



OPTIMISATION DU SUIVI DU PATIENT ASTHMATIQUE SEVERE PAR REALISATION DE QUESTIONNAIRES DE CONTROLE DE L'ASTHME PAR LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

T. DA COSTA (Bordeaux)

Résumé du mémoire de fin d'étude en vue d'obtention du Diplôme D'Etat en Masso-Kinésithérapie- JARCA 2019.

Titre : Optimisation du suivi du patient asthmatique sévère par réalisation de questionnaires de contrôle de l'asthme par le masseur-kinésithérapeute.

Auteur : DA COSTA Thomas

Année : 2019

Type d'étude : Analyse des pratiques professionnelles

Introduction : En France, la prévalence de l'asthme chez l'adulte est passée de 5,8 % en 1998 à 6,7 % en 2006, touchant alors 6,25 millions de personnes (autant d'hommes que de femmes).

L'augmentation significative de l'asthme et des allergies en général est due à un environnement plus toxique et à des individus plus vulnérables (augmentation du nombre d'enfants prématurés). [1]

De part sa prévalence élevée, surtout chez les enfants, son risque d'exacerbations et son large coût, l'asthme constitue une priorité de santé publique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 300 millions de personnes sont asthmatiques dans le monde. [2]

L'asthme persistant sévère est la forme la plus grave d'asthme, ce qui rend son contrôle et son suivi difficiles pour les professionnels de santé.

Le suivi des asthmatiques repose sur 3 concepts: la gravité de l'asthme (état actuel du patient), le contrôle de l'asthme (événements récents entre deux consultations) ainsi que la sévérité de l'asthme. [27]

Le contrôle de l'asthme apprécie l'activité de la maladie sur quelques semaines (1 semaine à 3 mois). Il est évalué sur les événements respiratoires cliniques et fonctionnels, et sur leur retentissement. [3]

On observe 3 niveaux de contrôle de l'asthme :

- Le **contrôle inacceptable** est défini par la non-satisfaction d'un ou de plusieurs critères de contrôle. Il nécessite une adaptation de la prise en charge.
- Le **contrôle acceptable** est le minimum à rechercher chez tous les patients. Il est atteint lorsque tous les critères du tableau ci-dessus sont satisfaits.
- Le **contrôle optimal** (c'est-à-dire « le meilleur ») correspond :
 - Soit à l'absence ou à la stricte normalité de tous les critères de contrôle

Soit à l'obtention, toujours dans le cadre d'un contrôle acceptable, du meilleur compromis pour le patient entre le degré de contrôle, l'acceptation du traitement et la survenue éventuelle d'effets secondaires. [4]

Afin de mettre en évidence le degré de contrôle et l'impact de l'asthme sur la qualité de vie du patient, des questionnaires sont mis en place et permettent une évaluation du contrôle de l'asthme. Ils peuvent être remplis directement dans la salle d'attente du praticien, en ligne, par téléphone et surtout administré par un professionnel de santé. Il s'agit de l'Asthma Control Questionnaire (ACQ) et l'Asthma Control Test (ACT). Malgré le fait que ces questionnaires offrent

une bonne vision du contrôle de l'asthme du patient, ils ne se substituent pas à une consultation, cette dernière restant prioritaire. [3]

L'ACQ fait partie des deux questionnaires mis au point par E. Juniper and al à la fin des années 90. Ils sont également préconisés d'après les recommandations internationales sur l'asthme par le GINA [5]

La place du masseur-kinésithérapeute réside dans son traitement non pharmacologique. L'objectif de cette étude est de montrer que le contrôle réalisé par la kinésithérapie permet d'optimiser la prise en charge des patients asthmatiques sévères.

