



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation
Pays de la Loire
54, rue de la Baugerie - 44230 SAINT- SEBASTIEN SUR LOIRE

PLACE DU MASSEUR-KINESITHERAPEUTE DANS LA POST-
REHABILITATION RESPIRATOIRE DE PATIENTS ATTEINTS DE
BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE
APRES UN STAGE INITIAL

*A partir de l'expérience de deux centres de Réhabilitation Respiratoire interrogés
par entretiens semi-directifs.*

Audrey GUILLON

Travail Ecrit de Fin d'Etudes
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute
Année 2013-2014

REGION DES PAYS DE LA LOIRE



Remerciements

Je souhaite remercier :

Mon Directeur de Travail Ecrit et deux formateurs de l'institut pour leur investissement, leurs conseils avisés et leurs explications précieuses.

Les kinésithérapeutes interrogés pour avoir accepté de m'accorder une partie de leur temps, et pour avoir partagé leur expérience.

Un ami pour son soutien et son implication dans ma démarche.

Ma famille pour le soutien et les encouragements qu'elle a toujours su m'apporter.

Résumé

En vue du maintien des acquis, les recommandations actuelles préconisent la mise en place d'un suivi post-réhabilitation respiratoire pour les patients atteints de Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) après un stage initial, sans pourtant préciser la spécificité d'intervention du masseur-kinésithérapeute. Cette observation fut le point de départ de ce mémoire. Quelle est alors la place du masseur-kinésithérapeute dans ce suivi? Une enquête par entretiens semi-directifs auprès de deux masseurs-kinésithérapeutes experts a été réalisée pour répondre à ce questionnement. Les données recueillies ont souligné l'organisation de la prise en charge masso-Kinésithérapique du patient atteint de BPCO pour son suivi post-réhabilitation respiratoire et des difficultés de prise en charge auxquelles le masseur-kinésithérapeute est confronté. Elles ont aussi éclairé différents rôles qui lui sont attribués (éducateur, rééducateur, soignant et évaluateur) et permis d'appréhender la transmission de l'information dans le cadre du suivi du patient.

Abstract

Current guidelines recommend the establishment of a post-pulmonary rehabilitation monitoring for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) after an initial training period, without however specifying the specific intervention of the physiotherapist. This observation was the starting point of this thesis. Thus, what is the place of the physiotherapist in the post-pulmonary rehabilitation for patients with COPD? The data gathered enabled to highlight the structure of the management care of physiotherapy patients for COPD in the post-pulmonary rehabilitation. It showed the management difficulties that the physiotherapist faces. The data also shed light on the different roles assigned to the physiotherapist (educator, therapist, caregiver and assessor) and allowed us to understand how the information is transmitted during the follow-up of the patient.

Mots clés:

Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive / Maintien des acquis/ Masseur-Kinésithérapeute/ Réhabilitation respiratoire/ Transmission d'informations.

Key words:

Chronic Obstructive Pulmonary Disease/ Maintenance of benefits/ Physiotherapist/ Pulmonary Rehabilitation/ Transmission of information.

