

Réentraînement à l'exercice sur « machine » d'un patient atteint d'une insuffisance respiratoire chronique. Rapport de la HAS¹

Quelle place pour la kinésithérapie ?

Dominique DELPLANQUE, Kinésithérapeute, Certifié en kinésithérapie respiratoire, Master2 en Sciences de l'Education. Sartrouville (78)

Ce rapport décrit l'évaluation des actes de réentraînement à l'exercice des patients atteints de pathologie respiratoire chronique en vue de son inscription dans la classification commune des actes médicaux et des conditions de réalisation de ces actes.

Le réentraînement à l'exercice sur machine étant défini, dans ce rapport, comme un travail personnalisé, en endurance, se réalisant sur appareils ergométriques (vélo ou tapis de marche) permettant le reconditionnement musculaire.

Pour évaluer le service attendu ou rendu des actes, l'évaluation réalisée par la HAS s'est basée sur les données de la littérature et la position d'un groupe de professionnels auquel aucun kinésithérapeute ne participait. Ce point peut interpeller si l'on considère que ce sont les kinésithérapeutes qui pratiquent ces actes. L'investissement de confrères dans cette activité est notoire mais ne semble pas reconnu par la Haute Autorité de Santé !

Les données de la littérature ont été étudiées à partir de critères portant sur l'entraînement physique (membres inférieurs) de patients souffrant d'une pathologie respiratoire chronique dont les critères de jugement portaient sur la tolérance à l'effort, la dyspnée et la qualité de vie.

Résultats

Les indications de réentraînement à l'exercice sont représentées par le handicap respiratoire qui se traduit par les déficiences de la fonction respiratoire, les incapacités physiques à la réalisation de tâches quotidiennes (dyspnée et/ou diminution de la tolérance à l'effort) et leurs conséquences sur la participation ou la possibilité de mener une vie normale (qualité de vie).

L'analyse de l'efficacité du réentraînement à l'exercice dont les critères étaient la dyspnée, la tolérance à l'effort et la qualité de vie a montré l'efficacité de l'acte, en termes d'amélioration du handicap respiratoire chez les patients BPCO. Il a été montré une amélioration significative de la dyspnée et de la qualité de vie, un gain de la distance parcourue au test de marche de 6 minutes et une diminution du risque de mortalité. Pour l'asthme, les données de la littérature ont montré une amélioration de la capacité physique mais ne permettent pas de conclure sur l'efficacité de l'acte en terme de dyspnée et de qualité de vie. Chez les patients porteurs d'une mucoviscidose, les résultats étaient controversés avec néanmoins une amélioration de la capacité physique rapportée par l'étude prospective. Dans le cadre de bronchectasie, le peu d'études disponibles montre une amélioration significative de la tolérance à l'effort.

Aucune complication associée au réentraînement à l'exercice n'a été rapportée par la littérature. L'évaluation initiale et l'encadrement pluridisciplinaire assureraient la sécurité du réentraînement à l'exercice.

¹ HAS : Haute Autorité de Santé. Rapport du service évaluation des actes professionnels, avril 2007. Disponible sur le site : www.has-santé.fr

Les contre indications absolues sont représentées par les contre indications cardio-vasculaire à l'exercice. Les contre indications relatives sont l'instabilité de l'état respiratoire, les affections intercurrentes évolutives et il est cité le manque persistant de motivation et d'observance du patient.

Pour les experts, les indications du réentraînement à l'exercice sont les patients atteints de BPCO avec dyspnée sévère et/ou intolérance à l'effort, quel que soit le stade. Les tests utilisés sont essentiellement le score de BODE (Body Mass Index, VEMS, dyspnée et test de marche de 6mn) et les scores de qualité de vie. La population cible a été estimée à au moins 200 000 personnes souffrant d'un handicap respiratoire.

Les conditions d'exécution ont été analysées à partir de cinq recommandations nationales et internationales concernant la prise en charge de patients BPCO ou la réhabilitation respiratoire. Ainsi, si le réentraînement à l'exercice est considéré comme la pierre angulaire de la réhabilitation respiratoire du patient BPCO, il doit être inclus l'éducation thérapeutique, le sevrage tabagique, une prise en charge psychologique, un suivi nutritionnel et nécessite la coordination entre les différents professionnels de santé. Là encore l'intervention de la kinésithérapie n'est pas citée !

Des bilans initiaux, au cours du suivi et finaux sont préconisés afin d'éliminer toute contre indication, de proposer un niveau d'entraînement, une adaptation du programme et un éventuel programme d'entretien.

