



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

NOTE DE PROBLEMATIQUE

Réhabilitation respiratoire dans la Bronchopneumopathie chronique obstructive



Juin 2013



Haute Autorité de santé

Indiquez ici le Service concerné

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

Introduction	4
1. Note de problématique	5
1.1 Analyse des données de pratiques en France	5
1.2 Les enjeux professionnels et de santé publique	6
1.3 Bénéfices attendus	8
1.4 Disponibilité des connaissances	8
1.5 Conclusion, aspects à traiter	8
2. Modalités de réalisation	9
Annexe 1. Adapté de l'annuaire SPLF	10
Annexe 2. Actions du programme BPCO de l'ARS Nord Pas de Calais concernant la réhabilitation respiratoire	11
Références	12

Introduction

Dans le cadre de ses missions d'information des professionnels de santé et du public, la HAS poursuit une démarche d'élaboration d'outils permettant de mettre en œuvre le parcours de soins optimal d'une personne ayant une BPCO.

Le guide parcours de soins d'une personne ayant une BPCO a été produit en 2012 et a identifié les points critiques du parcours, le rôle des professionnels et les modalités de suivi.

La réhabilitation respiratoire est une composante essentielle du traitement des personnes ayant une BPCO. Elle comprend deux composantes principales : le réentraînement à l'exercice et l'éducation thérapeutique auxquelles s'ajoutent le sevrage tabagique, le suivi nutritionnel, la prise en charge psychologique et sociale.

La réhabilitation respiratoire n'est pas prescrite de façon optimale et les ressources pour la réaliser sont hétérogènes sur le territoire. Ces freins conduisent à proposer l'élaboration d'une fiche parcours dont l'objectif est d'apporter une réponse, sous forme de référentiel aux questions d'organisation et d'optimisation des parcours des patients BPCO devant bénéficier de réhabilitation respiratoire .

Cette note de problématique a pour objet de préciser :

- la réalité des pratiques cliniques de la réhabilitation respiratoire en France;
- les enjeux professionnels et de santé publique relatifs à l'organisation de la prise en charge en réhabilitation respiratoire des patients ;
- les bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité ;
- la disponibilité des connaissances sur la base des recommandations existantes sur le sujet.

Cette note identifiera les différents aspects à traiter sur le plan de l'efficacité et de l'efficience.

La méthode retenue consiste en une consultation de la littérature française et internationale sur le parcours de soins d'une personne ayant une BPCO et devant bénéficier d'un programme de réhabilitation respiratoire. Cette note sera soumise aux professionnels concernés.

1. Note de problématique

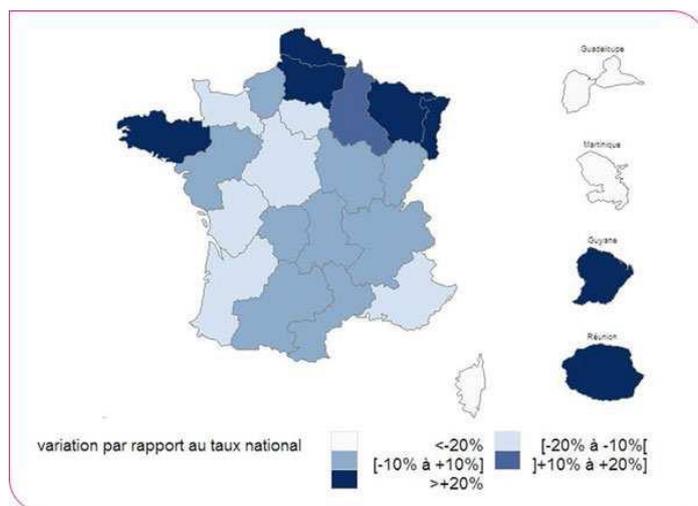
1.1 Analyse des données de pratiques en France

1.1.1 Données épidémiologiques

La prévalence de la BPCO est sous estimée car elle nécessite la réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires et car il y a un sous diagnostic {Roche 2011 2156} : elle est estimée à 7,5% chez les sujets âgés de plus de 40 ans {Fuhrman 2010 2128}.

En 2008, les taux bruts de mortalité par BPCO étaient de 41/100 000 chez les hommes et 17/100 000 chez les femmes âgés de 45 ans et plus. La mortalité tend à se stabiliser chez l'homme et à augmenter chez la femme. Ces taux de mortalité sont variables selon les régions {Fuhrman 2010 2128}.

Variations régionales des taux de mortalité par BPCO, cause initiale de décès, 2005-2007



Extrait de Fuhrman 2010 {Fuhrman 2010 2128}.

