgien, les activités sportives individuelles sont reprises si :
 - ▶ le genou est sec, stable et indolore,
 - ▶ la mobilité est fonctionnelle,
 - ▶ la force musculaire est récupérée,
 - ▶ elles ne sollicitent pas le transplant en cisaillement.

Dans tous les cas, la rééducation après ligamentoplastie du croisé antérieur de genou s'adapte au contexte spécifique du patient et à ses antécédents.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après arthroplastie totale du genou

Janvier 2008

OBJECTIF

Proposer une aide à la décision au médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie après ligamentoplastie du croisé antérieur de genou, afin de lui permettre d'apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation.

Cet objectif vise à éviter les inadéquations d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation, conformément à la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui modifie l'article L 162-2-2 du code de la sécurité sociale.

Messages clés

- L'arthroplastie totale de genou ne nécessite pas, pour un patient justifiant de soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière systématique à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation.
- Compte tenu des contraintes organisationnelles et pour garantir les conditions optimales du retour et du maintien à domicile, la décision d'orientation doit, autant que possible, être envisagée avant l'intervention chirurgicale.
- Il est recommandé que le médecin traitant prescrive 10 séances de kinésithérapie préopératoire, afin d'établir un premier contact et de débiter un traitement préparatoire.
- Il faut assurer un transfert d'informations (compte-rendu opératoire, ordonnance, courrier, protocole spécifique, bilan-diagnostic kinésithérapique, etc.), rapide et régulier, entre le chirurgien, le rééducateur et le médecin traitant.
- L'éducation thérapeutique du patient vise à prévenir les complications évitables et à favoriser l'acquisition de compétences thérapeutiques par le patient.

CRITÈRES D'ORIENTATION

Critères préopératoires

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

■ Critères psycho-sociaux et environnementaux

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

■ Critères médicaux

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

■ Critères cliniques et fonctionnels

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

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

Critères postopératoires

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

■ Critères psycho-sociaux et environnementaux

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

■ Critères médicaux

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

■ Critères cliniques et fonctionnels

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

Cette orientation n'exclut pas le recours possible à une hospitalisation différée si la prise en charge en ambulatoire s'avère irréalisable.

INDICATEURS DE SUIVI

■ Indicateurs structurels

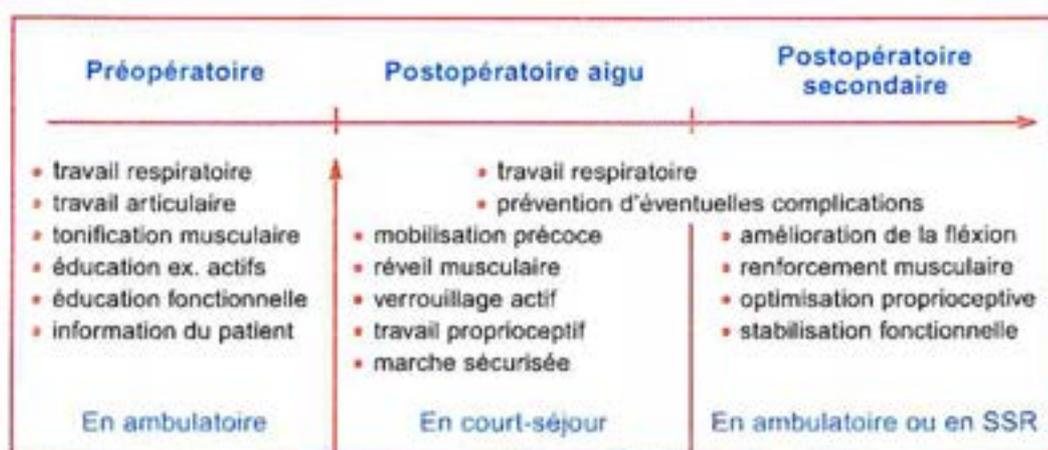
- ▶ douleur
- ▶ mobilité
- ▶ force musculaire
- ▶ œdème

■ Indicateurs fonctionnels

- ▶ marche
 - périmètre de marche
 - vitesse de marche
 - qualité de marche
- ▶ équilibres bipodal et unipodal
- ▶ activités supérieures de marche
 - transferts
 - escaliers

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

PROGRAMME DE RÉÉDUCATION



1. Schématisation du programme de rééducation après arthroplastie totale de genou.

Dans tous les cas, la rééducation après la pose d'une arthroplastie de genou s'adapte au contexte spécifique du patient et à ses antécédents.

3. Densité et activité des masseurs kinésithérapeutes en 2009

Densité de masseurs-kinésithérapeutes en 2009
 Source : SNIR 2009

DEPARTEMENT	DENSITE /100000 Hab.
01- Ain	58,6
07- Ardèche	71,7
26- Drôme	89,7
38- Isère	104,6
42- Loire	76,9
69- Rhône	95,3
73- Savoie	97,3
74- Haute-Savoie	104,1
TOTAL FRANCE METROPOLITAINE	78,4
TOTAL OUTRE-MER	71,7

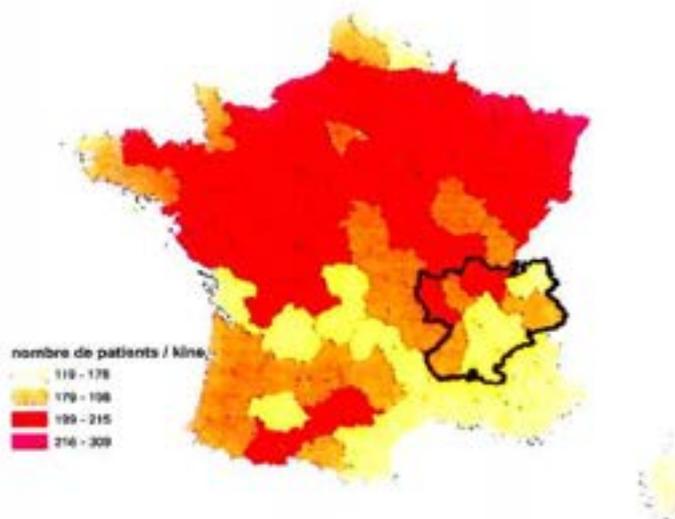
Densité de masseurs-kinésithérapeutes
 par département en 2009



Masseurs-Kinésithérapeutes qui font plus de 1 645 actes en 2010
 source : DCIR (soins de 2010 liquidés jusqu'à fin janvier 2011)

DEPARTEMENT	NOMBRE PATIENTS / KINES
01- Ain	199
07- Ardèche	190
26- Drôme	173
38- Isère	178
42- Loire	213
69- Rhône	192
73- Savoie	183
74- Haute-Savoie	173

Nombre de patients par masseur-kinésithérapeute
 par département en 2010



**4. Article L162-1-17 du Code de la sécurité sociale modifié
par l'article 63 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010**



Informations de mise à jour

Code de la sécurité sociale

- ▶ Partie législative
 - ▶ Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
 - ▶ Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales
 - ▶ Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins.

Article L162-1-17

Modifié par LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 63 (V)

Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, le directeur général de l'agence régionale de santé, après mise en oeuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code ainsi que les prestations d'hospitalisation mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 pour les soins de suite ou de réadaptation. La mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour les soins de suite ou de réadaptation est effectuée sur la base d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie. Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de la soumission à la procédure d'accord préalable du prescripteur, délivre des prestations d'hospitalisation malgré une décision de refus de prise en charge, il ne peut pas les facturer au patient. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en oeuvre dans des conditions prévues par décret.

Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées.

Cite:

Code de la sécurité sociale. - art. L162-22-6

Cité par:

LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 63, v. init.

LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 63 (V)

Décret n°2011-955 du 10 août 2011 (V)

Décret n°2011-955 du 10 août 2011, v. init.