Sommaire

1. Introduction	1
2. Cadre théorique	2
2.1. La BPCO aujourd’hui : définition et données épidémiologiques.....	2
2.1.1. Qu’est ce que la BPCO ?	2
2.1.2. Quelle population est touchée par la BPCO ?.....	2
2.2. Le patient atteint de BPCO : facteurs de risque et tableau clinique	3
2.2.1. Les facteurs de risque de la BPCO	3
2.2.2. Quels symptômes, quels signes cliniques pour la BPCO ?	3
2.3. La réhabilitation respiratoire pour le patient atteint de BPCO	5
2.4. Le masseur kinésithérapeute acteur de la réhabilitation respiratoire.....	7
2.5. Le maintien des acquis : la post-réhabilitation	8
3. Matériel et méthode.....	10
3.1. L’enquête compréhensive par entretiens semi-directifs	10
3.2. La sollicitation de masseurs-kinésithérapeutes experts	10
3.2.1. Choix des établissements contactés	10
3.2.2. Choix des personnes interrogées	11
3.2.3. Prise de contact et planification des entretiens	12
3.3. Le guide d’entretien : fil rouge du recueil de données	12
3.4. Les entretiens	14
3.5. Les moyens de recueil et d’analyse des données.....	14
4. Résultats.....	15
4.1. Le parcours du patient en post-réhabilitation respiratoire	15
4.1.1. Le masseur-kinésithérapeute et la prescription de séances.....	15
4.1.2. Le masseur-kinésithérapeute face aux contraintes liées au patient	16
4.2. Le masseur-kinésithérapeute : différents visages pour un même objectif.....	17
4.2.1. Le masseur-kinésithérapeute en position d’éducateur	17
4.2.2. Le masseur-kinésithérapeute rééducateur et soignant.....	17
4.2.3. Le masseur-kinésithérapeute évaluateur	18
4.3. Le masseur-kinésithérapeute et le partage d’informations entre soignants.....	19
4.3.1. La relation entre le lieu de réalisation du stage initial et le masseur-kinésithérapeute libéral.....	19
4.3.2. La relation entre les professionnels de santé dans le suivi.....	20
4.3.3. Faire face aux difficultés : des accords entre professionnels, prestataires et associations.....	21
5. Discussion.....	22
5.1. Méthodologie	22
5.1.1. Points forts de la méthode	22
5.1.2. Points faibles et limites de la méthode.....	23

5.2.	Discussion sur les résultats	24
5.2.1.	Masseur-kinésithérapeute : des qualités au service d'une adaptation	24
5.2.2.	Suivi ponctuel ou suivi en continu ?	25
5.2.3.	L'intégration des télécommunications.....	26
5.2.4.	Une transmission unidirectionnelle des informations	26
5.2.5.	La question du réseau de santé	27
5.3.	L'émergence d'hypothèses.....	29
5.4.	Apports du travail écrit.....	29
6.	Conclusion.....	30
	Références bibliographiques et autres sources	
	Annexes	

1. Introduction

Dans le cadre de ma formation initiale, la réalisation d'un stage en centre de réhabilitation respiratoire auprès de patients atteints principalement de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) a été une expérience riche d'apprentissage. En effet, la chronicité de cette pathologie implique une prise en charge centrée sur le patient afin de l'aider à mieux vivre avec sa pathologie, et non plus de chercher à traiter les symptômes en vue d'une guérison. Cet aspect de la prise en charge masso-kinésithérapique fut une première expérience dans mon parcours de future professionnelle et m'a donc permis de me questionner afin d'appréhender au mieux la prise en charge de patients atteints de BPCO.

Les différentes prises en charge réalisées au cours de ce stage ont donné lieu à un travail sur une série de cas cliniques suivant un programme de quatre semaines en réhabilitation respiratoire. Des recherches dans la littérature menées en parallèle de ce travail ont alors soulevé un questionnement concernant le maintien des acquis et donc l'avenir post-réhabilitation respiratoire pour ces patients :

- Quels patients peuvent bénéficier d'un suivi post réhabilitation respiratoire ?
- Dans quelles conditions cette prise en charge est-elle mise en place ?
- Comment s'organise-t-elle ?
- Le masseur-kinésithérapeute peut-il intervenir dans cette prise en charge ?
- Quels sont alors ses missions ?
- Comment intervient-il ?
- Quelles difficultés peuvent apparaître ?

En effet, si les recommandations des différentes sociétés savantes françaises et internationales indiquent précisément les modalités de prise en charge des patients porteurs de BPCO au cours de leur réhabilitation respiratoire et soulève la pertinence de la mise en place d'un suivi thérapeutique post réhabilitation, elles ne précisent pas les modalités de réalisation de cette prise en charge, notamment du point de vue masso-kinésithérapique. Une problématique émerge donc aujourd'hui :

Comment le masseur-kinésithérapeute intervient-il dans le suivi de patients atteints de BPCO alors que les recommandations ne précisent pas la spécificité de son rôle au sein de cette prise en charge pluridisciplinaire ?