Méthode : La méthode choisie a donc été un questionnaire, l'hypothèse du mémoire étant qu'une collaboration entre le pneumologue et le MK, notamment pour la réalisation d'un questionnaire sur le contrôle de l'asthme et la qualité de vie des patients asthmatiques sévère serait bénéfique pour le suivi de la pathologie : nous avons alors interrogé 26 pneumologues afin de recenser et analyser leur opinion sur l'optimisation de la prise en charge par le MK.

En parallèle nous avons réalisé un entretien semi-directif avec le professeur Raheison Semjem en tant qu'expert connu et reconnu quant à ses travaux concernant l'asthme.

Résultats :

Nombre de répondants

Le nombre total de répondants à ce questionnaire s'élève à 28. Parmi ces 28 réponses, 2 pneumologues indiquent ne pas prendre en charge de patients asthmatiques sévères, le résultat du questionnaire devient donc non exploitable et ne remplit alors pas les critères d'inclusion. Ils sont alors écartés de l'enquête.

Description de la population :

Au sein de cette population de 26 pneumologues, 46,2 % étaient des hommes contre 53,8 % de femmes. L'âge variait de 30 ans ou moins à 60 ou plus en effet 7,7 % de la population avait moins de 30 ans, 30,8 % entre 30 et 39 ans, 38,5% entre 40 et 49 ans, 15,4 % entre 50 et 59 ans et enfin 7,7 % 60 ans ou plus.

Leur ancienneté dans la profession variait entre moins de 10 ans d'expérience pour 30,8 % et 30 à 39 ans d'expérience pour 7,7 % des cas. Le nombre médian d'années d'expériences se situe entre 10 et 19 ans pour 46,2 % des répondants (figure 12)

Concernant leur lieu d'exercice, les pneumologues répondants à ces questionnaires sont majoritairement des pneumologues salariés, dans un centre hospitalier pour 46,2 % des répondants, des pneumologues libéraux dans 30,8 % des cas et enfin pour 23,1 % des pneumologues ayant répondu leur activité était une activité mixte c'est à dire à la fois libérale et salariale. (figure 13)

Comme nous l'avons vu précédemment, l'intégralité des répondants prend en charge des patients asthmatiques sévères.

Patientèle asthmatique

Parmi la population de répondant les patients asthmatiques sévères représentent entre 0 et 10 % de la patientèle pour 92,3 % des répondants et pour 7,7 % d'entre eux 41 à 50 %

La fréquence des consultations varie : les pneumologues voient leurs patients asthmatiques sévères en consultation de manière trimestrielle pour 61,5 % d'entre eux, de manière semestrielle pour 30,8 % d'entre eux et enfin pour 7,7 % d'entre eux la réponse « autre » montre que les pneumologues sont salariés d'un centre de réhabilitation respiratoire et voient leurs patients asthmatiques sévères de manière hebdomadaire voire pluri-hebdomadaire.

Utilisation de questionnaires

Concernant l'utilisation de questionnaires lors des consultations 69,2 % des répondants disent procéder à des questionnaires sur le contrôle de l'asthme lors de ces consultations et 30,8 % n'utilisent pas de questionnaire sur le contrôle de l'asthme

Parmi les réponses positives, aucun des pneumologues ne fait usage des questionnaire ACQ et AQLQ simultanément, aucun n'utilise l'AQLQ, 66,7 % utilisent l'ACQ et 33,3 % des pneumologues réalisant des questionnaires n'utilisent aucun des deux questionnaires. (fig 14).

Parmi les pneumologues n'utilisant pas de questionnaires, 71,4 % n'ont pas recours à des questionnaires car ils privilégient d'autres méthode d'évaluation du contrôle de l'asthme et 28,6 % d'entre eux estiment que la durée de consultation est insuffisante pour pouvoir réaliser des questionnaires sur le contrôle de l'asthme.

Collaboration avec un masseur-kinésithérapeute.

Dans la population de pneumologues répondant à ce questionnaire, 69,2 % confirment diriger leurs patients asthmatiques sévères vers un masseur kinésithérapeute tandis que 30,8 % des pneumologues interrogés n'envoient pas leurs patients asthmatiques sévères vers un masseur-kinésithérapeute.