Code de la sécurité sociale. - art. L162-1-14 (M)

Code de la sécurité sociale. - art. L162-1-14 (V)

Code de la sécurité sociale. - art. L162-1-14 (V)

Code de la sécurité sociale. - art. L162-1-14 (V)

Code de la sécurité sociale. - art. R147-3 (V)

Code de la sécurité sociale. - art. R147-3 (V)

Code de la sécurité sociale. - art. R613-50 (V)

5. **Décret n° 2011-955 du 10 août 2011 relatif à la procédure contradictoire prévue à l'article L162-1-17 du Code de la sécurité sociale**

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2011-955 du 10 août 2011 relatif à la procédure contradictoire prévue à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale

NOR ETSS1117464D

Publics concernés : agences régionales de santé, régimes d'assurance maladie, établissements de santé.

Objet : définition des modalités de mise en œuvre de la procédure contradictoire préalable à la mise sous accord préalable.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret fixe la procédure contradictoire qui doit être mise en œuvre par le directeur général de l'agence régionale de santé lorsqu'il décide, sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie la prise en charge par l'assurance maladie de certaines prestations d'hospitalisation réalisées par un établissement de santé. Elle s'articule en trois étapes : le directeur général de l'agence régionale de santé informe le représentant légal de l'établissement de son intention d'appliquer la procédure de mise sous accord préalable ; le représentant légal de l'établissement dispose d'un délai d'un mois pour faire ses observations ; à l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé lui notifie sa décision. La décision de mise en œuvre mentionne la date d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, la nature des prestations concernées ainsi que les délais et voies de recours.

Références : le texte modifié par le présent décret peut être consulté, dans sa rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>). Le présent décret est pris pour l'application de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'emploi et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-1-17 ;

Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 3 juin 2011 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 21 juin 2011 ;

Vu la saisine du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 3 juin 2011 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 20 juin 2011.

Décète :

Art. 1^{er}. – La section 1 du chapitre II du titre VI du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par une sous-section 5 ainsi rédigée :

« Sous-section 5

« Procédure contradictoire préalable à une mise sous accord préalable

« Art. D. 162-1-17. – Le directeur général de l'agence régionale de santé notifie à l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, la liste des prestations d'hospitalisation pour lesquelles il envisage la mise en œuvre de la procédure de mise sous accord préalable.

« Le représentant légal de l'établissement peut présenter ses observations écrites ou demander à être entendu par le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la notification. Le représentant légal de l'établissement peut se faire assister par la personne de son choix.

« A l'expiration de ce délai ou après l'audition du représentant légal de l'établissement, si celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur de l'agence régionale de santé notifie à l'établissement et par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, sa décision. La décision est motivée. Elle précise, le cas échéant, la date effective d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, les prestations concernées, ainsi que les voies et délais de recours.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé fait connaître, simultanément, sa décision au directeur de l'organisme local d'assurance maladie mentionné aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 et au service du contrôle médical de cet organisme ou placé auprès de ce dernier. »

Art. 2. – Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 10 août 2011.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :

*Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,*
XAVIER BERTRAND

**6. Courrier du Directeur de la Sécurité Sociale au Président
de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, du 6 juillet
2011**

RECU le
13 JUIL 2011



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction de la sécurité sociale
Bureau 1B
Thomas LABRUNE
☎ : 01.40.56.72.32
✉ : 01.40.56.73.95
thomas.labrune@sante.gouv.fr
N° D/2011/6632

Paris, le 06 JUIL 2011

F.H.P. - N° 9934
Reçu le
11 JUIL 2011
Imputation :

Monsieur le président,

Par courrier en date du 27 avril 2011, je vous ai saisi pour avis d'un projet de décret relatif à la mise en œuvre de la procédure contradictoire prévue à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale.

Ce projet de décret est pris en application de l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2011 qui a étendu la procédure de mise sous accord préalable aux établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Suite à la réunion de concertation organisée par mes services le 26 mai 2011 et afin de répondre aux interrogations soulevées, soit au cours de cette réunion, soit par retour de courrier, je vous prie de bien vouloir trouver une annexe apportant des éléments de réponse aux remarques et commentaires formulés.

En outre, je tiens à rappeler la finalité de la démarche poursuivie. Le dispositif voté en LFSS pour 2011 vise à subordonner à l'accord préalable du service médical de l'assurance maladie la couverture de certaines prises en charge ciblées de soins de suite et de réadaptation. Il s'appuie sur des recommandations élaborées par la Haute autorité de Santé (HAS) et en l'occurrence s'agissant des SSR, celles concernant la prise en charge des suites de quatre interventions orthopédiques ciblées : arthroplastie de hanche par prothèse totale de première intention, arthroplastie du genou par prothèse totale en première intention, ligamentoplastie du croisé antérieur du genou, chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs (épaule).

Monsieur le Président de la Fédération
de l'Hospitalisation Privée (FHP)
81 rue MONCEAU
75008 PARIS

Ces recommandations ont en effet mis en lumière que pour les interventions visées, les soins de suite et de réadaptation pouvaient être réalisés en ville à qualité thérapeutique équivalente et pour un coût moindre.

Au-delà des prises en charge, le ciblage limite aussi le nombre d'établissements concernés par la procédure : il ne s'agit donc en aucun cas d'établir une mise sous accord préalable systématique de tous les actes dans tous les établissements.

Sur la méthodologie ensuite, conformément aux engagements pris au cours de la réunion de concertation, un projet d'instruction aux agences régionales de santé est en cours d'élaboration et vous sera prochainement adressée. Cette instruction, pour faire suite aux demandes exprimées, permettra notamment d'encadrer la mise en œuvre de la procédure et d'explicitier les interventions respectives de l'Agence Régionale de Santé, de l'organisme local d'assurance maladie et des établissements ciblés, d'indiquer les modalités de ciblage des actes et des établissements, de développer le volet de sensibilisation des prescripteurs et d'insister sur la concertation locale à engager avec les fédérations hospitalières dans le cadre de l'élaboration du programme régional. L'assurance maladie a également entamé la rédaction d'une lettre-réseau pour organiser la mobilisation des caisses et la réponse de son service médical aux demandes d'accord préalable.

S'agissant enfin du calendrier, le projet de décret a été adressé pour avis aux caisses de sécurité sociale et sera publié dans les meilleurs délais.

Je vous prie d'agréer, monsieur le président, l'expression de mes cordiales salutations.



Le Directeur de la Sécurité Sociale
Dominique LIBAULT

RECU le
13 AVR. 2011

Éléments de réponse aux questions relatives à la mise en œuvre de la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale

- 1- La mise en place du dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) ne tiendrait pas compte du rôle charnière des centres SSR dans la fluidité de la filière des soins et de la qualité des soins dispensés

=> Le dispositif ne remet pas en cause la qualité des soins dispensés en établissement de soins de suite et de réadaptation. Il s'appuie sur une série de recommandations élaborées par la Haute autorité de Santé (HAS) qui ont mis en lumière que pour les pathologies visées, les soins de suite et de réadaptation pouvaient être réalisés en ville à qualité thérapeutique équivalente et pour un coût moindre.

=> Le dispositif ne concernera qu'un nombre très limité d'établissements car il sera ciblé exclusivement sur les établissements présentant des atypies statistiques. Les modalités de ciblage des établissements comprendront deux volets. Un volet national avec un pré-ciblage des établissements ayant un nombre élevé de séjours sur les gestes ciblés (10 % des établissements pour l'arthroplastie de hanche par prothèse totale en première intention PTH et 25 % pour les autres gestes). Ce ciblage national sera décliné au niveau régional afin de tenir compte des spécificités locales. Il sera en outre formalisé dans un programme régional établis par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) en collaboration avec l'assurance maladie, après concertation locale des fédérations hospitalières.

=> Pour les établissements soumis à la MSAP, le service médical de l'assurance maladie s'engage à répondre dans les 24h (hors jours non ouvrés) afin d'assurer une fluidité des soins. En outre, sur la base de l'exemple de la chirurgie ambulatoire, les refus de prise en charge par l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation devraient rester exceptionnels (ex : pour la MSAP en chirurgie ambulatoire, on dénombre que 1% de refus de pris en charge). Enfin, le dispositif ne sera bien entendu pas applicable en cas d'urgence attestée par le médecin ou l'établissement de santé prescripteur.

