



**René Couratier**

Président

president.cno@ordremk.fr

**H. A. S.**

**Haute Autorité de Santé**

**Monsieur François Romaneix**

**Directeur**

2, avenue du Stade de France

93218 SAINT DENIS LA PLAINE

Paris, le 17 février 2011

Monsieur le Directeur,

A la suite de votre sollicitation en date du 03 février 2011, nous vous prions de trouver, en suivant, les observations que nous formulons sur les fondements scientifiques et le contenu de référentiels que vous êtes appelés à valider à savoir :

- la rééducation après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct ;
- la rééducation après arthroscopie par prothèse unicompartimentaire de genou ;
- la rééducation après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie
- la rééducation en cas de lombalgie commune.

### **LES REFERENTIELS, L'ORDRE ET LA DEONTOLOGIE**

#### LES REFERENTIELS SONT-ILS UTILES EN REGARD DES MISSIONS IMPARTIES A L'ORDRE ?

*Qu'est-ce qu'un référentiel ?*

Le référentiel est une norme, en l'occurrence chiffrée, portant sur le nombre d'actes jugé nécessaire pour rééduquer une pathologie particulière et pris en charge par les organismes d'assurance maladie. La possibilité d'une prise en charge prolongée est ouverte mais soumise à un processus d'agrément par le service médical de l'assurance maladie.

*Les référentiels servent-ils nécessairement à limiter les éventuels excès de certains professionnels ?*

Les organismes d'assurance maladie ont déjà la possibilité de lutter contre d'éventuels abus. En effet, l'article L 162-1-19 du code de la sécurité sociale (loi HPST) permet aux organismes d'assurance maladie et aux services médicaux qui découvrent des manquements à la déontologie, de communiquer aux Conseils départementaux de l'Ordre les éléments découverts. Dans les trois mois, les Conseils départementaux doivent informer les organismes d'assurance maladie des suites données.

L'article R 4321-59 du code de déontologie (décret 2008-1135 du 3 mars 2008) stipule que le masseur-kinésithérapeute doit limiter « ses actes à ce qui est nécessaire, à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins ». Des abus quant au nombre d'actes sont



donc contraires au code de déontologie et l'article L 182-1-19 du code de la sécurité sociale leur est applicable.

De plus, en cas de carence des Conseils départementaux, la saisine des Sections des Assurances sociales de l'Ordre reste possible.

**Pour cette raison, le Conseil national considère que l'utilité de ces référentiels est très discutable et que leur mise en place est superfétatoire puisqu'il existe des possibilités de saisine des instances ordinaires.**

#### SUR LE PLAN DEONTOLOGIQUE ET SOCIAL, LES REFERENTIELS POSENT-ILS PROBLEME ?

Le nombre d'actes fixé par les référentiels n'interdit pas au masseur-kinésithérapeute destinataire d'une prescription uniquement qualitative, comme d'une prescription médicale quantitative, de dépasser le référentiel dans l'intérêt du patient. Au vu de la demande d'accord préalable et de l'argumentaire médical (fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique) l'organisme d'assurance maladie peut accepter ou refuser la prise en charge de ces actes complémentaires.

Il est néanmoins indiqué que ce dépassement doit rester exceptionnel. Ce qui limite, de fait, la possibilité pour le masseur-kinésithérapeute de déterminer de façon autonome, en concertation avec le patient, le projet thérapeutique, comme le prévoit le décret d'actes et d'exercice du 27 juin 2000.

##### *Sur le plan déontologique,*

Ces dispositions nous paraissent contraires à l'article R. 4321-56 du code de la santé publique qui stipule que « le masseur-kinésithérapeute ne peut aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit ».

##### *Sur le plan social,*

Le patient informé demeure libre de son choix. Néanmoins, ces dispositions peuvent le priver des soins appropriés et nécessaires, pour des raisons financières, même si, en cas de refus de prise en charge, il appartient au masseur-kinésithérapeute de fixer ses honoraires avec tact et mesure, conformément à l'article R 4321-98 du code de déontologie.

Les référentiels mettent donc en péril l'application de l'article R. 4321-58 du code de déontologie qui stipule que « le masseur-kinésithérapeute doit écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leurs origines, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance, réelle ou supposée, à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur couverture sociale, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. »

**Pour cette raison, le Conseil national considère que ces référentiels ne sont pas conformes au code de déontologie. Ils sont discutables sur le plan social.**



## SUR LE PLAN SCIENTIFIQUE, LES REFERENTIELS SONT-ILS CONFORMES A LA DEONTOLOGIE ?

Les référentiels sont issus d'une démarche économique fondée sur des informations statistiques, et non sur des données scientifiques.

Ceci ne nous paraît pas conforme à l'article R. 4321-81 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. ».

Le référentiel sur la lombalgie commune qui, faute de base scientifique, s'appuie essentiellement sur les recommandations de la HAS « prise en charge masso-kinésithérapique, modalités de prescription » publiées en mai 2005, illustre notre propos.

