



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ARGUMENTAIRE

**Référentiel concernant la rééducation après arthroplastie
par prothèse unicompartmentaire de genou**

Réponse à une saisine de la CNAMTS en application de l'article L162-1-7
du Code de la sécurité sociale

Mars 2011

L'avis de la HAS est téléchargeable sur :
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation et information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Argumentaire	4
1 Contexte	4
1.1 Base législative.....	4
1.2 Saisine de la HAS.....	4
2 Déroulement du travail	4
2.1 Méthode de travail de la HAS.....	4
2.2 Phase de concertation avec les parties prenantes	5
3 Argumentaire de la CNAMTS	5
3.1 Contexte	5
3.2 Description des pratiques.....	5
3.3 Fondements scientifiques du nombre proposé de séances.....	6
3.4 Projet proposé	6
4 Données identifiées dans la littérature.....	6
5 Synthèse des commentaires des parties prenantes	7
5.1 Commentaires des instances professionnelles médicales	7
5.2 Commentaires des instances professionnelles de masso-kinésithérapie.....	8
6 Commentaires de la HAS	10

Argumentaire

1 Contexte

1.1 Base législative

La loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 (art. 42) a modifié l'article L162-1-7 du Code de la sécurité sociale traitant de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie des actes et prestations. Dans le cas de la prescription d'actes réalisés en série, cet article donne à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie la possibilité de saisir la HAS afin qu'elle valide un référentiel définissant le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire à la poursuite à titre exceptionnel de la prise en charge¹. La validation de la HAS est expressément requise.

1.2 Saisine de la HAS

Par courrier en date du 17 janvier 2011, reçu le 24 janvier 2011 par la HAS, le Directeur Général de l'UNCAM a saisi la HAS d'une demande de validation d'un référentiel concernant la « rééducation après arthroplastie pour prothèse unicompartimentaire de genou ».

L'objectif de la saisine est de valider le nombre de séances de rééducation après arthroplastie pour prothèse unicompartimentaire de genou, nombre au-delà duquel le masseur-kinésithérapeute devra demander un accord préalable du service du contrôle médical en justifiant médicalement la poursuite des soins, après concertation avec le prescripteur. Ce nombre d'actes sera inscrit à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (Titre XIV, Chapitre V).

Le nombre seuil de séances prévu dans le référentiel soumis à l'avis de la HAS est de 25.

2 Déroulement du travail

2.1 Méthode de travail de la HAS

Le travail a été réalisé selon la procédure définie par le guide « Méthode d'élaboration des avis de la HAS après saisine par l'assurance maladie ».

La HAS a effectué une recherche documentaire de recommandations de bonne pratique, de revues systématiques et de méta-analyses concernant le thème du référentiel proposé. Dans le cas présent, il s'agissait d'identifier des données sur le nombre de séances de rééducation recommandé ou défini dans les suites d'une arthroplastie pour prothèse unicompartimentaire de genou.

La HAS a également engagé une phase de concertation avec les parties prenantes professionnelles concernées.

¹ Extrait de l'art. L162-1-7 du Code de la sécurité sociale : « Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

2.2 Phase de concertation avec les parties prenantes

La HAS a sollicité l'avis des instances professionnelles suivantes :

- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie ;
- Collège de la médecine générale ;
- Collège français des médecins rhumatologues ;
- Fédération des Spécialités Médicales ;
- Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs ;
- Objectif kiné ;
- Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Société française de médecine physique et de réadaptation ;
- Société française de physiothérapie ;
- Société française de rhumatologie ;
- Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs.

Une réponse a été reçue des instances suivantes :

- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie ;
- Collège français des médecins rhumatologues ;
- Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs ;
- Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes ;
- Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Société française de médecine physique et de réadaptation ;
- Société française de physiothérapie ;
- Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs.