- 2- Aucune articulation n'est prévue entre le dispositif proposé et le logiciel d'aide à l'orientation des patients (dit logiciel Trajectoire)

=> Le logiciel Trajectoire vise à orienter le patient du secteur MCO vers la structure SSR la plus adaptée à ses besoins de soins de suite et de réadaptation et de préférence proche de son domicile. Il ne présente pas la même finalité que le dispositif MSAP, qui vise à vérifier la bonne application des référentiels HAS en matière d'orientation des patients entre MCO et soins de ville.

3- Les organisations s'interrogent sur le fait que la procédure s'inspire de la procédure utilisée à ce jour en cas de non respect des objectifs fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

=> L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale renvoyait jusqu'à ce jour à la procédure contradictoire utilisée pour les CPOM. A la demande du Conseil d'Etat, il a été décidé, dans un souci de lisibilité juridique, de renvoyer à un texte distinct la procédure contradictoire en cas de MSAP. La procédure est cependant similaire, puisque, comme dans les CPOM, le projet de décret reprend les principes de la procédure contradictoire rappelés par la jurisprudence du Conseil constitutionnel (cf. notamment décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 sur la loi assurance-maladie)¹. Ainsi, la procédure s'articule en 3 étapes :

- Le directeur général de l'ARS sur proposition du directeur de l'organisme local de l'assurance-maladie adresse à l'établissement un courrier indiquant son intention de mettre l'établissement sous MSAP.
- L'établissement dispose d'un délai d'un mois pour faire ses observations écrites et/ou orales.
- A l'issue de ce délai, le directeur général de l'ARS lui notifie sa décision ou son renoncement de mise en œuvre de la MSAP. La décision de mise en œuvre de la MSAP mentionne la date d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, la nature des prestations concernées ainsi que les délais et voies de recours.

4- La procédure MSAP/SSR devrait être alignée sur celle mise en place pour les médecins (art. L.162-1-15) qui est plus respectueuse de la procédure contradictoire

=> Les deux procédures comportent des différences de fond, qui rendent la comparaison difficile. La procédure MSAP/médecins fait notamment intervenir la commission des pénalités. Cette saisine n'est pas prévue au cas présent car le texte ne prévoit pas de pénalités comme dans l'article L. 162-1-15. La saisine de la commission des pénalités n'a donc pas à être envisagée. Elle ne permettrait en aucune manière de mieux respecter le principe du contradictoire. En effet, l'établissement est informé en amont, dès l'intention de mise sous MSAP, par un courrier, des prestations qui pourraient être concernées et de la durée d'observation. L'établissement disposera d'un délai d'un mois pour présenter ses observations écrites ou être entendus. Enfin, le ciblage des établissements sera précisé et encadré dans un programme régional élaboré par l'ARS en concertation avec les représentants locaux des fédérations hospitalières.

5- La procédure MSAP/SSR englobe-t-elle également l'établissement MCO prescripteur ou ne concerne que l'établissement SSR ?

¹ La décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 précise (cf. à propos de l'article sur les pénalités) que la pénalité n'étant prononcée qu'après que l'intéressé aura été mis à même de présenter des observations écrites ou orales ; par suite, le principe des droits de la défense n'est pas méconnu ; qu'en outre, l'intéressé pourra contester le bien fondé de la sanction devant le tribunal administratif. Donc au cas présent, le projet de décret permet donc bien d'assurer le respect du principe du contradictoire.

=> L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale permet de mettre sous accord préalable les prestations réalisées en établissements de soins de suite et de réadaptation. Il permet également de mettre sous accord préalable des établissements de MCO, comme c'est déjà le cas actuellement dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. Juridiquement, il est donc possible de mettre sous accord préalable l'établissement MCO et l'établissement SSR, avec deux procédures contradictoires distinctes. Toutefois, il n'est pas envisagé de procéder à cette double MSAP, et, en ce qui concerne le respect des référentiels HAS relatif à l'orientation d'un patient en SSR, seuls les établissements de SSR seront concernés. En revanche, les établissements MCO prescripteurs ont d'ores et déjà été sensibilisés par l'Assurance Maladie depuis 2007 au respect des recommandations établies par la HAS et le projet d'instruction aux ARS inclut un volet sensibilisation/information des prescripteurs.

6- La prise en charge ambulatoire en établissement peut-elle être exclue du dispositif de mise sous accord préalable ?

=> Il convient de se référer aux dispositions de l'article L. 162-1-17 du CSS qui précise que peuvent être soumises à la procédure d'accord préalable toutes les prestations d'hospitalisation de soins de suite et de réadaptation. En conséquence, il est possible de ne cibler que certaines des prestations d'un établissement donné, et de ne pas soumettre les autres à accord préalable.

7- Le dispositif MSAP ne serait pas adapté pour réguler l'offre de soins et ne s'inscrirait pas en cohérence avec les autres démarches en cours notamment avec les OROS (objectif de répartition de l'offre de soins) qui visent déjà à évaluer la pertinence des prises en charge en fixant des objectifs dans les CPOM.

=> Le dispositif MSAP s'inscrit pleinement dans la logique de régulation de l'offre de soins et de mise en œuvre d'un système de soins efficient et de qualité. En effet, la MSAP permet tout à la fois de favoriser l'harmonisation des pratiques médicales et diminuer les hospitalisations non justifiées, en tenant compte de la meilleure adéquation entre l'état du patient et son mode de prise en charge. Il est complémentaire, et non contradictoire, avec les autres dispositifs visant à développer la contractualisation et favoriser une auto-évaluation des pratiques par les établissements. Dès lors, si les établissements appliquent les recommandations de la HAS, la procédure MSAP n'aura in fine pas vocation à être utilisée.

=> Elle favorisera par ailleurs l'application de la circulaire de 2008 dans l'échange d'information complète que doit avoir un établissement MCO et l'établissement SSR. La cohérence doit être assurée par le directeur de l'ARS qui intervient dans toutes les démarches en rapport avec les structures de SSR.

7. Annexes

7.1. Liste des actes CCAM concernés

LISTE DES ACTES CCAM CONCERNES

22_ ARTHROPLASTIE DU GENOU PAR PROTHESE TOTALE DU GENOU (PTG 1ERE MISE)

NFKA007	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal
NFKA008	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartmentaire sur une déformation supérieure à 10° dans le plan frontal

23_ LIGAMENTOPLASTIE CROISE ANTERIEUR DU GENOU (LCA)

NFMA004	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthrotomie
NFMC003	Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthroscopie

21_ CHIRURGIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS

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
MJEC001	Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie
MJEC002	Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie
MJMA003	Réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule par autoplastie et/ou matériel prothétique, par abord direct

1_ ARTHROPLASTIE DE LA HANCHE PAR PROTHESE TOTALE DE LA HANCHE (PTH 1ERE MISE)

NEKA010	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire et reconstruction fémorale par greffe
NEKA012	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec reconstruction acétabulaire ou fémorale par greffe
NEKA013	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale
NEKA014	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire
NEKA015	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après ostéosynthèse, ostéotomie ou prothèse cervicocéphalique du fémur
NEKA016	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec ostéotomie de la diaphyse du fémur
NEKA017	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle]
NEKA019	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale après arthrodèse coxofémorale, avec renfort métallique acétabulaire
NEKA020	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale
NEKA021	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle] et ostéotomie de réaxation ou d'alignement du fémur

**7.2. Accord préalable avant admission en service de soins
de suite et de réadaptation**

**ACCORD PREALABLE AVANT ADMISSION EN SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
(ARTICLE L162-1-17 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE)**

Echelon local du service médical de :
Date de la demande :

Téléphone :

