



BPCO

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE EN REHABILITATION RESPIRATOIRE

JORF du 8 février 2018.

Avenant n° 5 à la convention nationale

B. Valorisation de la Prise en charge des patients atteints de handicap respiratoire chronique.

Les partenaires conventionnels proposent la prise en charge de nouveaux actes à partir du 1^{er} juillet 2018 pour la **réhabilitation respiratoire** des patients atteints de **handicap respiratoire chronique en ALD atteints d'une BPCO** d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances environ en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.

Les deux actes correspondent à une prise en charge identique (rééducation respiratoire, renforcement musculaire, réentraînement en endurance, éducation thérapeutique) et seraient réalisés selon l'organisation locale disponible et le flux des patients. Leur cotation varierait selon le mode de réalisation. L'acte serait coté AMK 28 quand il est réalisé uniquement en séance individuelle et coté en AMK 20 quand il est réalisé avec des temps individuels et collectifs. Dans ce cas, seule la rééducation respiratoire est individuelle, des groupes de 2 à 4 personnes peuvent être constitués pour les autres rééducations.

JORF du 8 février 2018.

Avenant n° 5 à la convention nationale

B. Valorisation de la Prise en charge des patients atteints de handicap respiratoire chronique.

Les partenaires conventionnels proposent la prise en charge de nouveaux actes à partir du 1^{er} juillet 2018 pour la réhabilitation respiratoire des patients atteints de handicap respiratoire chronique en ALD atteints d'une BPCO d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances environ en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.

Les deux actes correspondent à une prise en charge identique (**rééducation respiratoire, renforcement musculaire, réentraînement en endurance, éducation thérapeutique**) et seraient réalisés selon l'organisation locale disponible et le flux des patients. Leur cotation varierait selon le mode de réalisation. L'acte serait coté **AMK 28** quand il est réalisé uniquement en **séance individuelle** et coté en **AMK 20** quand il est réalisé avec des temps individuels et collectifs. Dans ce cas, seule la rééducation respiratoire est individuelle, des **groupes de 2 à 4 personnes** peuvent être constitués pour les autres rééducations.



Le libellé de l'acte précisera que les conditions d'exécution et les contre indications devront être conformes à l'avis de la HAS n° 2012.0037/AC/SEAP du 21 novembre 2012

avis de la HAS n° 2012.0037/AC/SEAP du 21 novembre 2012

La proposition consiste à inscrire à la Liste des actes et prestations un acte de réadaptation respiratoire pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique. Cet acte comprendrait trois dimensions : i) un réentraînement en endurance sur ergomètre (tapis ou vélo), ii) un renforcement musculaire et de la kinésithérapie respiratoire, iii) de l'éducation thérapeutique.

Cette proposition est cohérente avec les conclusions des différents travaux de la HAS sur ce sujet et cités ci-dessus, en particulier :

les documents de 2012 qui indiquent par ailleurs que :

- i) le masseur-kinésithérapeute contribue à la réhabilitation respiratoire (désencombrement bronchique, réentraînement des muscles inspiratoires, entraînement des muscles locomoteurs, réentraînement des membres inférieurs et supérieurs, exercices d'endurance avec ou sans oxygénothérapie, éducation thérapeutique) du patient atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive ou d'asthme sévère persistant,
- ii) le masseur-kinésithérapeute doit souscrire à des **obligations de formations et de moyens**, à savoir avoir les **compétences en réhabilitation respiratoire** et disposer de **matériel** de désencombrement bronchique et de réentraînement à l'exercice,
- iii) **l'éducation thérapeutique** doit être dispensée par des professionnels ou des structures **formés**.

NGAP : Article 5 - Rééducation des conséquences des affections respiratoires (modifié par les décisions UNCAM du 22/05/12 et du 16/04/18)

Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique et prise en charge individuelle comprenant :

- ↯ kinésithérapie respiratoire ;
- ↯ réentraînement à l'exercice sur machine ;
- ↯ renforcement musculaire ;
- ↯ **éducation à la santé.**
- ↯ Conditions d'exécution et contre-indications conformes aux avis de la Haute Autorité de santé en vigueur.
- ↯ Conditions de facturation : Prise en charge par l'assurance maladie pour Affection de Longue Durée « ALD » pour bronchopneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.

SO, WHAT ???....