Mon travail s'est alors réorienté sur cette nouvelle perspective au moyen d'une enquête par entretiens semi-directifs. L'objet de ce mémoire est donc de déterminer le rôle du masseur-kinésithérapeute dans le suivi post réhabilitation respiratoire de patients atteints de BPCO, par la réalisation de deux entretiens auprès de masseurs-kinésithérapeutes experts

exerçant dans des établissements proposant la réhabilitation respiratoire. Il s'agit ainsi de s'interroger sur la place du masseur-kinésithérapeute dans le suivi du patient porteur de BPCO après un stage initial de réhabilitation respiratoire en structure.

2. Cadre théorique

2.1. La BPCO aujourd'hui : définition et données épidémiologiques

2.1.1. Qu'est ce que la BPCO ?

La BPCO est une affection multifactorielle. Elle s'inscrit dans les pathologies chroniques qui « altèrent la qualité de vie, et entraînent un handicap fonctionnel, physique et social » (1) et apparaît donc comme une maladie complexe tant dans sa description que dans sa prise en charge.

Sa définition la plus récente, proposée en 2010 par la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) est :

« La BPCO est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. La cause la plus fréquente est le tabagisme. Cette obstruction est causée par l'association, variable selon les patients, d'une diminution du calibre des bronchioles du fait de modifications anatomiques (remodelage) et d'une destruction des alvéoles pulmonaires (emphysème). Il s'y associe une réponse inflammatoire pulmonaire anormale à des toxiques inhalés (tabac, polluants...). » (2)

Elle peut être complétée par celle de La Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) qui précise le caractère non réversible de l'atteinte respiratoire de cette maladie, contrairement à l'atteinte musculaire périphérique. (3) La complexité de la BPCO amène ainsi une prise en charge globale, centrée non plus sur le symptôme mais sur le patient lui-même.

2.1.2. Quelle population est touchée par la BPCO ?

La BPCO touche principalement des adultes, hommes et femmes, de plus de 40 ans. Si les hommes sont plus majoritairement atteints que les femmes, représentant 60% de la population touchée par cette maladie, l'incidence chez les femmes est aujourd'hui en augmentation tandis qu'elle semble constante chez les hommes. (4) Cette tendance est liée en grande partie à l'augmentation du tabagisme, notamment chez les femmes. Par ailleurs, la prévalence de la BPCO augmente constamment en France et dans le monde depuis vingt ans. Ainsi 7,5% de la population française est actuellement touchée par cette maladie (5) et près de 64 millions dans le monde, d'après les chiffres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2004. (6)

En 2006, 7391 décès ayant pour cause initiale la BPCO ont été répertoriés en France chez les plus de 45 ans, portant ainsi les taux brut de mortalité due à la BPCO à 41/100 000 chez les hommes et 17/100 000 chez les femmes. (5) La BPCO est actuellement la 5^{ème} cause de décès en France et la 4^{ème} dans le monde (7) après les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et les infections des voies respiratoires inférieures. Elle pourrait devenir la 3^{ème} cause de décès dans le monde d'ici 2030. (6) Au vu de ces chiffres et de leur évolution estimée, la BPCO apparaît donc aujourd'hui comme un enjeu de santé publique indéniable.

2.2. Le patient atteint de BPCO : facteurs de risque et tableau clinique

2.2.1. Les facteurs de risque de la BPCO

La BPCO se définit comme une maladie multifactorielle, tant liée à des facteurs de risques endogènes qu'exogènes.

Le tabagisme, impliqué dans plus de 80% des cas de BPCO diagnostiqués, représente le facteur de risque principal pour cette affection. (8) Qu'elle soit professionnelle (silice, poussière de charbon) ou domestique (pollution urbaine, fumées domestiques), l'exposition aux toxiques et aux irritants augmente également le risque d'être touché par la BPCO. Ainsi, cette pathologie peut, dans certaines circonstances et suivant le diagnostic établi par le médecin ou le pneumologue, être reconnue comme une maladie professionnelle.