ETABLISSEMENT MCO		ETABLISSEMENT SSR	
Dénomination : FINESS : Chirurgien : Téléphone :		Dénomination : FINESS [Géo. 9 chiffres] : Médecin responsable : Téléphone :	
MEDECIN TRAITANT :			
ASSURE(E) : NIR : Date de naissance : Nom (si mariée de jeune fille): Prénom : Adresse :		LE BENEFICIAIRE DES SOINS (s'il n'est pas l'assuré(e)) Qualité (conjoint, ayant droit..) : Nom : Prénom : Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Age :	
Patient affilié au régime général ou à une section local mutualiste <input type="checkbox"/>			
ACTE CHIRURGICAL A L'ORIGINE DE LA DEMANDE D'ADMISSION			
<input type="checkbox"/> Prothèse totale de hanche (1 ^{ère} intention)		<input type="checkbox"/> Prothèse totale de genou (1 ^{ère} intention)	
<input type="checkbox"/> Ligamentoplastie LCA		<input type="checkbox"/> Chirurgie de la coiffe des rotateurs	
CETTE DEMANDE D'ADMISSION CONCERNE UNE INTERVENTION			
Intervention programmée, non encore effectuée		Intervention déjà effectuée	
date prévue de l'intervention :		date de l'intervention :	
date prévue de l'admission en SSR :		date prévue de l'admission en SSR :	
provenance du patient		Chirurgie <input type="checkbox"/> autre service <input type="checkbox"/> précisez : domicile <input type="checkbox"/>	
CETTE DEMANDE D'ADMISSION EST MOTIVEE PAR			
se rendre au(x) pavé(s) correspondant(s) à la motivation de l'admission			
1° la situation environnementale ou de l'état médical du patient avant l'intervention		<input type="checkbox"/>	
2° un besoin spécifique de rééducation liée au type d'intervention ou à l'activité du patient		<input type="checkbox"/>	
3° des complications post opératoires		<input type="checkbox"/>	
4° une prise en charge inadaptée après retour au domicile		<input type="checkbox"/>	
1°) ENVIRONNEMENT ET ETAT MEDICAL AVANT L'INTERVENTION			
Retour au domicile			
Absence d'un entourage humain proche et accessible qui pourra, au retour au domicile, prendre en charge les actes de la vie quotidienne et domestique		<input type="checkbox"/>	
Etat psychique			
N'est pas capable de prendre en compte les situations à risque avant cicatrisation (mouvements interdits, prévention des risques...)		<input type="checkbox"/>	
Autonomie du patient à son domicile, avant d'être opéré			
Ne peut se lever, se coucher et s'asseoir seul		<input type="checkbox"/>	
Ne peut marcher à l'intérieur du domicile sans tierce personne (avec ou sans aide de marche) et, selon les besoins du domicile, ne peut monter et descendre les marches d'escalier		<input type="checkbox"/>	
Comorbidités			
Niveau ASA (consultation pré anesthésique) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> >= 3 <input type="checkbox"/> non déterminé <input type="checkbox"/>			
Si existence de co-morbidité (s) ou d'une altération de l'état général pouvant avoir un retentissement sur la capacité d'une prise en charge à domicile après l'intervention, préciser			
Cas particulier pour la prothèse totale de genou			
secteur d'amplitude active du genou inférieur à 80		<input type="checkbox"/>	
Autres observations faites par le médecin responsable de la demande d'admission			

**ACCORD PREALABLE AVANT ADMISSION EN SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
(ARTICLE L162-1-17 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE)**

2°) BESOIN SPECIFIQUE DE REEDUCATION LIEE AU TYPE D'INTERVENTION OU A L'ACTIVITE DU PATIENT	
<i>(ex : geste chirurgical complexe, profession particulière...)</i>	

3°) COMPLICATIONS POST OPERATOIRES				
critères cliniques et fonctionnels				
	PTH	PTG	LCA	coiffe
Douleur au repos > à 5 (EVA), avec ou sans traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secteur d'amplitude active du genou de moins de 70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne peut pas se lever, se coucher, s'asseoir seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impossibilité de marche sur une distance minimum de 30 mètres avec ou sans aides de marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Montée et descente des marches d'escalier au domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
critères médicaux généraux				
Syndrome fébrile (en rapport avec l'articulation ou autres causes) nécessitant surveillance et soins continus				<input type="checkbox"/>
Anémie sévère avec transfusion				<input type="checkbox"/>
Problèmes thrombo-emboliques avec risque évolutif				<input type="checkbox"/>
Co-morbidité préexistante nécessitant une surveillance				<input type="checkbox"/>
Infection au niveau de la cicatrice, écoulement, nécessitant surveillance et soins continus				<input type="checkbox"/>
Autres problèmes cutanés (hématome, escarre...) nécessitant surveillance et soins continus				<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement ou syndrome de glissement				<input type="checkbox"/>
autres observations faites par le médecin responsable de la demande d'admission				
<i>(ex : luxation ou sub luxation de l'articulation, radiculalgie...)</i>				

4°) APRES RETOUR AU DOMICILE, PRISE EN CHARGE INADAPTEE

7.3. Aide au recueil des informations et à la prise de décision en cas de demande d'accord préalable avant admission en services de soins de suite et de réadaptation

AIDE AU RECUEIL DES INFORMATIONS ET A LA PRISE DE DECISION EN CAS DE DEMANDE D'ACCORD PREALABLE AVANT ADMISSION EN SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

En application de l'article L. 162-2-2¹ du code de la sécurité sociale, la Haute Autorité en Santé a publié le 29 mars 2006² des recommandations portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation.

Cette liste comportait l'**arthroplastie totale coxo-fémorale de première intention**.

Pour l'**arthroplastie totale du genou de première intention, la ligamentoplastie du genou et la réparation chirurgicale tendineuse de la coiffe des rotateurs**, des recommandations spécifiques sont parues en 2008³.

Ce questionnaire rassemble les éléments nécessaires pour décider d'un accord pour admission en service de soins de suites et de réadaptation.

Il a été construit à partir des recommandations de la HAS, et plus particulièrement sur les « séries de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles » qui se prêtent bien à cette démarche.

Ce document est complété par le médecin responsable de l'établissement SSR mis sous accord préalable, en concertation avec le médecin qui demande l'admission. Il prend ensuite contact par téléphone avec un agent du service médical.

L'agent (niveau 1) remplissant le questionnaire au téléphone donne un accord d'emblée, Sous la responsabilité du médecin conseil dans les cas signalés dans la grille suivante. Dans les autres cas, il transmet le dossier au médecin conseil (niveau 2)

¹ Article L162-2-2 : Le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie doit se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation, aux recommandations établies par la Haute Autorité de santé.

² Recommandations de la Haute Autorité de santé, établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique

³ Pour la chirurgie des ruptures de coiffe de l'épaule :

- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation, après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule (janvier 2008)
- Orientation en rééducation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties d'épaule (série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles) Novembre 2008

Pour l'arthroplastie totale de genou :

- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR, après arthroplastie totale du genou (janvier 2008)
- Orientation en rééducation après prothèse totale de genou (série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles) Novembre 2008

Pour la ligamentoplastie du croisé antérieur du genou :

- Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou (janvier 2008)

**AIDE AU RECUEIL DES INFORMATIONS ET A LA PRISE DE DECISION
EN CAS DE DEMANDE D'ACCORD PREALABLE AVANT ADMISSION EN
SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION**