Parmi les 18 pneumologues orientant leurs patients asthmatiques sévères vers un masseur-kinésithérapeute, on retrouve 8 pneumologues prescrivant du renforcement ciblé des muscles respiratoires, 10 d'entre eux du réentraînement à l'effort, 10 d'entre eux du désencombrement bronchique et enfin pour 2 d'entre eux de l'éducation thérapeutique du patient, aucun d'entre eux ne demande de contrôle et de suivi de l'asthme. (Figure 15)

Dans les 26 pneumologues interrogés, 84,6 % d'entre eux étaient satisfaits des résultats obtenus par la kinésithérapie sur leurs patients asthmatiques sévères tandis que 15,4 % d'entre eux ne l'étaient pas. Néanmoins, 100 % de la population enquêtée serait à la fois favorable à une collaboration plus étroite entre pneumologues et professions paramédicales mais aussi entre pneumologues et masseur-kinésithérapeutes.

Dans ce questionnaire nous indiquons aux pneumologues que le masseur-kinésithérapeute possède les atouts techniques afin de proposer les questionnaires ACQ et AQLQ aux patients asthmatiques sévères, dans ce cas précis, 81,9 % des médecins ignoraient cet aspect de la formation tandis que 18,2 % des pneumologues interrogés savaient que ces notions étaient abordées.

Enfin, afin de conclure sur cette partie concernant l'intérêt des pneumologues vers la masso-kinésithérapie, on peut constater que 53,8 % des pneumologues questionnés savaient qu'il existait des formations complémentaires au DEMK spécialisées en kinésithérapie respiratoire tandis que 46,2 % d'entre eux ne le savaient pas.

Télé médecine et délégation d'acte.

Au cours de ce questionnaire, les pneumologues ont été interrogés sur le fait de pratiquer de la télémédecine, pour 100 % d'entre eux la réponse était négative.

Cette étude posait également la question sur la connaissance de la notion de délégation d'acte ou de compétences, 53,8 % des pneumologues avaient la connaissance de la délégation d'acte alors que 46,2 % n'en n'avaient pas la connaissance.

Parmi ceux qui en avaient la connaissance, 2 d'entre eux participaient à un programme de délégation de compétences, un sur « l'instauration de la ventilation non invasive chez des BPCO » et l'autre sur une « thérapie ciblée orale anticancéreuse suivi par des infirmières diplômées d'état ».

Pour finir, 92,3 % des pneumologues sont favorables à une délégation d'actes ou de compétences vers le MK dans la réalisation des questionnaires ACQ et AQLQ pour le suivi et le contrôle de l'asthme tandis que 7,7 % ne le sont pas.

Optimisation de la prise en charge par le MK

Dans cette dernière partie, on cherche à interroger le pneumologue sur son avis quant à l'optimisation de la prise en charge du patient asthmatique sévère par le MK si ce dernier réalisait le contrôle de l'asthme par les deux questionnaires cités plus tôt.

92,3% des médecins interrogés se disent prêts à collaborer avec le masseur-kinésithérapeute si celui-ci orientait le patient asthmatique sévère vers le pneumologue en cas de mauvais contrôle de la maladie après réalisation des questionnaires ACQ et AQLQ. À contrario, 7,7 % des pneumologues interrogés ne seraient pas prêts à collaborer avec les MK dans ce cas précis.

Enfin, la question finale de ce questionnaire traite de l'avis général des pneumologues dans l'optique où la réalisation par les MK des deux questionnaires optimiserait la prise en charge. 76,9 % des avis convergent vers une réponse positive tandis que pour 23,1 % des répondants, la réalisation de ces questionnaires n'optimiserait pas la prise en charge du patient asthmatique sévère.

Entretien avec le Pr. Raherison-Semjem, pneumologue-expert sur l'asthme.