D'autres facteurs de risques exogènes tels que le statut socioprofessionnel et les antécédents d'infections respiratoires sont évoqués concernant la BPCO. (9) L'âge, les naissances prématurées, l'apparition d'une hyperactivité bronchique ou de reflux gastro-oesophagiens sont des facteurs de risque endogènes mis en cause. (8) (10) Des études ont par ailleurs démontré un facteur génétique de prédisposition au développement de la BPCO, représenté par l'allèle codant pour un déficit en protéine alpha-1 antitrypsine. (11)

2.2.2. Quels symptômes, quels signes cliniques pour la BPCO ?

La maladie d'un sujet peut être caractérisée par son stade de sévérité, fonction du niveau d'atteinte de la fonction respiratoire selon la classification spirométrique de la BPCO (Tableau I).

Tableau I : Classification spirométrique de la BPCO en stade de sévérité

Classification de la BPCO en stades de sévérité	
Stade I : léger	VEMS \geq 80 % valeur prédite
Stade II : modéré	50 % \leq VEMS < 80 % valeur prédite
Stade III : sévère	30 % \leq VEMS < 50 % valeur prédite
Stade IV : très sévère	VEMS < 30 % valeur prédite ou VEMS < 50 % valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique grave
La valeur prédite est définie par des abaques, prenant en compte l'âge, le sexe, la taille et l'origine ethnique.	

La présence d'une toux et d'expectorations chroniques sont possibles à tous les stades de sévérité. La dyspnée présente également différents stades, évaluables au moyen de l'échelle Medical Research Council scale (MRC) également appelée échelle de Sadoul, ou sa version modifiée en langue française (MMRC) ¹. (2) Si l'intensité des symptômes n'est pas toujours corrélée avec le stade de sévérité de la BPCO, il existe généralement une correspondance entre le stade de sévérité, et l'intensité de la dyspnée du patient. (2)

Si au stade I les symptômes sont peu ou pas présents, ne permettant pas au sujet de déceler ses dysfonctionnements respiratoires, le stade II en marque généralement la prise de conscience par des symptômes plus marqués ou l'apparition d'une exacerbation. (10)

Au stade III de la classification spirométrique, les patients sont considérés comme insuffisants respiratoires chroniques graves. Ils peuvent alors souffrir d'hypoxémie et d'hypercapnie. (8) Les patients de stade IV présentent quant à eux, des risques de développer une insuffisance cardiaque droite. (10)

Fondée sur les travaux de Young (1983), la spirale de la dyspnée (Figure 1) schématise le déconditionnement physique progressif qui touche les patients atteints de BPCO, impliquant alors des répercussions à différents niveaux et une réelle altération de la qualité de vie.

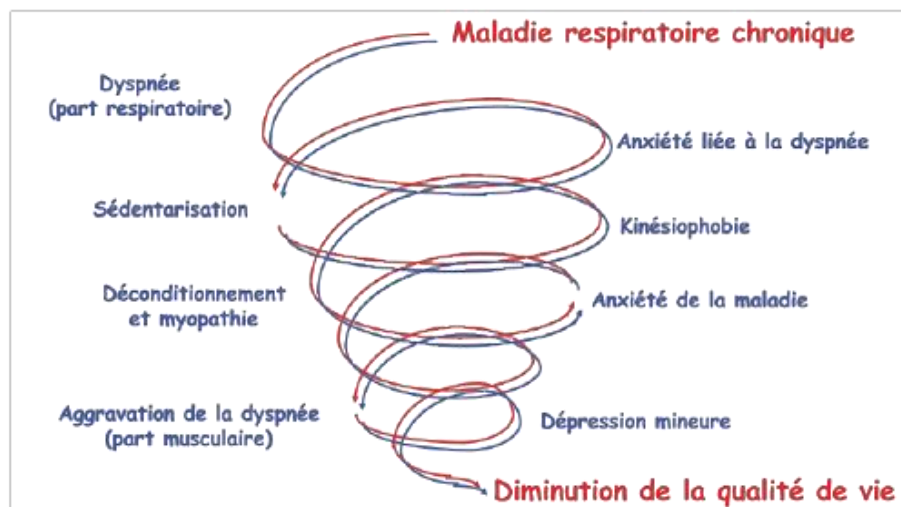


Figure 1 : Spirale de la dyspnée et du déconditionnement psychosocial (Préfaut, Ninot, 2009)

La BPCO touche en premier lieu l'appareil respiratoire, mais altère également la fonction musculaire, provoquant des modifications de la structure des muscles périphériques et respiratoires. L'ensemble de ces atteintes engendre un impact psychologique et des répercussions sur les activités du sujet ainsi que son intégration sociale.