Information		Critères
1	Date de la demande	C'est la date du premier contact avec le service médical.
2	Identification de l'établissement MCO et SSR	Il est important de connaître l'établissement MCO, même si la demande survient à distance de l'intervention, pour demander un compte rendu opératoire ou d'hospitalisation si nécessaire.
3	Médecin traitant	Le médecin traitant peut demander l'admission, par exemple en cas de retour au domicile (voir item 27)
4	Identification de la personne opérée Affiliation de l'assuré	Ce dispositif ne concerne que le régime général, y compris les sections locales mutualistes. En cas d'affiliation à un autre régime, l'admission ne relève pas d'un accord préalable. Cette demande ne donnera pas lieu à un avis et sera comptabilisé en hors champ.
5	Date de naissance, âge et sexe	Ce dispositif ne concerne que les patients adultes (plus de 18 ans), les recommandations ne concernant que des adultes. En cas de demande pour un enfant, l'admission ne relève pas d'un accord préalable. Cette demande ne donnera pas lieu à un avis et sera comptabilisé en hors champ.
6	Acte chirurgical a l'origine de la demande	
7	Situation de la demande par rapport à l'intervention	La demande d'admission peut avoir lieu - avant l'intervention : compte tenu de l'état environnemental ou médical du patient, où du type d'intervention, le chirurgien prévoit un séjour en SSR. Les dates prévisionnelles seront recueillies, la demande pouvant être faite plusieurs semaines avant l'intervention. - après l'intervention : soit pour les mêmes raisons que plus haut (demande tardive), soit si des complications sont survenues ou en cas d'un retour à domicile inadapté. La date de l'intervention sera recueillie
8	Motif (s) de la demande d'admission en SSR	La plupart du temps un seul motif sera donné. Le séjour en SSR peut être demandé avant l'intervention du fait de la situation du patient ou de l'acte lui même (cas 1 ou 2) ou après l'intervention en raison des suites et/ou de complications (cas 3) ou après un retour à domicile (cas 4)

**AIDE AU RECUEIL DES INFORMATIONS ET A LA PRISE DE DECISION
EN CAS DE DEMANDE D'ACCORD PREALABLE AVANT ADMISSION EN
SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION**

1°) ENVIRONNEMENT ET ETAT MEDICAL AVANT L'INTERVENTION			Niveau de traitement		
Information	Critères	Niveau 1	Niveau 2		
9	<u>Retour au domicile</u> Absence d'un entourage humain proche et accessible qui pourra, au retour au domicile, prendre en charge les actes de la vie quotidienne et domestique.	Il s'agit d'un patient isolé socialement, pour lesquels personne ne pourra assurer durant leur convalescence les actes de la vie quotidienne et domestique (course, cuisine, ménage...)	+		
10	<u>Etat psychique</u> Le patient n'est pas capable de prendre en compte les situations à risque avant cicatrisation (mouvements interdits, prévention des risques...)		+		
11	Autonomie du patient à son domicile, avant d'être opéré.	Il s'agit d'un patient présentant déjà, avant l'intervention, un degré important de dépendance en ce qui concerne la mobilité au domicile. Du fait de cette absence d'autonomie, la rééducation en SSR est préférable.			
12	Ne peut se lever, se coucher et s'asseoir seul	Sans l'aide d'une tierce personne test up and go inférieur à 30 secondes : un sujet assis sur une chaise doit se lever, marcher 3 mètres devant lui, retourner vers la chaise et s'asseoir. http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/EvalCliEqui08.pdf	+		
13	Ne peut marcher à l'intérieur du domicile sans tierce personne (avec ou sans aide de marche) et, selon les besoins du domicile, ne peut monter et descendre les marches d'escalier		+		
14	<u>Comorbidités</u> Niveau ASA (consultation pré anesthésique)	ASA I Patient n'ayant pas d'autre affection que celle nécessitant l'acte chirurgical. ASA II Patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection. Exemple : bronchite chronique, obésité modérée, diabète contrôlé par le régime, infarctus ancien, HTA modérée. ASA III Patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction, en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection. Exemple : insuffisance coronarienne avec angor, diabète insulino dépendant, obésité morbide, insuffisance respiratoire modérée. ASA IV Patient courant un risque vital du fait de l'atteinte d'une grande fonction. Exemple : insuffisance cardiaque sévère, angor rebelle, arythmie réfractaire au traitement, insuffisance respiratoire, rénale, hépatique, ou endocrinienne avancée. ASA V Patient moribond. Exemple : rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale en grand état de choc.	Si ASA > ou = 3 +		Si ASA <3
15	Existence de comorbidité ou d'une altération de l'état général	En liaison avec le critère précédent. Il s'agit des pathologies associées qui pourraient nuire, par leur retentissement, à une prise en charge à domicile.			
16	Cas particulier pour la prothèse totale de genou secteur d'amplitude active du genou inférieur à 80°	patient allongé en décubitus dorsal Genou très dégradé avant l'intervention nécessitant une rééducation importante	+		
17	Autres observations par exemple : offre de soins à domicile insuffisante				+

**AIDE AU RECUEIL DES INFORMATIONS ET A LA PRISE DE DECISION
EN CAS DE DEMANDE D'ACCORD PREALABLE AVANT ADMISSION EN
SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION**

2°) BESOIN SPECIFIQUE DE REEDUCATION LIEE AU TYPE D'INTERVENTION OU A L'ACTIVITE DU PATIENT		Niveau de traitement	
Information / Critères		Niveau 1	Niveau 2
18	Nécessité de rééducation avec contraintes spécifiques : - suite à un geste chirurgical complexe (exemple : lésions traumatiques de la coiffe, transfert musculaire), - pour certains travailleurs ou certains sportifs dont le retour à l'intégrité de l'articulation est nécessaire pour une réinsertion rapide, source d'économie, etc		+

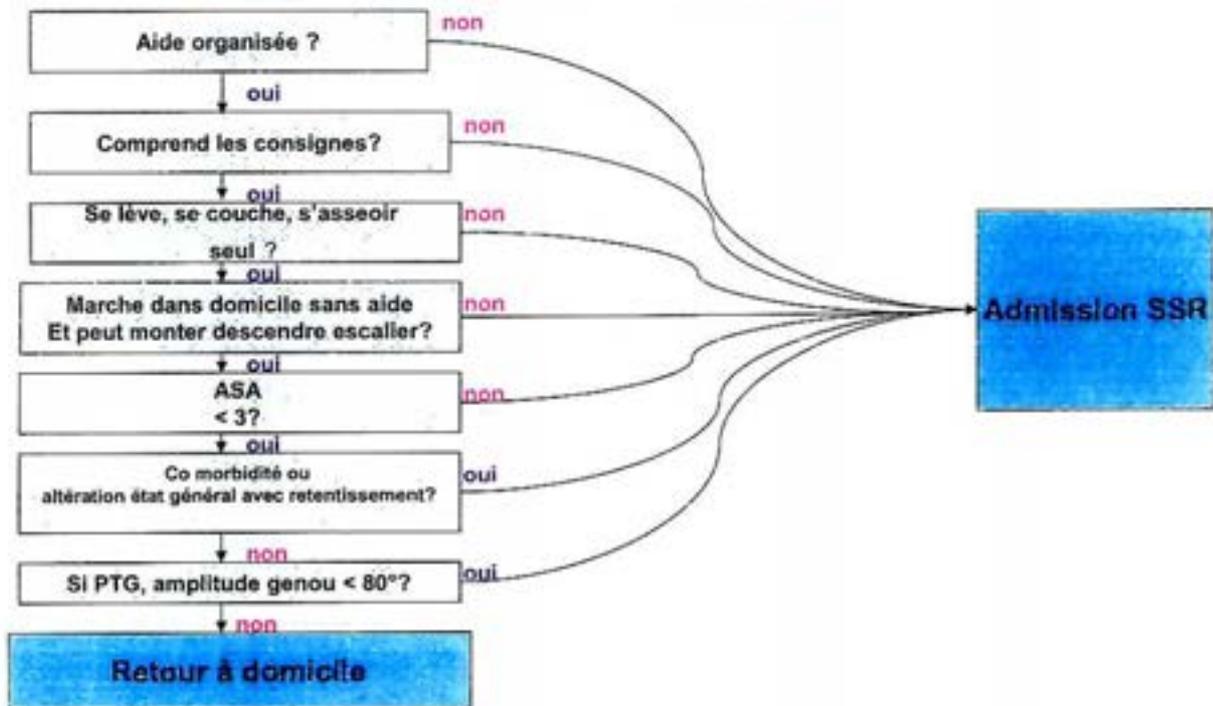
3°) COMPLICATIONS POST OPERATOIRES			Niveau de traitement	
	Niveau 1	Niveau 1	Niveau 1	niveau 2
19	critères cliniques et fonctionnels : pour chaque type d'intervention, il est listé des critères (douleur, secteur d'amplitude, capacité fonctionnelle...) : le remplissage d'une seule case suffit à accepter la prise en charge en SSR			
20	douleur au repos > à 5 (EVA), avec ou sans traitement	L'échelle visuelle analogique (EVA) est une échelle d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur. C'est la plus utilisée et la plus fiable. Elle se présente sous forme d'une ligne droite de 100 mm. A l'une des extrémités est indiqué : absence de douleur, à l'autre : douleur insupportable. Entre ces deux points, une échelle de 0 à 10. Le patient place une marque entre ces 2 extrémités en fonction de l'intensité de sa douleur à un temps donné. En pratique, il s'agit d'une petite règlette en plastique munie, sur une face d'un curseur mobilisé par le patient, sur l'autre de graduations millimétrées lues par le soignant. Elle a été mise au point pour la cotation de la douleur par Huskisson en 1974 http://www.kine-services.com/kine-services/bilans/kine_fbilan_eva.htm	+	
21	secteur d'amplitude active du genou de moins de 70°	patient allongé en décubitus dorsal, triple flexion sur plan de la table	+	
22	ne peut pas se lever, se coucher, s'asseoir seul	test up and go inférieur à 30 secondes : un sujet assis sur une chaise doit se lever, marcher 3 mètres devant lui, retourner vers la chaise et s'asseoir. http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/EvalCliEqui08.pdf	+	
23	impossibilité de marche sur une distance minimum de 30 mètres avec ou sans aides de marche		+	
24	montée et descente des marches d'escalier au domicile		+	
25	<u>critères médicaux généraux</u> le remplissage d'une croix suffit à accepter le séjour en SSR		+	
26	Autres observations Transmettre la demande au médecin conseil			+