Education pour la santé

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>

- **But** : *que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité.*

- **Abords** :

- * thèmes particuliers
- * publics particuliers
- * lieux de vie

- **Actions** :

- * campagnes de communication
- * mise à disposition d'informations validées
- * Actions éducatives de proximité

ETP : éducation thérapeutique du patient

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

↶ **ETP** : vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

↶ **2 dimensions :**

* **compétences d'autosoins** : Soulager les symptômes ; prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure ; adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement ; réaliser des gestes techniques et des soins ; mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.); prévenir des complications évitables ; faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ; impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

* **compétences d'adaptation** : Se connaître soi-même, avoir confiance en soi ; savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ; développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ; développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ; prendre des décisions et résoudre un problème ; se fixer des buts à atteindre et faire des choix ; s'observer, s'évaluer et se renforcer.

ETP : éducation thérapeutique du patient

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030135866&categorieLien>

L'arrêté du 14 janvier 2015 rend obligatoire la formation pour dispenser l'éducation thérapeutique auprès du patient : au minimum une formation de 40 h

« Les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'[article L. 1114-1 du code de la santé publique](#).

Un programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie.

Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin.

Les intervenants ainsi que le coordonnateur doivent justifier des compétences en ETP définies par l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. »

Solution(s)

- ↯ Demande à la HAS d'un programme d'ETP national servant de guide-line pour tous les professionnels de santé libéraux exerçant individuellement, qu'ils soient ou non titulaires de la formation.
- ↯ Réalisation d'un programme d'ETP pour les cabinets de groupe avec un intervenant médecin et au moins un kiné titulaire de l'attestation de formation.
- ↯ Regroupement en CPTS et dépôt d'un programme d'ETP suivi par tous les membres de la CPTS, même non titulaires de la formation.
- ↯ Application basique de la NGAP.
- ↯ Discussion en cours.....

CONCLUSION

IL EST URGENT D'ATTENDRE



EN PRATIQUE QU'ATTEND-ON DE NOUS ?

- **Prise en charge conditionnée** soit par :
 - Test à l'exercice (Efx) : idéal.
 - Au minimum, test à l'effort avec EVA : médicolégal.
- **Bilans au minimum** de ce qui est préconisé par le GTK de la SPLF

	Situation stable : bilan minimal	Situation stable : bilan optimal
Test de marche de 6 minutes	X	X
Force des muscles périph.	X	X
Évaluation de la dyspnée	X	X
Qualité de vie	X	X
Force des muscles respiratoires		X

EN PRATIQUE

► Bilan de la ventilation :

- Bilan morphostatique et dynamique : thorax, abdomen, Scapulum
- Poids/taille/ IMC/FR/SpO2 au repos