¹ ECHELLE MMRC : Stade 0 : dyspnée pour des efforts soutenus (montée 2 étages). Stade 1 : dyspnée lors de la marche rapide ou en pente. Stade 2 : dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge. Stade 3 : dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat. Stade 4 : dyspnée au moindre effort.

Le tableau Clinique du patient atteint de BPCO peut être dressé selon les caractéristiques suivantes : (2) (3) (12) (Tableau II)

Tableau II : Tableau Clinique des différentes atteintes du patient souffrant de BPCO :

Déficits de structures	Déficits de fonctions	Limitation d'activité	Restriction de participation
Trouble ventilatoire obstructif : Obstruction des bronches Inflammation du parenchyme pulmonaire Diminution de l'élasticité pulmonaire (emphysème) Destruction alvéolaire	Respiratoire : Diminution des échanges alvéolaires Diminution des débits respiratoires Musculaire (périphérique) : Fatigabilité musculaire (perte d'endurance)	Dyspnée Diminution de la tolérance à l'effort Diminution des capacités d'exercices	Difficultés dans la reprise d'activités professionnelles, d'activités physiques et de loisirs Sédentarité Altération de la qualité de vie
Modifications structurales des muscles périphériques : Augmentation de la proportion de fibres de type IIb. Diminution de capillarité des fibres musculaires Atrophie musculaire	Diminution de la force musculaire Musculaire (Respiratoire) : Augmentation de la capacité d'endurance des inspireurs		Isolement
Modifications structurales des muscles respiratoires: Augmentation de la proportion de fibres de types I et IIa pour le diaphragme Augmentation de la capillarité des inspireurs	Diminution de la force en pression du diaphragme Diminution de la capacité d'endurance des expirateurs		

2.3. La réhabilitation respiratoire pour le patient atteint de BPCO

La réhabilitation respiratoire représente une pratique médicale essentielle dans la prise en charge des patients atteints de BPCO. Elle est définie par la SPLF comme étant :

« Un ensemble de moyens proposés au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique pour réduire le handicap et améliorer la qualité de vie. La réhabilitation a pour objectif principal de maintenir dans la durée un niveau d'activités physiques quotidiennes jugées nécessaire à la santé physique et psychique du patient, de façon à diminuer les conséquences systémiques de la maladie et les coûts de santé. » (2)

L'American Thoracic Society (ATS) et l'European Respiratory Society (ERS) intègrent la notion de multidisciplinarité intrinsèque à la réhabilitation respiratoire au sein de leur définition établie en 2006. (13)

Selon les recommandations de la SPLF, mises à jour en 2009, la réhabilitation respiratoire pour les sujets souffrant de BPCO comprend différentes composantes (2) (Annexe 1) (14):

- « Dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire, un réentraînement des membres inférieurs doit être réalisé chez le malade atteint de BPCO (G1+). »
- « Il doit être proposé d'associer des exercices d'endurance et de force des membres inférieurs (G2+). »
- « Il est proposé d'associer au réentraînement des membres inférieurs un réentraînement des membres supérieurs (G2+). »
- « Dans un stage de réentraînement musculaire, il est recommandé d'inclure un réentraînement des muscles inspiratoires chez les patients présentant une diminution objective de la force des muscles respiratoires (G1+). »
- « Il est recommandé de mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique, partie intégrante de la réhabilitation respiratoire (G1+). »
- « Il est recommandé de proposer au sein d'un programme de réhabilitation des techniques de groupe de parole ou cognitivo-comportementales dans la prise en charge psychologique des patients BPCO, dans le but de réduire la souffrance psychique des patients et indirectement de leur entourage (G2+). »
- « Si le sevrage du tabagisme n'est pas obtenu au préalable, il est indispensable de l'incorporer au stage de réhabilitation respiratoire (G1+). »