4°) APRES RETOUR AU DOMICILE, PRISE EN CHARGE INADAPTEE		Niveau de traitement	
Information / Critères		Niveau 1	Niveau 1
27	Il s'agit de comprendre pourquoi la rééducation à domicile s'avère inadaptée		+

7.4. Arbre décisionnel admission SSR / retour à domicile

ADMISSION SSR/RETOUR A DOMICILE

Avant intervention

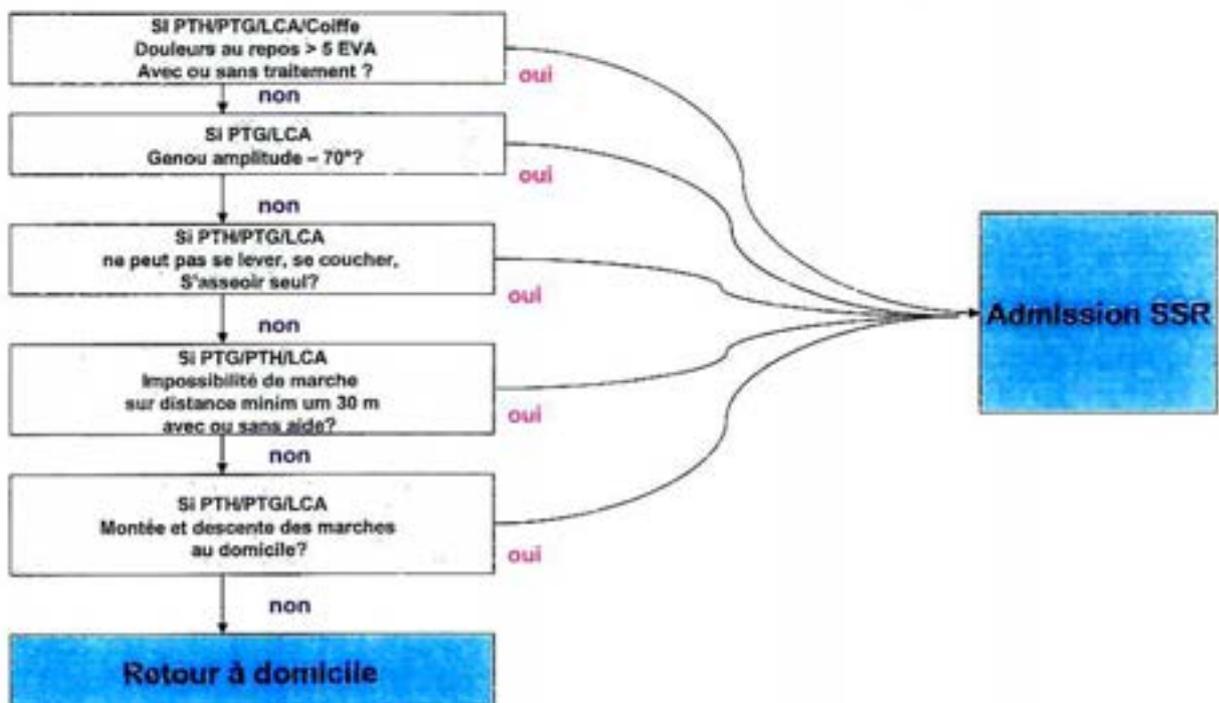


1

ADMISSION SSR/RETOUR A DOMICILE

Après intervention

Complications post-opératoires
Critères cliniques et fonctionnels

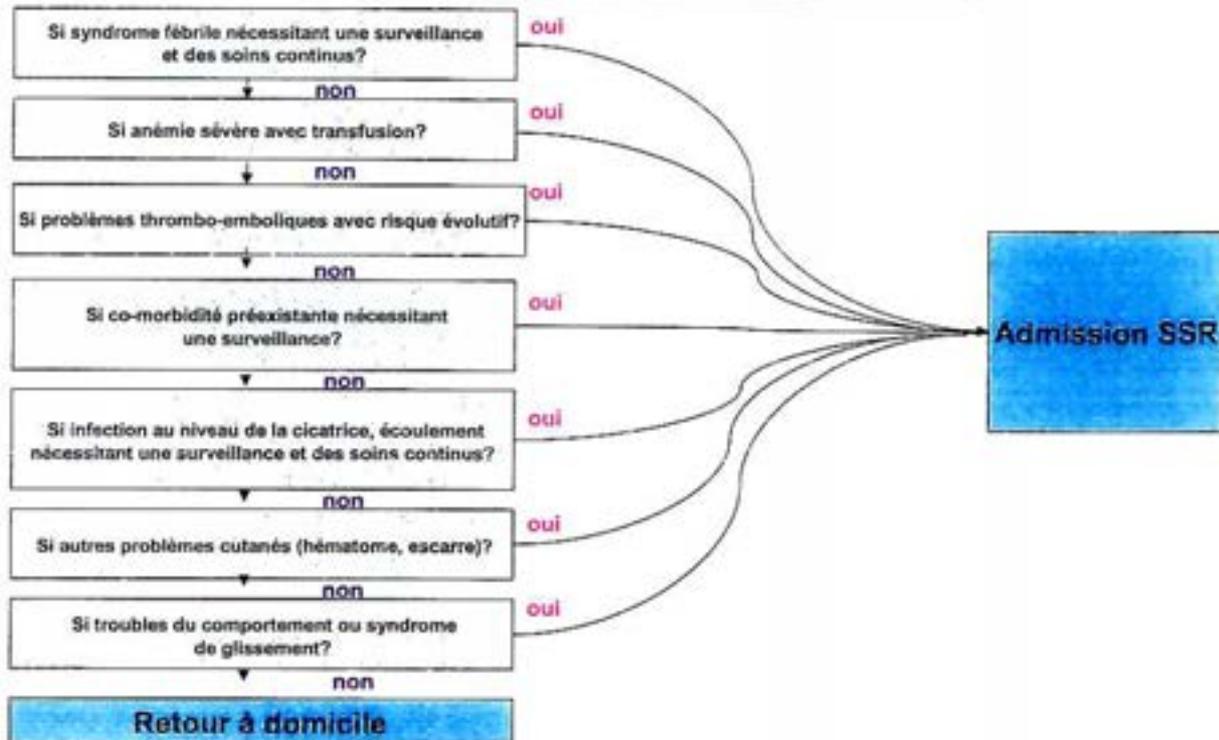


2

ADMISSION SSR/RETOUR A DOMICILE

Après intervention

Complications post-opératoires Critères médicaux généraux



3

ADMISSION SSR/RETOUR A DOMICILE

Synthèse des critères lorsque la demande d'admission est faite après l'intervention

Après intervention

COMPLICATIONS POST OPERATOIRES

> Critères cliniques et fonctionnels

- Si PTH/PTG/LCA/Coiffe Douleurs au repos > 5 EVA avec ou sans traitement ?
- Si PTG/LCA Genou amplitude - 70°?
- Si PTH/PTG/LCA ne peut pas se lever, se coucher, s'asseoir seul?
- Si PTG/PTH/LCA impossibilité de marche sur distance minimum 30 m avec ou sans aide?
- Si PTH/PTG/LCA montée et descente des marches au domicile?