### LE REFERENTIEL LOMBALGIE COMMUNE

Rappelons le contexte historique et politique de ces références.

A la suite de la publication de Références Médicales Opposables (RMO) liées à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre l'assurance maladie et les médecins, une conférence de consensus sous l'égide de l'ANAES, concernant la prise en charge kinésithérapique de la lombalgie (novembre 1998), a corrigé ces RMO en validant l'intervention du masseur-kinésithérapeute dans la phase aiguë. Or, ce consensus professionnel (le seul publié à ce jour) n'est pas pris en compte par le référentiel.

Lors de l'élaboration des recommandations de mai 2005, la loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, dont l'article 75 légifère sur l'obtention et l'usage des titres d'ostéopathe et de chiropracteur venait d'être édictée (4 mars 2002). Et les experts étaient en attente des décrets sur la formation et l'exercice de l'ostéopathie, qui seront finalement publiés en mars 2007.

Ce contexte « révolutionnaire », qui donne aux ostéopathes, même lorsqu'ils ne sont pas professionnels de santé, un accès direct, n'a pourtant pas empêché la sortie d'une recommandation qui, pour les lombalgies subaiguës ou récidivantes, préconise l'usage de techniques ou d'actes comme la gymnastique médicale, les massages, la physiothérapie (électro, thermo, cryo) les tractions vertébrales et mêmes les réflexothérapies, mais passe sous silence les techniques directes de mobilisations vertébrales (évitant ainsi tout débat sur les techniques ostéopathiques).

De même, pour les lombalgies aiguës, le référentiel se base sur la littérature anglo-saxonne (la seule disponible puisque la recherche en France est quasiment inexistante du fait de l'absence de filière universitaire pour la masso-kinésithérapie) pour affirmer « aucune étude n'a montré une réelle efficacité de la masso-kinésithérapie, et aucune recommandation publiée ne l'a proposée. »

Pourtant, la recommandation de 2005 est plus nuancée : « Cependant, dans certains cas exceptionnels, un nombre limité de séances de kinésithérapie peut être proposé (2 à 6), à un rythme de 2 à 3 séances par semaine (un traitement masso-kinésithérapique prescrit trop précocement et à une rythmicité trop grande peut favoriser une dépendance du patient vis-à-vis du kinésithérapeute). L'objectif est une reprise rapide de l'activité : les techniques antalgiques pourraient être prescrites, associées à des



conseils d'hygiène de vie et à l'éducation du patient. À l'issue de ces séances, les experts recommandent une réévaluation à la fois médicale et kinésithérapique pour la suite à donner au traitement. »

Tout kinésithérapeute (qu'il soit ostéopathe ou non) et tout médecin sait ou devrait savoir que la cause de la lombalgie commune (c'est-à-dire sans irradiation) est, une fois éliminées les origines psychosomatiques, le résultat d'un dysfonctionnement vertébral avec des conséquences qui peuvent être inflammatoires et/ou articulaires. Et que, dans ce dernier cas, la mobilisation experte ou la manipulation permettra de réguler ce conflit bio mécanique articulaire. Le groupe de travail de la HAS ayant, à l'époque, délibérément écarté la "kinésithérapie passive" (c'est à dire la thérapie manuelle) de l'arsenal thérapeutique du masseur-kinésithérapeute, rien d'étonnant qu'il ait alors considéré que le traitement était essentiellement médical (même s'il s'est bien gardé d'évaluer l'efficacité et les risques d'un tel traitement chimique).

Aujourd'hui, le projet de référentiel admet que, dans l'état actuel des connaissances, il ne paraît pas nécessaire de distinguer par un seuil différent, dans le cadre de la procédure d'accord préalable, les situations de lombalgies aiguës et les situations de lombalgies chroniques. A fortiori, c'est la démonstration que les analyses « scientifiques » sur lesquelles repose ce référentiel sont discutables, et que « les méthodes scientifiques les mieux adaptées » ne sont pas au rendez-vous.

**Pour cette raison, le Conseil national considère que ce référentiel n'est pas conforme à l'article R. 4321-81 du code de déontologie et préconise la mise en place d'une conférence de consensus sur le traitement kinésithérapique de la lombalgie commune, préalablement à la publication de références sur cette prise en charge.**

**De même, pour être conformes à la déontologie, les autres référentiels soumis à l'avis du Conseil national (Arthroplastie par prothèse unicompartimentaire, Ménisectomie isolée totale ou subtotale par arthroscopie, Suture de la coiffe des rotateurs), devraient s'appuyer sur des travaux portant sur la kinési-cinétique et la kinési-dynamique des actes de masso-kinésithérapie.**

Vous remerciant de l'intérêt que vous voudrez bien porter à nos observations, nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de notre haute considération.

**René COURATIER**

**Président**