La kinésithérapie respiratoire, un suivi nutritionnel et une prise en charge sociale sont également recommandés par la SPLF. (12)

De nombreuses études ont permis de fonder l'intérêt de la réhabilitation respiratoire chez le patient souffrant de BPCO notamment pour la diminution de la dyspnée et l'amélioration de la qualité de vie (Recommandations de grade 1A), la réduction des coûts de santé et du nombre d'hospitalisations (Recommandations de grades 2C et 2B) et les bénéfices apportés sur le plan psychosocial (Recommandation de grade 2B) (15) (Annexe 1). Par ailleurs, la réhabilitation respiratoire est reconnue comme étant un dispositif efficace et recommandé pour la prise en charge des patients atteints d'une BPCO stable. (16)

La réhabilitation respiratoire présente des indications et contre-indications spécifiques (12) (13) (Tableau III). Elle peut être réalisée dans différents lieux (en hospitalisation, en ambulatoire, au domicile), restant efficace quel qu'il soit.

Tableau III : Indications et contre-indications à la réhabilitation respiratoire pour un patient atteint de BPCO.

Indications	Contre-indications
Sujet souffrant de BPCO présentant un handicap respiratoire, une limitation d'activité ou une incapacité respiratoire évaluable, en état stable ou en exacerbation	<p>Au réentraînement à l'effort : troubles cardiovasculaires ou d'instabilité de l'état respiratoire</p> <p>Autres contre-indications : Réductions de mobilité (de causes orthopédiques ou neurologiques)</p> <p>Troubles psychiatriques</p>

2.4. Le masseur kinésithérapeute acteur de la réhabilitation respiratoire

D'après l'Article D.6124-177-33 du Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, au paragraphe 7 concernant les Conditions particulières à la prise en charge spécialisée des affections respiratoires: « *L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins des compétences de masseur-kinésithérapeute.* » (17) Le masseur-kinésithérapeute joue donc un rôle majeur dans la prise en charge du patient en stage de réhabilitation respiratoire. (18)

Cette notion est réaffirmée dans la partie Dispositions réglementaires de la réhabilitation respiratoire de l'ouvrage « La Réhabilitation du malade respiratoire chronique » de C. PREFAUT et G. NINOT. (19) Ici, les compétences d'un masseur-kinésithérapeute sont répertoriées en compétences non médicales obligatoires dans le cadre de la réhabilitation respiratoire.

Dans l'objectif d'amélioration de la dyspnée, il tient un rôle primordial, par le désencombrement bronchique, l'utilisation et l'enseignement de l'augmentation du flux expiratoire, (12) l'apprentissage de la ventilation dirigée abdomino-diaphragmatique et le renforcement des muscles inspiratoires qui sont des composantes spécifiques de kinésithérapie respiratoire, inscrites dans son champ de compétences. (9)

Le masseur-kinésithérapeute intervient dans le réentraînement des muscles des membres inférieurs et supérieurs et dans le réentraînement des muscles locomoteurs en force et en endurance. Il est acteur dans le réentraînement à l'exercice du patient qui constitue la composante première de la réhabilitation respiratoire, (9) principalement réalisée en endurance sur cycloergomètre ou sur tapis. Pour être déléguée au masseur-kinésithérapeute, cette intervention fait l'objet d'une prescription médicale après réalisation d'un bilan initial par un médecin qualifié. Elle nécessite par ailleurs une évaluation médicale régulière. (1)

Dans le cadre de la réhabilitation respiratoire du patient atteint de BPCO, le masseur-kinésithérapeute participe à l'éducation thérapeutique dispensée par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire qui se veut indissociable du réentraînement à l'exercice. (1) (2) (9) Il peut également proposer des activités complémentaires telles que la relaxation ou la gymnastique médicale (3) qui font partie de son champ de compétences.