3 Argumentaire de la CNAMTS

3.1 Contexte

La HAS a validé en juillet 2009 un projet de référentiel de la CNAMTS relevant de l'article L162-1-7 du Code de la sécurité sociale concernant la rééducation après pose d'une prothèse totale du genou. Ce référentiel prévoyait la possibilité de réaliser 25 séances de rééducation avant qu'un accord préalable du service du contrôle médical soit nécessaire à la poursuite de la prise en charge. La HAS avait conclu : « Aucun argument scientifique n'est apparu de nature à s'opposer à la validation par la HAS de la proposition de l'UNCAM fixant à 25 le nombre de séances au-delà duquel une entente préalable est nécessaire, en soins de ville après sortie directe du service de chirurgie pour des patients de moins de 80 ans dans les suites d'une prothèse totale de genou de première intention. »

La décision du 16 mars 2010 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, parue au Journal officiel le 28 mai 2010, s'est appuyée sur cette validation pour placer la rééducation après pose de prothèse totale de genou dans les situations médicales nécessitant à titre exceptionnel un accord préalable du service du contrôle médical pour la prolongation des séances à partir de la 26^e séance (inscription au Chapitre V du Titre XIV de la NGAP).

3.2 Description des pratiques

« L'observation des données de remboursement des assurés en 2007 donne les résultats suivants : la pose d'une prothèse de genou unicompartimentaire est plus rare que la pose d'une prothèse totale : 6 410 cas contre 45 708 pour la pose de prothèse totale. Après la pose d'une prothèse partielle de genou, on observe une sortie à domicile plus fréquente qu'après la pose

d'une prothèse totale (59 % contre 36 %) et, lorsqu'une rééducation est pratiquée, un nombre médian de séances plus faible (39 contre 44). »

3.3 Fondements scientifiques du nombre proposé de séances

« L'indication principale pour la pose d'une prothèse unicompartmentaire est une arthrose avec des lésions du genou limitées au coté interne (gonarthrose interne sur genu varum) ou au coté externe de l'articulation (gonarthrose externe sur genu valgum). Dans ce type de lésions arthrosiques, la prothèse unicompartmentaire est indiquée chez les personnes de plus de 60 ans. En dessous de cet âge, une ostéotomie fémorale de valgisation ou de varisation est plutôt indiquée. Il s'agit de prothèses de resurfaçage qui préservent au maximum le capital osseux et ligamentaire. Ce type de prothèse est contre-indiqué en cas de maladies inflammatoires. Il est donc indiqué pour des genoux moins dégradés qu'en cas d'indication de prothèse totale de genou. »

En 2006, lors de l'élaboration par la HAS (consensus formalisé) d'une liste d'actes de chirurgie orthopédique après lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville de manière générale plutôt qu'en hospitalisation², la pose d'une prothèse unicompartmentaire de genou avait été inscrite d'emblée dans cette liste, alors que celle d'une prothèse totale de genou n'avait pas été inscrite sur cette liste faute de consensus du groupe de professionnels réuni par la HAS.

Dans ce contexte, la CNAMTS propose de rapprocher le nombre de séances de rééducation après pose d'une prothèse unicompartmentaire de celle d'une prothèse totale du genou : « On peut donc, de manière pragmatique, appliquer à ce type de prothèse les mêmes conclusions que celles concernant les prothèses totales : la rééducation chez le masseur-kinésithérapeute devrait se terminer entre les 2½ et 3 mois postopératoire. La durée nécessaire de la rééducation en ville chez le masseur-kinésithérapeute, serait alors de 8 à 10 semaines. Avec une fréquence de 3 séances par semaine, la rééducation comprendrait alors entre 24 et 28 séances. »

Ce projet de la CNAMTS propose donc d'assimiler à la rééducation après pose d'une prothèse totale de genou la rééducation après pose d'une prothèse unicompartmentaire du genou. Ainsi, dans les deux cas, le nombre de séances de rééducation possibles avant qu'un accord préalable du service du contrôle médical soit nécessaire à la poursuite, à titre exceptionnel, de la prise en charge est fixé à 25.