> Critères médicaux généraux

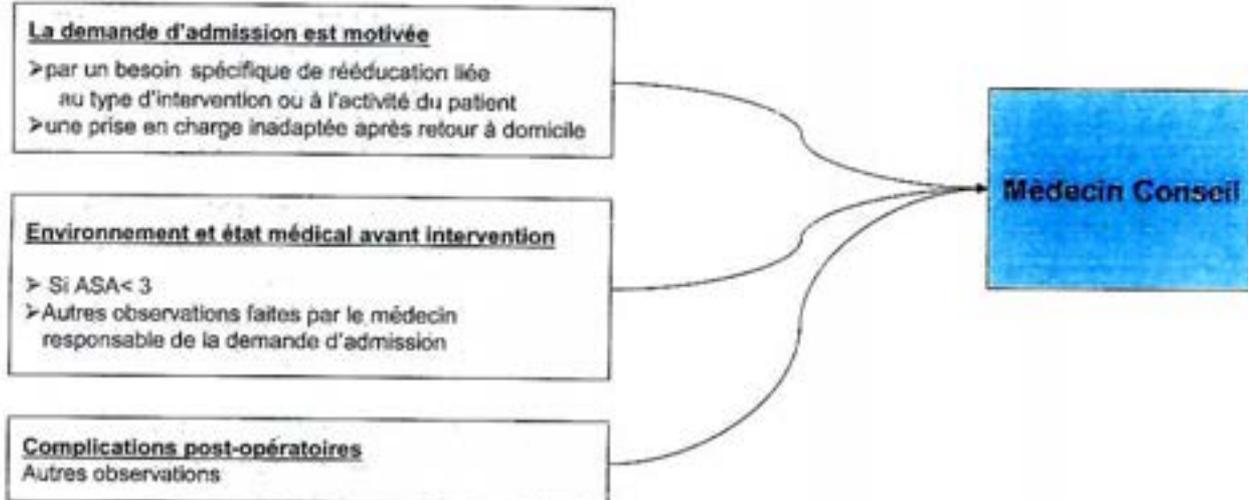
- Si syndrome fébrile nécessitant une surveillance et des soins continus?
- Si anémie sévère avec transfusion?
- Si problèmes thrombo-emboliques avec risque évolutif?
- Si co-morbidité préexistante nécessitant une surveillance?
- Si infection au niveau de la cicatrice, écoulement, nécessitant une surveillance et des soins continus?
- Si autres problèmes cutanés (hématome, escarre) nécessitant une surveillance et des soins continus?
- Si troubles du comportement ou syndrome de glissement?

Un seul oui → Admission en SSR

4

ADMISSION SSR/RETOUR A DOMICILE

- Critères justifiant la transmission de la demande d'admission au médecin conseil



7.5.Liens vers les recommandations de bonnes pratiques

LIENS VERS LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

Recommandations de la Haute Autorité de santé, établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, 29 mars 2006

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Art29.pdf>

1. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après arthroplastie totale du genou, janvier et novembre 2008

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_639103/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation-apres-arthroplastie-totale-du-genou

2. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après chirurgie des ruptures de coiffe et arthroplasties de l'épaule, janvier et novembre 2008

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_613749/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation-apres-chirurgie-des-ruptures-de-coiffe-et-arthroplasties-de-l-epaule

3. Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en soins de suite ou de réadaptation après ligamentoplastie du croisé antérieur du genou, janvier 2008

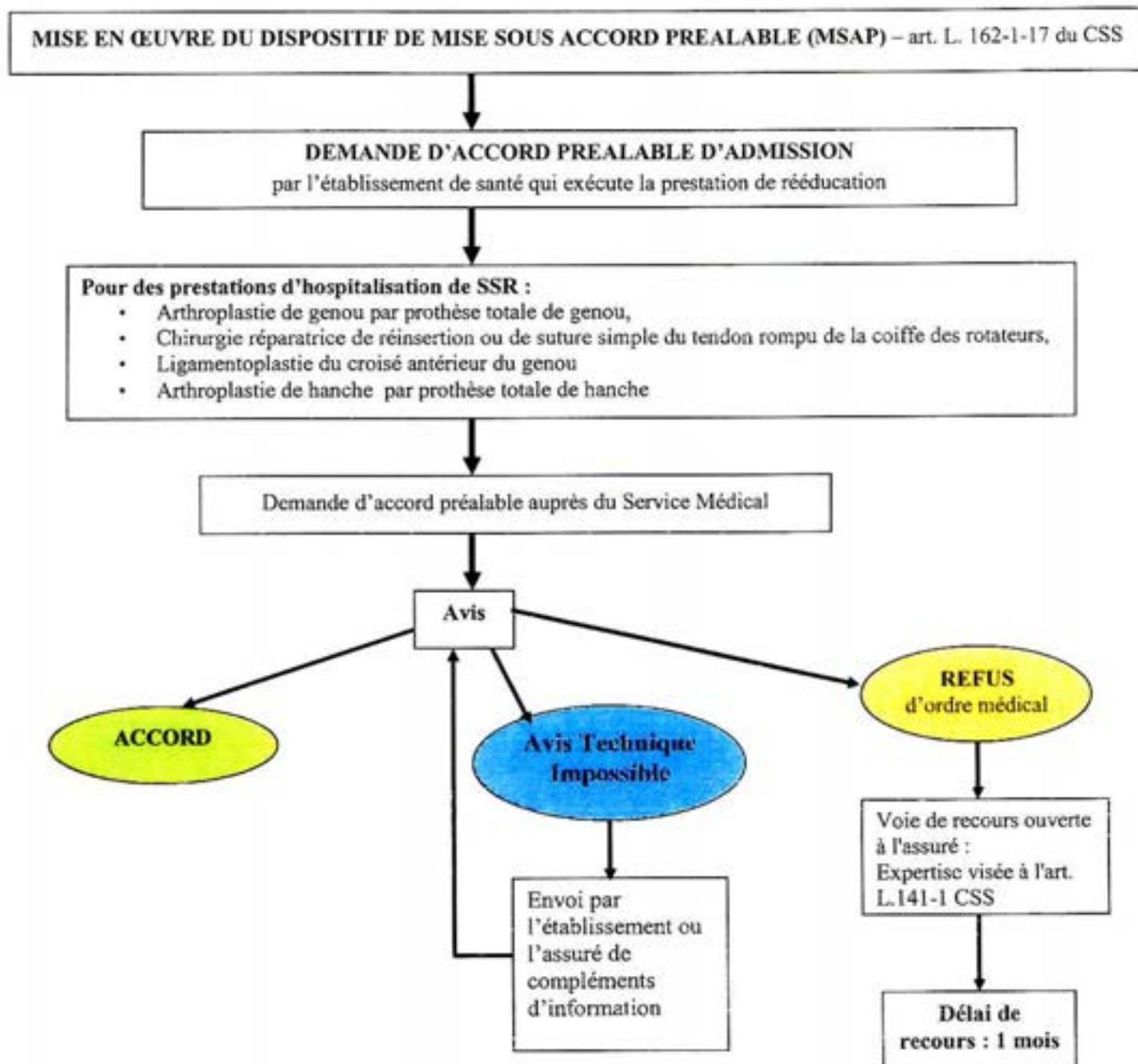
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_639105/criteres-de-suivi-en-reeducation-et-d-orientation-en-ambulatoire-ou-en-soins-de-suite-ou-de-readaptation-apres-ligamentoplastie-du-croise-anterieur-du-genou

4. Prothèses totales primaires de la hanche : évaluation du choix de la prothèse et des techniques opératoires – octobre 2001

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272088/protheses-totales-primaires-de-la-hanche-evaluation-du-choix-de-la-prothese-et-des-techniques-operatoires

7.6.Voies de recours ouvertes aux assurés

VOIES DE RECOURS OUVERTES AUX ASSURES



7.7.Note méthodologique sur le ciblage

NOTE METHODOLOGIQUE SUR LE CIBLAGE

Mise Sous Accord Préalable (MSAP) SSR Note méthodologique sur les travaux statistiques

• Source des données

Les données sont issues du PMSI MCO, SSR 2009 et du SNIIR.