1.1.2 Etat des pratiques de la réhabilitation respiratoire

Les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas toujours suivies en France tant en médecine ambulatoire qu'en milieu hospitalier {Pertinence HAS 2012} :

- Dans une étude prospective réalisée de d'août 2001 à décembre 2007, une vingtaine de pneumologues hospitaliers français ont recueilli les traitements de fond suivis par des patients adressés en consultation par le médecin traitant ou le pneumologue : la réhabilitation pulmonaire n'était prescrite que dans 9,8 % des cas où elle était indiquée {Jebrak 2010}.
- Un audit clinique ciblé prospectif sur 3 semaines a été réalisé dans tous les services du CHU de Montpellier (hors réanimation) concernant la prise en charge de la BPCO {Gheffari 2010} Cent vingt et une observations dont 38 en pneumologie ont été recueillies. A la question : la réhabilitation respiratoire a-elle-été envisagée, 14,5 % des personnes interrogées ont répondu oui et

85,5% ont répondu non. Les patients hospitalisés en service de pneumologie avaient reçu davantage de réhabilitation respiratoire : 35 % versus 5 % ($p < 0,0001$).

Dans le « programme d'actions sur les parcours de santé des personnes atteintes de BPCO 2012-2016 », l'ARS Nord Pas de Calais note que la prescription de stages de réhabilitation respiratoire reste modérée au regard des patients porteurs de la maladie, aussi bien de la part des médecins généralistes que des pneumologues {ARS NPdC 2012}

En conclusion, la réhabilitation respiratoire est insuffisamment prescrite par les professionnels.

1.1.3 L'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est le deuxième axe de la réhabilitation respiratoire : elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient et lui est proposée après évaluation de ses besoins et de son environnement.

Elle peut être réalisée :

- dans le cadre de programmes autorisés par les agences régionales de santé par des professionnels formés ;
- en dehors de ces programmes, par le médecin spécialiste en médecine générale, par les autres spécialistes ou par les autres professionnels de santé, tous ayant été formés.

1.2 Les enjeux professionnels et de santé publique

1.2.1 Modalités de la réhabilitation respiratoire

La réhabilitation respiratoire nécessite une prise en charge multidisciplinaire et une coordination des professionnels : le pneumologue ou le médecin de médecine physique et de réadaptation coordonne le plan de traitement réalisé par l'équipe pluridisciplinaire de RR. Les professionnels impliqués sont :

- kinésithérapeute
- infirmier(ère)
- tabacologue, addictologue
- diététicien(ne)
- psychologue, psychiatre si nécessaire
- professeur d'activités physiques adaptées
- assistante sociale, services sociaux
- associations de patients
- médecin du travail selon besoin, médecin du sport.

La réhabilitation respiratoire peut se faire :

- dans un établissement de santé : hospitalisation complète (patients polyopathologiques et/ou problèmes psychologiques et/ou sociaux, dans les suites d'une exacerbation), hôpital de jour, soins externes ;
- dans une structure de proximité : cabinet médical et/ou de kinésithérapie, structures de réhabilitation coordonnées si possible en réseau ;
- au domicile du patient.

Le guide parcours de soins BPCO précise les modalités de la réhabilitation respiratoire :

- Il est recommandé de débiter la réhabilitation par un stage (regroupement et coordination des professionnels) qui sera suivi d'un programme de réhabilitation à long terme : ce suivi à long

terme est essentiel pour entretenir les bénéfices acquis après le stage pendant plusieurs années et toute la vie durant.

- En cas de RR en ambulatoire, tous ces acteurs ou une majorité d'entre eux peuvent intervenir, s'intégrer dans un réseau de santé, structure facilitant la mise en place, la coordination, l'interaction transdisciplinaire et le maintien des acquis.
- Dans tous les cas le partage et la circulation des informations entre le prescripteur et les professionnels impliqués sont indispensables : le patient est au centre de la coordination et peut faire circuler les informations à travers un dossier commun partagé.
- La transmission des informations au médecin généraliste est indispensable.

1.2.2 Etat des lieux des structures en France

La liste des structures, centres de réhabilitation respiratoire, réseaux, kinésithérapeutes, associations de patients, est disponible dans l'annuaire des structures de réhabilitation respiratoire sur le site de la SPLF (<http://splf.org/groupe/calveole/carte-alv.html>): il s'agit d'un registre déclaratif où les structures ont déclaré réaliser la réhabilitation respiratoire selon les recommandations ; il n'y a pas de contrôle effectué par Alvéole, groupe expert de la SPLF pour la réhabilitation respiratoire et l'exercice. Le tableau décrit en annexe I à partir de la liste des structures mise à jour en décembre 2012 montre une grande hétérogénéité de la répartition de ces structures : certaines régions sont bien équipées (Nord Pas de Calais, Rhone Alpes) d'autres sont presque complètement démunies (Franche Comté, Limousin)(Annexe 1).