3.4 Projet proposé

« Il est proposé que, si une rééducation est nécessaire en ambulatoire après la pose d'une prothèse partielle de genou, un accord préalable du service du contrôle médical soit nécessaire au-delà de 25 séances pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge de cette rééducation. Ce seuil est le même que celui validé pour rééducation après prothèse totale de genou. »

4 Données identifiées dans la littérature

La recherche documentaire n'a pas permis d'identifier de recommandations de bonne pratique, de revues systématiques ou de méta-analyses permettant de définir un nombre optimal de séances de rééducation suite à la pose d'une prothèse unicompartmentaire de genou.

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. HAS. Mars 2006.

Les recommandations de bonne pratique de la HAS publiées en 2008³ ne concernent que la rééducation en cas d'arthroplastie totale du genou :

- elles ne précisent pas le nombre de séance de rééducation recommandées ;
- elles ne précisent pas la durée de la rééducation : même si la mobilité 2 à 3 mois après l'intervention est souvent proche de la normale, elle n'est entièrement récupérée qu'à 12 mois.
- elles précisent que dans tous les cas la rééducation après la pose d'une prothèse totale de genou doit s'adapter au contexte spécifique du patient et à ses antécédents. Le programme de rééducation est établi d'après le bilan diagnostique du masseur-kinésithérapeute ;
- elles précisent les critères de suivi de la rééducation.

Les méta-analyses de la Cochrane Collaboration ou les autres recommandations⁴ disponibles ne concernent pas la prothèse unicompartmentaire de genou et n'apportent pas d'information sur le nombre optimal de séances, y compris en cas de pose de prothèse totale de genou.

5 Synthèse des commentaires des parties prenantes

5.1 Commentaires des instances professionnelles médicales

Les réponses ne sont pas accompagnées de références documentaires qui auraient pu apporter des informations complémentaires de celles identifiées par la HAS.

▪ Collège français des médecins rhumatologues (CFMR)

Sans récuser le nombre de séances proposé, le CFMR émet des réserves sur la méthode utilisée pour fixer le seuil à 25 séances : « Il semble s'agir d'une extrapolation d'un consensus sur les prothèses totales. Ceci n'est pas en soit rédhibitoire puisque l'on peut être amené à trancher en absence de preuve, mais nous ne comprenons pas que l'on ne tienne pas plus compte des données sur les pratiques qui sont en totale opposition avec la proposition.

On estime à 3 mois la période de masso-kinésithérapie postopératoire, et à 3 la fréquence hebdomadaire pour arriver à un estimation de 24-28 séances et pour retenir finalement le seuil de 25. Pourquoi n'a-t-on pas choisi $12 \times 3 = 36$? Une enquête de pratiques place la médiane à 39. Pour satisfaire au caractère exceptionnel de l'accord préalable, et en tenant compte de ces pratiques qui ne sont pas forcément toutes atypiques, il conviendrait de placer le seuil au-delà du q75 qui n'est pas donné dans le document. Enfin, il serait intéressant de distinguer les parcours strictement ambulatoires et les suites de SSR. »

▪ Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT)

« Nous sommes tous d'accord pour penser « de principe » que 25 séances après prothèse unicompartmentale de genou sont assez. »

▪ Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)

« Nous adhérons au projet proposé de 25 séances au-delà desquelles une demande d'accord préalable est nécessaire pour poursuivre les soins de kinésithérapie ». « Nous souhaiterions une retro-analyse sur la pertinence des seuils pour les prothèses de hanche et de genou. Nous insistons également sur la nécessité de communiquer sur la notion de seuil auprès de tous les praticiens quel que soit leur mode d'exercice. Ce seuil à ce jour ne signifie pas fin de prise en charge des soins au-delà de celui-ci. »

³ Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après arthroplastie totale du genou. HAS. Janvier 2008.

⁴ Notamment les recommandations citées dans la liste bibliographique du document de la CNAMTS.