Nous allons maintenant nous intéresser aux résultats de l'entretien décrit dans la partie précédente, afin d'apporter matière à une comparaison entre les résultats globaux du questionnaire et un avis plus précis d'une experte reconnue concernant les pathologies respiratoires et précisément l'asthme.

Au terme de cet entretien, plusieurs thèmes se dégagent des réponses de Mme le Pr. Raherison. Sans reprendre cet entretien de manière chronologique, nous avons classé les réponses selon 4 axes : l'asthme en temps que maladie, ses traitements et comorbidités, le rôle du masseur-kinésithérapeute dans le parcours de soin du patient asthmatique, la notion de questionnaire autour de l'asthme et enfin la délégation d'acte du pneumologue.

Ces thèmes apportent ainsi une vue d'ensemble de cet entretien avec le Pr Raherison (cf annexe 4) :

L'Asthme :

Le Pr. Raherison-Semjem nous rappelle ici que les asthmatiques les plus problématiques sont les asthmatiques sévères. En effet, ces patients « ne souffrent pas que de l'asthme », on peut souvent constater l'association d'un syndrome d'hyperventilation ou d'un problème de cordes

vocales. Ce syndrome d'hyperventilation associé à été retrouvé dans 40 % de patients asthmatiques d'un groupe de pneumologues parisiens. Cela se traduit par une alcalose d'origine respiratoire pour lesquels les médicaments, habituellement prescrits contre l'asthme n'ont aucun effet.

On retrouve également, de manière fréquente, un déconditionnement global à l'effort, dû au manque d'exercice mais qui peut être également dû au traitement médicamenteux. Le Pr Raheison nous apprend que les patients en crise, traités par des corticoïdes, sont les plus atteints de cette amyotrophie, et, « les médecins ont du mal à l'admettre ». Ce traitement provoque néanmoins une amyotrophie des muscles périphériques mais aussi et surtout des muscles respiratoires.

Aujourd'hui le patient asthmatique à au moins 2 comorbidités associées à l'asthme.

En ce qui concerne l'origine de ces évolutions, le « développement de dysfonctions nasales provoque une façon de ventiler différente », ou encore le syndrome d'apnée du sommeil qui accentue ce phénomène avec des patients asthmatiques, surtout sévères, en surpoids.

On apprend également que certaines des pathologies respiratoires ressemblent à de l'asthme mais cela n'en est pas, il est nécessaire de réaliser un bilan précis afin de ne pas oublier les diagnostics différentiels.

Concernant le traitement, le Pr Raheison déclare que les longues thérapies seulement médicamenteuses ne règlent pas le problème, ainsi les patients reviennent essoufflés et le problème de fond n'a pas été réglé. Pour les patients asthmatiques, surtout sévères, la partie réhabilitation respiratoire est « aussi importante » que la partie médicamenteuse. 100 % des patients du Pr Raheison ont de la réhabilitation. Elle espère que la réhabilitation arrivera au grade A de recommandation, au même titre que pour la BPCO. Malgré les idées reçues sur l'asthme, le sport est bénéfique pour le patient, sous réserve d'être encadré.

Le Pr Raheison nous apprend ensuite que, concernant les personnes à risque de décéder d'asthme, ce sont des patients qui ont une mauvaise utilisation du traitement, par une surconsommation de Ventoline, où plus d'un flacon est consommé par mois. Il est donc nécessaire de faire des recommandations sur la fréquence de consommation pour ces patients. Les patients ne sont pas assez interrogés sur ce point, « ce sont des critères qui paraissent grossiers mais qui fonctionnent pour orienter le patient à risque ».

Concernant l'objectif du mémoire sur la collaboration du MK vers le pneumologue : « c'est un bon objectif, à condition d'avoir un compte rendu des séances, afin de remédier au plus vite à des syndromes d'hyperventilation associés ou d'inadaptation ventilatoire ».