Les ARS ont identifié dans leur Projet Régional de Santé (PRS) les établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) susceptibles de pratiquer la réhabilitation respiratoire et les programmes d'éducation thérapeutique.

Les associations de patients sont répertoriées sur le site de la Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires (FFAAIR). Elles participent à la réhabilitation respiratoire en organisant des activités physiques régulières aux quelles les patients peuvent s'inscrire (randonnées,)

Les associations et clubs sportifs aptes à pratiquer des activités physiques pour ces patients BPCO afin de maintenir à long terme des bénéfices de la réhabilitation respiratoire ne sont pas identifiés.

Le médecin généraliste ne dispose pas systématiquement de la liste des structures disponibles dans son bassin de vie.

1.2.3 Obstacles pour le patient

Les stages de réhabilitation respiratoire suivis d'une prise en charge à long terme nécessitent une disponibilité importante du patient :

- les stages comprennent un nombre élevé de séances (une vingtaine en moyenne) ;
- les heures de programmation sont parfois difficilement compatibles avec une vie professionnelle ;
- le centre de SSR (établissement, réseau, cabinet médical spécialisé) est parfois éloigné du lieu de vie du patient.

En dehors des centres de SSR ou des réseaux, le remboursement de certaines prestations n'est pas prévu par la législation, tels l'éducation thérapeutique, ou les actes du diététicien, psychologue, moniteur d'activité physique, ergothérapeute.

Au total, certains patients ne peuvent pas suivre les programmes de réhabilitation respiratoire.

1.3 Bénéfices attendus

Dans la plupart des recommandations françaises et internationales, l'efficacité de la réhabilitation respiratoire a été démontrée (grade A à D) pour :

- réduire la dyspnée,
- diminuer le handicap,
- diminuer le nombre d'hospitalisations et la durée de l'hospitalisation
- diminuer l'anxiété et la dépression
- améliorer la qualité de vie et accroître l'autonomie des personnes ayant une BPCO

Elle est indiquée chez les patients qui présentent une incapacité (dyspnée stade 3 de l'échelle MMRC) ou un handicap d'origine respiratoire.

L'efficacité de la réhabilitation respiratoire repose sur :

- une évaluation initiale clinique et paraclinique standardisée qui permet de définir un programme personnalisé de réhabilitation respiratoire
- l'implication et la motivation du patient
- des modalités (lieu, horaire et rythme des séances) adaptées aux besoins et aux contraintes du patient
- l'association d'un stage suivi d'un programme de réhabilitation à long terme
- la coordination des professionnels et la circulation des informations

Il est donc nécessaire

- De faire connaître les indications de la réhabilitation respiratoire
- De mettre à la disposition des professionnels la liste des structures disponibles dans leur bassin de vie
- De mettre à la disposition des patients une offre compatible avec leur vie professionnelle, leurs contraintes et leur état de santé.

1.4 Disponibilité des connaissances

La plupart des recommandations de bonne pratique décrivent la réhabilitation respiratoire en termes d'indication, de contenu, de bénéfices attendus, de modalités {Nice 2010}{GOLD 2013}{Ontario 2012}{ICSI 2013}{SPLF 2010}

Les publications décrivant l'organisation de la réhabilitation respiratoire sont plus limitées.

1.5 Conclusion, aspects à traiter

Compte tenu de cet état des lieux, la fiche points clés et solutions « Comment améliorer la prise en charge de la réhabilitation respiratoire chez les patients ayant une BPCO ? » se propose de répondre aux questions suivantes :

- A quels patients et quand prescrire la réhabilitation respiratoire ?
- Quels acteurs mobiliser dans ses différentes modalités ?
- Comment en assurer son suivi pour en maintenir le bénéfice à long terme ?