5.2 Commentaires des instances professionnelles de masso-kinésithérapie

■ Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (AFRK)

« Le remplacement des surfaces articulaires par la prothèse totale de genou rend rapidement le genou indolent et plus fonctionnel. La pose d'une prothèse unicompartimentaire diminuera les douleurs, mais les autres compartiments sont rarement absents de lésions arthrosiques, ce qui nécessite une prise en charge quelquefois plus importante que dans la prothèse totale. Si l'on considère 3 mois de rééducation à raison de 3 séances par semaine comme pour la prothèse totale, le nombre atteint déjà 36 séances. Le nombre de 25 est déjà dépassé. »

■ Fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)

« Pour la fiche prothèse unicompartimentale si l'on considère 3 mois de rééducation à raison de 3(séances)/semaines comme pour la prothèse totale de genou, le nombre atteint déjà $3 \times 12 = 36$ séances, le nombre 25 est déjà dépassé, le remplacement des surfaces articulaires par la prothèse totale du genou rend rapidement le genou indolent et plus fonctionnel, la pose d'une prothèse unicompartimentale diminuera les douleurs, mais les autres compartiments sont rarement absents de lésion arthrosiques, ce qui nécessite une prise en charge quelquefois plus importante que dans la prothèse totale de genou : 30 séances serait un chiffre correct. »

■ Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

« Pour être conforme à la déontologie⁵, (ce référentiel) devrait s'appuyer sur des travaux portant sur la kinési-cinétique et la kinési-dynamique des actes de masso-kinésithérapie. »

■ Société française de physiothérapie (SFP)

« Le document proposé est une proposition de rattachement des cas de prothèses unicompartimentaire suite à la saisine du 27 avril 2009 et la réponse de la HAS du 2 juillet 2009 qui validait un seuil de 25 séances pour déclencher une entente préalable (à la 26^{ème} séance).

1. Sur la forme et le fond

La proposition s'appuie sur des recommandations HAS de 2006 et 2008.

Les critères cliniques d'arrêt de la rééducation ne sont pas précisés, mais uniquement une échelle de temps. L'absence d'argumentaire scientifique et de niveau de preuve est préjudiciable à une prise de décision clinique objective. Des indicateurs de résultats d'objectifs thérapeutiques devraient accompagner ces référentiels afin de permettre une prise de décision argumentée objective.

Le document proposé est peu consistant sur la présentation des arguments scientifiques exposés. Voici les principaux points jugés faibles :

- processus de sélection des articles inconnu ;
- libellés et niveaux des références inhomogènes (avec des références internet non précises, des références antérieures à 2008 alors que les recommandations datent de 2008 et que nous aurions aimé une mise à jour, etc.), et des appels dans le texte non systématique ;
- pour le chapitre « Description des pratiques », la notion de densité des kinésithérapeutes n'est pas étudiée et elle explique notamment l'écart entre le nombre médian de séances différents sur tout le territoire. Pour que cet indicateur soit fiable, il faudrait que la démographie professionnelle soit homogène sur tout le territoire. Ce qui n'est pas le cas. Cet indicateur n'est pas fiable et ne représente pas ce qu'il est censé mesurer. L'UNCAM devrait utiliser d'autres indicateurs de résultats cliniques pour extraire des données crédibles de prise de décision ;

⁵ L'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes fait référence à l'article R4321-81 du Code de déontologie qui stipule : « le masseur-kinésithérapeute élabore toujours son diagnostic avec le plus grand soin, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. »

- à noter que pour ce référentiel la médiane est utilisée alors que pour les autres c'est la moyenne. Aucune justification pour la sélection de l'une ou l'autre n'est précisée dans le document UNCAM ;
- chapitre « Description des pratiques » : L'échantillon recruté date de 2007 et un nombre médian de 39 séances. Le référentiel UNCAM propose 25 séances sans argumentaire objectif pour expliquer ce décalage. Par rapport aux modalités de rédaction des autres référentiels, la méthodologie d'obtention du seuil n'est pas explicite.

2. Sur la méthodologie UNCAM

Au total, la sélection des articles est très faible. L'argumentaire scientifique semble ne reposer que sur les recommandations HAS de 2008.