Les actes concernés sont tout d'abord repérés dans le PMSI MCO. L'identifiant du patient pourra alors permettre le « chaînage » avec le PMSI SSR.

• Régime

Données inter régimes

• Les numéros juridiques et géographiques des établissements

Le numéro FINESS de l'établissement véhiculé dans le système d'information est le numéro FINESS géographique pour les établissements privés et le numéro juridiques pour les établissements publics.

• Niveau géographique

Régional et départemental, y compris DOM

• Risques

Pas de restriction particulière

• Champs

La MSAP SSR concerne les séjours en rééducation faisant suite aux gestes chirurgicaux suivants :

- Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou en 1^{ère} intention (Genou),
- Chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs (Epaule),
- Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou (Ligament),
- Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche en 1^{ère} intention (Hanche)

Pour rappel : La rééducation est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile, du fait :

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

I. Données de pré ciblage des établissements à Mettre Sous Accord Préalable

1. Ciblage des établissements SSR par le chaînage des patients

Pour cibler les établissements SSR éligibles à la MSAP, il a été choisi de chaîner les patients issus des établissements MCO. La sélection s'est faite en trois temps :

- Uniquement les patients de 18 ans à 99 ans dans le PMSI MCO 2009.
- Exclusions dans le MCO. Afin d'exclure, a minima les patients pour lesquels il y a des pathologies associées (recommandation HAS), il a été choisi de ne pas prendre en compte :
 - Patients ayant eu plusieurs séjours pour des actes ciblés
(Exemple : patients ayant eu 2 interventions du genou ou patients ayant eu une intervention du genou et une de la hanche)

NOTE METHODOLOGIQUE SUR LE CIBLAGE

- Patients ayant eu plusieurs pathologies dans un même séjour avec un acte ciblé (Exemple : un patient ayant eu dans le même séjour une intervention de la hanche et du genou)
- Patients ayant eu 3 séjours ou plus dans l'année (Exemple : un séjour avec acte de la liste + au moins 2 séjours autres)
- Exclusions après chaînage
 - Séjours SSR qui ont lieu avant la sortie MCO
 - Séjours SSR qui ont eu lieu au-delà d'une durée maximale après la sortie MCO (10j pour la hanche et le genou, 60j pour l'épaule et 30j pour le ligament)
 - Si le patient a plusieurs séjours SSR, on ne conserve que le premier séjour

2. Choix au niveau national des taux d'admission par geste à partir desquels la MSAP est envisageable :

Le champ étudié est celui des établissements SSR publics, privés y compris « PSPH ».

Afin de mettre sous MSAP les établissements qui font le plus de rééducation pour les gestes visés, sont ciblés les établissements SSR qui ont un nombre suffisant de séjours par acte chirurgical.

Le pré ciblage vise les 25% des établissements accueillant le plus de rééducation après arthroplastie de genou, ligamentoplastie et chirurgie de la coiffe des rotateurs (> au quantile 75) et les 10% des établissements rééduquant le plus après une arthroplastie de hanche (> au quantile 90).

Pathologie	Nombre de séjours minimum
Epaule	28
Genou	52
Hanche	40
Ligament	23

Le fichier **ciblage_etb_SSR.xls** contient les 365 établissements SSR pré ciblés (ayant un nombre suffisant de séjours). Pour chaque établissement on dispose de deux infos :

- Un top (oui/non) pour indiquer si le nombre de séjours par pathologie est suffisant ou pas (sej_epaule, sej_genou, sej_hanche, sej_ligament)
- Le nombre de séjour si le top précédent est égal à « oui » (nbsej_epaule, nbsej_genou, nbsej_hanche, nbsej_ligament)
- un top (oui/non) qui indique par pathologie si 75% des séjours SSR proviennent d'établissements MCO qui ont un taux de recours au SSR supérieure à la moyenne nationale (fort_tx_SSR_epaule, fort_tx_SSR_genou, fort_tx_SSR_hanche, fort_tx_SSR_ligament)

3. Information complémentaire sur les établissements MCO prescripteurs :

Pour ces établissements SSR qui ont un fort_taux_SSR = « oui », on met à disposition un fichier complémentaire **liste_etb_MCO.xls** qui est transmis avec les établissements MCO concernés.

Ce fichier permet d'isoler les établissements MCO présentant un taux de recours au SSR supérieur à la moyenne nationale qui sont à l'origine de 75 % des séjours SSR ciblés. Le fichier permet de les identifier par établissement SSR et par pathologie.

Taux de recours national par pathologie :

Pathologie	Taux de recours au SSR national
Epaule	20,5
Genou	68,8
Hanche	43
Ligament	26,2

NOTE METHODOLOGIQUE SUR LE CIBLAGE

Exemple :

Finess SSR	Finess MCO	Pathologie	NBSEJ_SSR	Nb_sej_ssr_tot	Tx_sej_SSR	Cumul_tx_sej_SSR	Tx_recours_SSR	Tx_recours_SSR_nat
999999999	888888888	Genou	30	100	30%	30%	80	68,8
999999999	666666666	Genou	25	100	25%	55%	70	68,8
999999999	111111111	Genou	21	100	21%	76%	75	68,8
999999999	555555555	Ligament	160	200	80%	80%	30	26,2

Les 3 établissements MCO qui orientent les patients vers l'établissement SSR 999999999 représentent plus de 75% des séjours SSR de la pathologie concernée. De plus, ces 3 établissements ont un taux de recours au SSR supérieur au taux de recours national.

Cette information vous permet d'affiner le choix des établissements que vous choisirez de soumettre au DGARS, en privilégiant s'il y a lieu les SSR qui ont un fort taux de patients envoyés par un même établissement. Il s'agit pour nous d'identifier les éventuelles filières de recrutement.,

4. Information complémentaire sur l'activité des kinésithérapeutes :

Un fichier **demo_activite_MK_2009-2010.xls** est également mis à disposition afin d'analyser l'offre de masso-kinésithérapie de ville dans votre région. Cette information vise, aussi, à vous donner des éléments pour vous aider à sélectionner les établissements à mettre sous accord préalable

Ce fichier contient, par département, la densité de masseurs-kinésithérapeutes en 2009 ainsi que le nombre moyen de patients par masseur-kinésithérapeute, pour ceux qui font plus de 1645 actes en 2010.

II. Données complémentaires à utiliser pour les visites dans les établissements MCO

Le fichier **liste_etb_MCO.xls** visé dans le 3° peut aussi être utilisé pour choisir les établissements MCO qui adresse leurs patients en SSR, afin de porter les recommandations HAS dans les services de chirurgie orthopédique, notamment.

En conclusion trois fichiers sont mis à votre disposition :

Un fichier **ciblage_etb_SSR.xls** (pour le ciblage MSAP)

Un fichier **liste_etb_MCO.xls** (pour le ciblage MSAP et des visites MCO à réaliser)

Un fichier **demo_activite_MK_2009-2010** (pour le ciblage MSAP et la réponse aux AP)

Contacts :

delphine.briens@cnamts.fr

anne.debelle@cnamts.fr