2. Modalités de réalisation

La fiche parcours « réhabilitation respiratoire » sera réalisée avec un groupe de travail et un groupe de lecture

► Groupe de travail

Le groupe de travail comprendra :

- Des représentants des conseils nationaux de professionnels (médecin de médecine physique et de réadaptation, pneumologues, kinésithérapeutes, infirmiers)
- Des représentants du collège de médecine générale ;
- Un représentant de la FFMPs et de l'UNR santé
- Des représentants des ARS
- La FFAAIR

► Parties prenantes

Seront interrogées en tant que parties prenantes du sujet

- La FFMPs
- L'UNR santé
- L'UNPS Groupe de lecture

► Groupe de lecture

Représentants des mêmes groupes de professionnels

Annexe 1. Adapté de l'annuaire SPLF

Région	Centres	Ambulatoires	Kinésithérapeutes	Réseaux	Associations de patients
Nord Pas de Calais	5	13	13	ANFIR Form Action santé Santé en action	CAP AIR
Picardie	2	1	5	RESPICARD	Un nouveau souffle
Normandie	0	2	3	ADIR	76 AAIRN
Bretagne	3	5	6	3R	Breiz 02 Asso Treburden Souffle Asso des IR Bretagne occidentale RESPIRE 29, ABMR
Pays de Loire	1	2	1	4R44 ALISEO	44 AMIR, 85 AIRAO 72 AIR 72
Centre	1	4	24		AIR Centre
Champagne Ardennes	1	1	2		10 AIRCA
Lorraine	1	1	8	RIR Lorraine	ALIRAS Lorraine RESPIR ACTION 57
Alsace	1	1	4	AARTP	AMIRA 67, AIRSA 68
Franche Comté	0	0	2		
Bourgogne		3	1	ADDRES	ABIR 21
Rhône Alpes	6	4	26	AGIR à dom association SPIRO	APRES, ADASIR Ascop Carlo Zerbibi, AQSSP
Auvergne	2	2	2		ASDA, Souffle d' air Vichy
Limousin		1			
Poitou Charente	1	3	1	RREC	ADRREP
Aquitaine	2	2	6	AQUIRESPI R3VBPL	AIR 64
Midi Pyrénées	2	0	26	PART'NAIR	ADIR SES Bouge et respire
Languedoc Roussillon	3	1	2	AIR+R	APRES ALRIR
Prov Alpes CA	5	6	13	AIRMES	AZUR AIR , Asso APHIR
Ile de France	5	6	3	RECUP'AIR	GIRC idf, ACMPA ACCELAIR ALDDIR

Annexe 2. Actions du programme BPCO de l'ARS Nord Pas de Calais concernant la réhabilitation respiratoire

■ **Axe 4 : organiser l'offre de réhabilitation respiratoire (RR)**

- **action 10** : adapter l'offre de RR délivrée en établissement de santé (mutualiser ETP, PPS, organisation, partage d'info, suivi)
- **action 11** : développer une alternative à la RR via l'éducation thérapeutique du patient par les professionnels de santé de 1ère intention (tous après 40h de formation)
- **action 12** : étudier l'efficacité d'un programme de RR et d'éducation thérapeutique réalisé au domicile du patient
- **action 13** : expérimenter l'intérêt de dispositifs de télésurveillance à domicile pour mieux prévenir les exacerbations
- **action 14** : améliorer l'orientation en SSR / réhabilitation respiratoire

■ **Axe 6 : évaluer**

- **action 19** : mettre en place un protocole d'évaluation du programme sur 5 ans

Références

Agence régionale de santé du Nord Pas-de-Calais. Programme d'actions / maladies chroniques. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2012-2016. Euralille: ARS Nord Pas-de-Calais; 2012.

http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/saisineJuil2012/PROG_BPCO_V1_9-06-2012_CRSA.pdf

Ref ID: 2178

Global Initiative for chronic obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2013.

<http://www.goldcopd.com/guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=989>

Fuhrman C, Delmas MC, pour le group. Epidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. Rev Mal Respir 2010;27(2):160-8.

Ref ID : 2128

Haute Autorité de Santé. Bronchopneumopathie chronique obstructive. Guide du parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpco_finale.pdf

Ref ID: 2175

Haute Autorité de Santé. Bronchopneumopathie chronique obstructive. Points critiques du

parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/points_critiques_parcours_de_soins_bpco_web.pdf

Ref ID: 2177

Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Bloomington: ICSI; 2013.

http://www.icsi.org/chronic_obstructive_pulmonary_disease_2286.html

Jebrak G, Initiatives BPCO. Recommandations et prise en charge de la BPCO en France : les recommandations sur la prise en charge de la BPCO ne sont pas suivies dans la vraie vie ! Rev Mal Respir 2010;27(1):11-8.

Ref ID : 2164

Health Quality Ontario

Pulmonary rehabilitation for patients with chronic pulmonary disease (COPD) : an evidence – based analysis. Ontario Health Technology Assessment; vol 12: 6, 1-75

Société de Pneumologie de Langue Française. recommandations de la société de pneumologie de langue française sur la prise en charge de la bpcO (mise à jour 2009). argumentaires. rev mal respir 2010;27(suppl 1).