Au-delà du nombre de séances, c'est la notion de quantité de séances et de qualité de prise en charge qu'il est nécessaire d'étudier. Ces référentiels devraient s'adosser sur des critères de bilan solides sur lesquels la prise de décision de poursuivre ou d'arrêter les séances devrait être prise. Les référentiels plafonnés à un nombre de séances n'apportent aucune notion de décision clinique et laissent une gestion administrative contre-productive pour la qualité des soins. Ainsi l'EVA, la mobilité active et passive du genou ou très simplement le PSFS (ce score est utilisé de manière systématique par les kinésithérapeutes américains pour justifier ou pas la poursuite des séances) ou l'OARSI-OMERACT devraient être des éléments majeurs pour la prise de décision du nombre de séances. Cette réflexion sur des indicateurs spécifiques devrait s'étendre à l'ensemble des référentiels actuels, car les caisses primaires ne savent pas sur quels critères l'entente préalable est recevable ou pas.

Ces référentiels entraînent auprès des professionnels une notion de « forfait séances » qui peut entraîner des effets délétères entraînant une surmédicalisation des soins pour « aller au bout des 25 séances » chez des patients ne nécessitant pas ses soins. Eventuellement, une certaine dérive pourrait être observée où tous les patients suivraient la même prise en charge pour « encaisser le forfait ». Les patients doivent faire l'objet d'une prise en charge spécifique et très adaptée. Un forfait ne semble pas la réponse optimum si aucun indicateur ou objectifs thérapeutiques ne sont évalués au cours de la prise en charge.

3. Contexte clinique

La prise en charge postopératoire de ces patients opérés d'arthroplastie par prothèse unicompartimentaire de genou devrait s'organiser autour de véritable réseau de soins où le chirurgien et les professionnels de santé devraient s'échanger des données cliniques pour suivre l'évolution du patient. Appliquer un forfait de séance est contre-productif en termes de qualité de la prise en charge. Il peut même retarder les résultats cliniques dans certains cas. L'UNCAM devrait comparer les résultats de patients pris en charge selon un forfait de 25 séances comparé à une prise en charge où chirurgien et kinésithérapeute s'échangent régulièrement des données cliniques. Une mesure de l'intérêt de cette approche serait plus objective et permettrait de faire évoluer le système de prise en charge sur des données objectives et non sur des forfaits standardisés sans indicateur. De même, il semble apparaître que la prise en charge précoce permet de récupérer des amplitudes articulaires plus rapidement et le timing de la kinésithérapie devrait faire l'objet d'études pour obtenir une plus grande efficacité. L'efficacité économique du parcours de soins du patient de son opération à l'arrêt des soins devraient être étudiée attentivement (coût des soins à l'hôpital, en centre, en transport, en traitement ambulatoire, etc.). La mise en place de référentiel pour la kinésithérapie sans indicateur de suivi est contre-productive pour faire face à ce problème de Santé Publique. Il ne permettra pas aux professionnels de faire évoluer ses pratiques et de proposer des techniques fondées sur des preuves.

4. Conclusions sur le document de saisine

Au total, la méthodologie UNCAM est peu effective. L'UNCAM a réuni les représentants professionnels à partir du 16/09/2010 pour élaborer ce rapport. En 5 mois, l'analyse de littérature effectuée et « l'habillage » scientifique du référentiel est très peu crédible méthodologiquement. La rédaction finale de l'UNCAM se limite à la reprise des recommandations HAS de 2008 et la collecte de données de 2007 sur le nombre de séances pratiquées en kinésithérapie. Il est

remarqué qu'il est laissé 15 jours aux sociétés savantes pour répondre à ce document et que cela ne permet pas de réagir pour effectuer une revue de littérature précise sur le sujet. Si seul l'avis sur le nombre de séances à rembourser en Kinésithérapie est demandé, il semble plus nécessaire d'effectuer cette demande directement sans habiller méthodologiquement le document de saisine de la HAS. »

La société française de physiothérapie a proposé une liste de références bibliographiques qui ont été analysées par la HAS. Ces publications ne permettent pas de définir un nombre de séances de rééducation.