Mme le Pr. Raheison insiste sur la notion d'éducation thérapeutique, notamment sur l'applicabilité des recommandations à donner aux patients asthmatiques. Elle conclut cette partie en prônant une unité dans le parcours de soin du patient, dans la mesure où tous les professionnels de santé ont le même discours vis à vis du patient.

Questionnaire :

Le Pr Raheison nous confirme l'existence de différents questionnaires, et nous apprend que tout professionnel de santé peut les administrer. Ces questionnaires ne sont pas assez utilisés à son opinion, et les masseur-kinésithérapeutes peuvent tout à fait s'en servir pour avoir des informations sur le contrôle, le degré de prise en charge ou bien la qualité de vie.

Concernant l'ACQ, c'est un questionnaire qu'elle utilise souvent pour ses patients asthmatiques, cela permet d'étayer l'interrogatoire.

Pour le faire, le masseur-kinésithérapeutes peut tout à fait utiliser la mesure du DEP, cela permet d'avoir un argument sur l'ETP. Concernant la spirométrie, le Pr Raheison espère qu'à l'avenir, dans un monde moderne, les MK pourraient s'en servir du moment qu'ils y seraient formés mais « cela reste une question syndicale et de cotation d'acte ».

Rôle du masseur-kinésithérapeute:

Pour le Pr Raheison, le rôle du MK dans la prise en charge du patient asthmatique est :

- La vérification des symptômes avec pour objectif une diminution des coûts du traitement et une limitation des médications inutiles.
- La prise en charge lors d'hyperventilation. Elle s'aperçoit que les patients respirent mieux, et en diminuant la dyspnée du patient on diminue également les symptômes de l'asthme.
- Améliorer le parcours de soin du patient qui est souvent bien compliqués dans le but d'améliorer sa prise en charge.
- D'assurer l'ETP du patient asthmatique, pour la prise du médicament, la connaissance de la maladie et du traitement. Cet aspect d'ETP manque à la chaîne de soin actuellement.

Elle conclut cette partie sur le rôle du MK en déclarant que la prescription de kinésithérapie « devrait être systématique » dans la prise en charge d'un patient asthmatique, concernant l'encombrement mais surtout l'apprentissage de la ventilation et l'ETP. Les patients n'ont pas tous le même discours venant des professionnels de santé, ils ont besoin d'être rassurés par un discours universel.

Discussion : La kinésithérapie semble un moyen sous utilisé par les pneumologues dans le traitement de l'asthme. L'éducation thérapeutique du patient s'inscrit comme une perspective d'avenir pour le suivi du patient asthmatique sévère. L'avis général des pneumologues et du pneumologue expert se rejoignent sur l'optimisation des soins qu'offrirait une meilleure collaboration entre MK et pneumologues.

Conclusion : Il semblerait que le MK optimiserait les soins du patient asthmatique sévère mais une enquête plus approfondie serait nécessaire.

Bibliographie :

1. Delmas MC, Leynaert B, Com-Ruelle L, Annesi-Maesano I, Fuhrman C. Asthme: prévalence et impact sur la vie quotidienne - Analyse des données de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee
2. L'asthme en France: synthèse des données épidémiologiques descriptives : (SPLF 2009)
3. Raheison C, Bourdin A, Bonniaud P, Deslée G, Garcia G, Leroyer C, et al. Mise à jour des recommandations (2015) pour la prise en charge et le suivi des patients asthmatiques adultes et adolescents (de 12 ans et plus) sous l'égide de la Société de pneumologie de langue française (SPLF) (Full length text). *Revue des Maladies Respiratoires*. 2016 Apr;33(4):279–325.:
4. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents Anaes - Afssaps / Service des recommandations professionnelles / septembre 2004
5. GINA (Global Initiative for Asthma) (2018). Global strategy for asthma management and prevention Retrieved from www.ginasthma.org/documents/4.