Evaluation de la force ventilatoire : **PIM-PEM**

valeurs de Pression quasi statique

reflet de la myopathie diaphragmatique

élément de base pour le suivi du patient : initiale, intermédiaire, finale

Evaluation de l'endurance diaphragmatique : **Spirotiger**

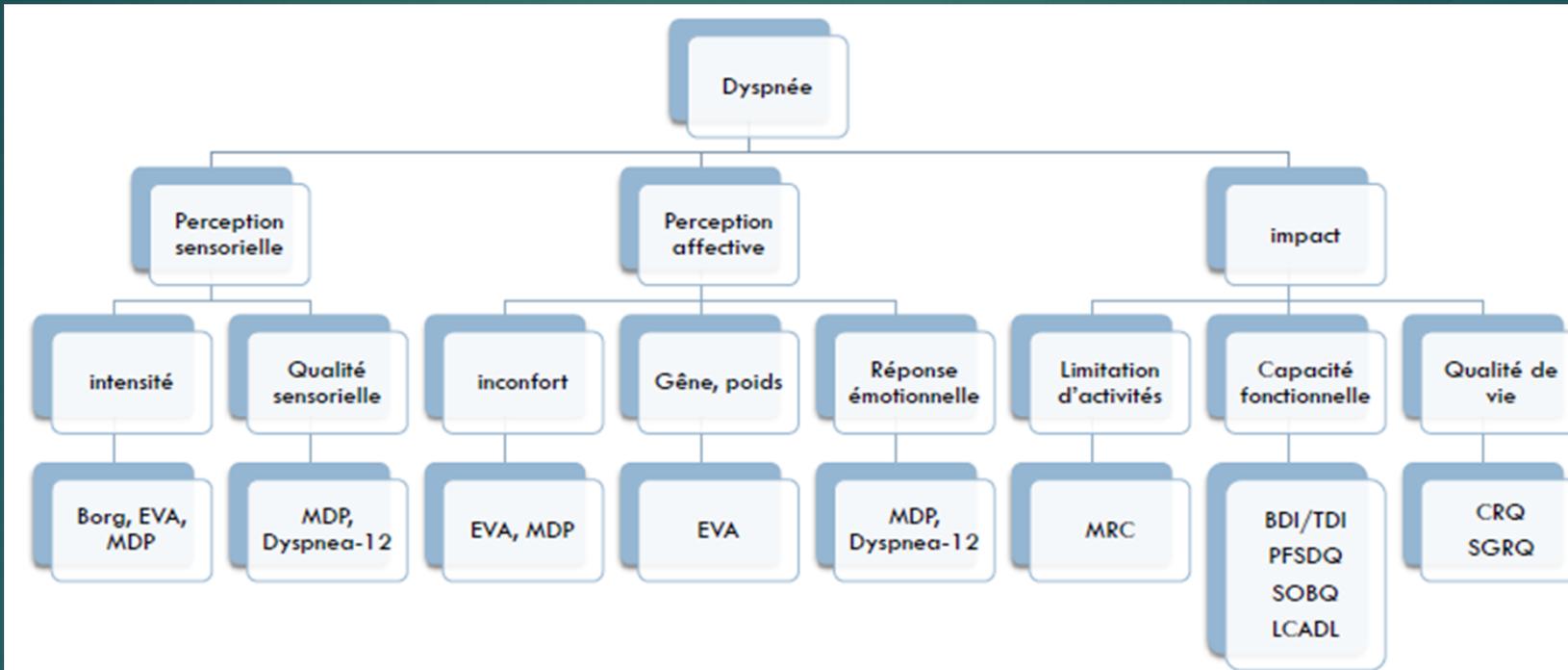
hyperpnée normocapnique

test incrémentiel inspi et expiratoire



EN PRATIQUE

► Bilan de la dyspnée :



Source : adapté de : Mahler et O'Donnell. *Dyspnea : Mechanism, measurement and management.* CRC Press. 2014

EN PRATIQUE

► Bilan de la dyspnée :

5 catégories:

- Questionnaires standardisés d'évaluation de la dyspnée au cours d'AVQ sur une période passée (Univ.of Calif.-San Diego Shortness of Breath Questionnaire (SOBQ) **MMRC**, **Sadoul**, De Garrod)
- Outils évaluant la dyspnée au moment du questionnaire (**EVAD**, **Borg**)
- Outils évaluant spécifiquement les capacités à l'effort (NYHA, **TM6**, **Stepper test**, **30'' Chair test**, **Stair test**)
- Outils évaluant le retentissement de la dyspnée sur la qualité de vie (St Georges, **CAT**, HRQL, CRDQ, **SF36**)
- Indice composite (**BODE**)

EN PRATIQUE

► Bilan fonctionnel :

St Georges Respiratory Questionnaire (SGRQ) :

auto administré

76 items, 3 domaines : symptômes, activité, impact de la maladie sur la vie quotidienne.

COPD Assesment Test (CAT) :

auto administré

court, simple, rapide et reproductible. 7 items, cotés de 0 à 5

VQ11 (Ninot, RMR 2010)

auto administré

11 questions, Spécifique BPCO, simple, rapide

Seul QDV avec des marqueurs fonctionnels, psychologiques et relationnels.

EN PRATIQUE

► Bilan fonctionnel : TDM6

La principale information de ce test est la mesure de la distance la plus grande que peut parcourir un sujet sur une surface plane en 6 minutes.

La réalisation du test ne requiert qu'un couloir d'au moins 30 mètres et ne nécessite ni équipement, ni formation technique particulière. De plus, la marche étant une activité familière de la vie quotidienne, le TM6 est un excellent test de terrain qui peut être réalisé à tous les stades de la maladie.