▪ **Syndicat national des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs (SNMKR)**

« Trois séances par semaine ne sont pas suffisantes pour la phase antalgique : il faut appliquer le même protocole de fréquence que les CRF et les SSR. Il y a significativement plus de patients qui sont hospitalisés suite à une PTG. Et significativement plus de patients qui retournent à domicile avec une Prothèse Unicompartmentale (PUG). Cependant, le nombre de PUG traitées à domicile (3 782) est très inférieur à celui de PTG (16 455). Le nombre médian de séances effectuées n'est pas significativement plus faible car l'UNCAM ne communique pas les variances (on ne connaît donc pas les distributions). De toute façon, ces chiffres ne concernent que des séjours et non la réalité des pratiques libérales.

Conclusion : aucune étude épidémiologique sérieuse ne nous est proposée. Il conviendra que la HAS ne valide pas ce référentiel en l'état. »

6 Commentaires de la HAS

Les données de pratique (datant de 2007) fournies par la CNAMTS ne précisent pas la dispersion du nombre de séance autour de la valeur médiane rapportée (pas de donnée quantitative, pas d'histogramme), et ne permettent donc pas d'apprécier la disparité des pratiques. Elles ne donnent pas non plus d'informations sur les caractéristiques cliniques des patients pris en charge (âge, type de lésions, état clinique avant intervention, etc.), qui pourraient expliquer de telles disparités.

Ces données montrent que le nombre médian de séances réalisées est proche en cas de prothèse totale (44 séances) et de prothèse unicompartmentaire du genou (39 séances), conduisant l'UNCAM à rapprocher « de manière pragmatique » les deux prises en charge en rééducation, mais on ne peut affirmer que ces deux prises en charge sont superposables (les données bibliographiques analysées ne permettent pas de valider ou non ce rapprochement en termes de rééducation).

Pour les deux types de prothèse de genou, unicompartmentaire et totale, le nombre médian de séances constaté dans les données de pratique est nettement supérieur (39 et 44 séances) à celui proposé (25 séances) comme seuil de déclenchement d'un accord du service du contrôle médical pour la poursuite de la rééducation. Cela suggère la nécessité d'analyser plus finement les pratiques, en particulier en fonction des situations cliniques, afin de reconsidérer si besoin le nombre seuil aujourd'hui défini pour les prothèses totales de genou et soumis à l'avis de la HAS pour les prothèses unicompartmentaires. Il serait utile dès maintenant de connaître le nombre de demandes d'accord formulées auprès du service du contrôle médical pour poursuivre la rééducation au-delà de 25 séances dans le cas des prothèses totales de genou. Dans sa réponse à la HAS, SOFMER demande au passage une rétro-analyse sur la pertinence du seuil de 25 séances pour les prothèses totales de genou.

Il n'y a pas unanimité des avis des parties prenantes (deux sociétés savantes médicales valident cependant le nombre seuil proposé), sans qu'elles aient fourni à la HAS d'argumentation scientifique permettant d'invalider le seuil proposé de 25 séances (le CFMR et l'AFEK suggèrent 36 séances et la FFMKR 30 séances).

En l'état, il n'y a pas de donnée scientifique publiée s'opposant à la fixation à 25 séances du seuil au-delà duquel un accord préalable du service médical est nécessaire à la poursuite de la rééducation après arthroplastie par prothèse unicompartmentaire du genou. La HAS note que ce

seuil est proposé par assimilation de la rééducation après prothèse unicompartmentaire du genou à celle après prothèse totale. Cependant il est suggéré à l'UNCAM d'analyser les pratiques et les besoins actuels de rééducation en cas de prothèse totale de genou, ce qui pourrait amener à reconsidérer le nombre de séances réalisables sans accord du service du contrôle médical pour ces deux types de prothèse de genou.

À l'issue de cette analyse et au regard des réponses fournies, le Collège a considéré qu'aucun argument scientifique n'était de nature à s'opposer à la validation du seuil proposé pour déclencher la procédure d'entente préalable.