La durée minimale du réentraînement doit être de 2 mois à raison de 20 sessions, 3 fois par semaine. Ce réentraînement correspond à un effort sous maximal avec une combinaison d'exercices de résistance et d'endurance. Le réentraînement se réalise habituellement à une fréquence cardiaque cible correspondant à celle du seuil ventilatoire déterminée par le test à l'effort initial. Le réentraînement des membres inférieurs peut être complété par celui des membres supérieurs. Les recommandations indiquent que le site du réentraînement est fonction de l'évaluation initiale et des possibilités locales : hospitalisation, centre ou structure de proximité (Quel type de structure ?, Un cabinet de kinésithérapie est-il considéré pour les auteurs de ce rapport comme structure de proximité ?).

Le réentraînement à l'exercice étant considéré comme un traitement faisant partie de la prise en charge optimale de toute pathologie chronique responsable d'un handicap respiratoire, la HAS propose une modification du libelle initial : « Réentraînement à l'exercice sur machine d'un patient atteint d'une insuffisance respiratoire chronique » par celui-ci : « Séance de réentraînement à l'exercice avec ergomètre d'un patient atteint de pathologie respiratoire chronique ».

Le réentraînement des muscles inspirateurs n'a pas été retenu, la HAS considérant que cela fait encore l'objet de débat. Néanmoins, l'entraînement des muscles inspirateurs est inscrit dans les recommandations concernant la réhabilitation respiratoire des BPCO de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF, 2005)² (sous tendu par une analyse rigoureuse de la littérature), comme d'ailleurs la kinésithérapie, totalement exclu du rapport de la HAS !! Est

² Société de Pneumologie de Langue Française, Paris, France. SPLF, 66, boulevard Saint-Michel, 75006 Paris, France. Accessible en ligne via : <http://www.splf.org/rmr/accesLibre/rehabBPCO.htm> Rev Mal Respir@splf.org

ignorée aussi toute approche fonctionnelle gymnique visant des fonctions importantes de la vie quotidienne : souplesse articulaire, fonction d'équilibration, coordination motrice.

Si la kinésithérapie n'est pas citée dans ce rapport, apparaît néanmoins, page 17 la terminologie de *séance de rééducation respiratoire* qui doit se dérouler sous la responsabilité de pneumologues ou de médecins de rééducation. Que représente cette rééducation respiratoire?

Enfin, à la page 48 de ce rapport, la HAS précise que *le réentraînement à l'exercice sur machine est un acte médical prescrit et réalisé par le médecin, qui peut être délégué dans certaines conditions à des kinésithérapeutes sous réserve d'une évaluation médicale régulière*. Ces conditions ne sont pas définies. Seraient-elles identiques à celles retenues pour une rééducation fonctionnelle (kinésithérapeute diplômé d'Etat) ou vont-elles présenter des spécificités à un tel exercice professionnel (spécialisation?). Il serait intéressant de développer cette nouvelle approche.

Cette ignorance de la kinésithérapie dans ce rapport interpelle car dans son programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005 – 2010, le ministère de la santé et de la solidarité (2005)³, précise que « *parmi les professionnels de santé, les kinésithérapeutes sont particulièrement impliqués dans la réalisation de la RR [Réhabilitation Respiratoire] et doivent être particulièrement sensibilisés et formés à cette technique.* »

De plus, La HAS, dans le guide médecin de l'ALD 14, insuffisance respiratoire chronique grave⁴, il est noté dans les objectifs du chapitre réhabilitation : « *prescription avec objectifs, contenu incluant en particulier la kinésithérapie respiratoire (et l'ensemble des mesures adaptées à l'état respiratoire, locomoteur, général et psychosocial)* ».

Au terme de ce rapport l'avis de la HAS est : « *d'après les données sur l'efficacité et la sécurité de l'acte (littérature et consensus d'experts obtenu en groupe de travail), le service attendu de cet acte est considéré comme suffisant. Dans l'indication de la BPCO, pathologie grave et fréquente, l'amélioration du service attendu est jugée importante, eu égard à l'importance du bénéfice apporté par cet acte, en termes de qualité de vie et mortalité-morbidité (validé par des études de haut niveau de preuve), et de coûts par rapport au traitement médical seul.* »

En conclusion, si ce rapport a le mérite de faire émerger une reconnaissance institutionnelle de la réhabilitation respiratoire, il me semble dommage de la réduire à un entraînement sur « machine » (l'ergomètre reste une machine !). Ce rapport semble donc très orienté avec une absence totale de considération pour ceux qui pratiquent actuellement cette réhabilitation dans une interrelation humaine complexe.

³ Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005 – 2010 « Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO » Ministère de la Santé et des Solidarités - 15 novembre 2005

⁴ HAS : ALD 14 Insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une BPCO. Guide médecin, Juin 2006