Ces nombreux avantages, sa valeur pronostique et sa sensibilité à objectiver les variations fonctionnelles en réponse à une intervention médicale dans les pathologies respiratoires et cardiaques en font un test incontournable

Abdel Kafi S, Deboeck G. Question 3-7. Le test de marche de six minutes en réhabilitation respiratoire. Rev Mal Respir 2005;22:7S54-7S8

EN PRATIQUE

► Bilan fonctionnel : TDM6

Evaluation globale de la capacité fonctionnelle à l'exercice :

- réponse cardio-vasculaire, respiratoire et musculaire
- capacité fonctionnelle des sujets à un niveau sous-maximal = AVQ.

Evaluation des effets de la réhabilitation respiratoire sur la capacité fonctionnelle :

- simple à effectuer
- bien toléré.
- très « sensible » à la réhabilitation.
- avant et après un programme de réhabilitation respiratoire, dans les mêmes conditions. (ATS, ERS).

EN PRATIQUE

► Bilan fonctionnel : TDM6 conditions de réalisation

En termes de sécurité, l'accès rapide à une équipe d'urgence-réanimation (via un téléphone) et à une oxygénothérapie doit être assuré.

Pour les sujets sous oxygène au long cours, on recommande d'administrer l'O₂ à son débit habituel et plus si prescription médicale.

Il est évident que ce débit doit être soigneusement noté afin de le maintenir lors des tests comparatifs. De la même manière, les traitements bronchodilatateurs doivent être consignés avec l'heure de prise.

EN PRATIQUE

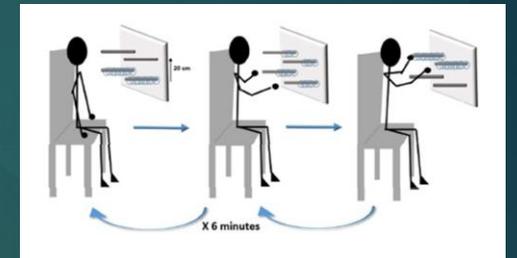
► Bilan des muscles périphériques

- MI : mesure de la force maximale de contraction isométrique
permet d'évaluer la myopathie/sujet sain (équation prédictive de Hogrel)
mesure de l'endurance (meilleur indice prédictif selon Préfaut)

- MS : mesure dynamométrique grip test : peu contributive
6 min pegboard and ring test

charges directes

Retentissement de l'activité des MS sur la ventilation spontanée :
test d'Epstein



CONCLUSION

IMPORTANCE DES BILANS

- ⇒ Importance du choix des outils d'évaluation
- ⇒ détermination des objectifs et choix des techniques
 - ⇒ objectivation de l'efficacité de la PeC
 - ⇒ justification // prescripteur et tutelles

CONSEQUENCES

- ⇒ Plateau technique minimal à posséder
- ⇒ Compétence minimale à acquérir

BIBLIO

Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO. Revue des Maladies Respiratoires Vol 22, N° 5-C3 - 2005 pp. 716-

Selleron B, Billet D. Parcours de soins BPCO, les guides et outils de la HAS. Kiné la Revue 2013; 13, 135 : 16-21.

Tableau de synthèse d'évaluation en fonction du statut clinique du patient, Recommandation pour la pratique Clinique, Rev Mal Resp 2010

Abdel Kafi S, Deboeck G. Le test de marche de six minutes en réhabilitation respiratoire. Rev Mal Respir 2005; 22 : 7S54-7S8.

Villiot-Danger JC. A stairclimbing test in COPD patients assessment. Rev Mal Resp 2009 ; 26(5):530-6.

Vaidya T, de Bisschop C, Beaumont M, et al. Is the 1-minute sit-to-stand test a good tool for the evaluation of the impact of pulmonary rehabilitation? Determination of the minimal important difference in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2016; 11: 2609–2616

Jones PW, Harding G, Berry P, et al. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J 2009 ; 34 : 648-654

BIBLIO

D. Bachassona, E. Villiot-Danger b, S. Vergesa, M.Hayotc, T. Perezd, A. Chambellane, B. Wuyama, Mesure ambulatoire de la force maximale volontaire isométrique du quadriceps chez le patient BPCO, *Revue des Maladies Respiratoires* 2014 ; 31 : 765—770.

Hogrel JY, Payan CA, Ollivier G. et col. Development of a French isometric strength normative database for adults using quantitative muscle testing. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2007; 88 (10) : 1289-97.

Zhan S, Cerny FJ, Gibbons WJ, Mador MJ, & Wu YW (2006). Development of an unsupported arm exercise test in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*; 26(3): 180-187.