Le masseur-kinésithérapeute collabore avec le médecin pour les évaluations initiales et finales du stage de réhabilitation respiratoire, (3) notamment pour :

- L'évaluation de la qualité de vie au moyen de questionnaires.
- L'évaluation de la dyspnée par des échelles.
- La mesure de la force musculaire maximale (RM).
- La réalisation d'un test de marche de 6 minutes (TDM6), composante souhaitable dans l'évaluation initiale selon les Recommandations de la SPFL publiées en 2005

(2) et le paragraphe Les moyens matériels de la réhabilitation respiratoire dans l'ouvrage « La Réhabilitation du malade respiratoire chronique » de C. PREFAUT et G. NINOT. (19)

Dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire en ambulatoire, l'intervention du masseur-kinésithérapeute est inscrite à la liste des actes remboursés par l'assurance maladie depuis le 21 Novembre 2012 (20), suite aux conclusions de la HAS dans son « Guide du Parcours de Soins – Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive » de 2012. (9)

Le masseur-kinésithérapeute se soumet à des obligations de moyens matériels et de formations en matière de réhabilitation respiratoire afin d'être acteur de cette prise en charge, spécifiquement pour le réentraînement à l'exercice, pour le désencombrement bronchique et pour l'éducation thérapeutique commune à tous les professionnels intervenant dans ce champ d'action. (9) (20)

2.5. Le maintien des acquis : la post-réhabilitation

Bien que l'efficacité de la réhabilitation respiratoire soit reconnue, le maintien des acquis à long terme pose aujourd'hui question. Différentes études mettent en lumière la perte progressive des acquis suite à un stage initial de réhabilitation respiratoire. (21) En effet, selon une revue de la littérature, les bénéfices liés à la tolérance à l'effort et à la qualité de vie relative à la santé (HRQoL) persistent 10 à 12 mois après un stage de réhabilitation respiratoire puis diminuent. Les bénéfices liés à la dyspnée ne perdurent quant à eux, que 4 à 6 mois après un programme initial de RR. (22)

La dégradation de ces composantes est liée à des difficultés de changement de comportement en matière d'activité physique, d'adhérence au programme de maintien d'une activité physique régulière, à la progression d'affections ou de comorbidités ou encore à la survenue d'exacerbations. Le patient entre alors dans une phase de réactivation de la spirale de déconditionnement physique (Figure 1). (19) (23)

Suite aux différentes stratégies de suivi post-réhabilitation étudiées dans l'ouvrage « La réhabilitation du malade respiratoire chronique » de C.PREFAUT et G.NINOT, il est affirmé que « *la majorité des travaux amène à penser qu'un suivi de la phase initiale de réhabilitation, la post-réhabilitation, est nécessaire afin non seulement de maintenir les bénéfices mais aussi de les consolider face à la chronicité de la maladie.* » (19)

Les recommandations actuelles des sociétés savantes françaises s'accordent elles aussi sur ce point :

→ « *Il est recommandé d'entretenir les bénéfices acquis (activités physiques, observance au traitement, projets de vie, diététique) de la réhabilitation respiratoire au delà du stage initial (G1+), pendant plusieurs années (G2+), et toute la vie durant.* » (2) (Annexe 1)

→ « *Après avoir fait un stage de réhabilitation respiratoire, le suivi à court puis long terme est recommandé pour maintenir les acquis.* » (9)

Cependant, une publication de deux associations américaines (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, American College of Chest Physicians) déclare que les stratégies de maintien post-réhabilitation ont des effets modérés à long terme. (Recommandation de Grade 2C) (15)

Des recommandations concernant le suivi post-réhabilitation respiratoire pour des patients atteints de BPCO ont été établies par la SPLF (2) (Annexe 1) :

- « *Il est recommandé de poursuivre à vie, une activité physique régulière, choisie par le patient, au moins trois fois par semaine, durant 30 à 45 minutes, à une intensité « suffisante » (seuil de dyspnée), au mieux de façon autonome et dans des associations de patients et/ou de loisirs (G1+), avec des exercices de renforcement musculaire, d'équilibre et de souplesse.* »
- « *Il est recommandé de poursuivre de façon continue lors des différentes visites de suivi médical et paramédical, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement psychosocial et la diététique.* »
- « *Il est recommandé que les différents professionnels prenant en charge les patients BPCO travaillent de façon coordonnée (accord professionnel).* »
- « *Il est recommandé que le suivi soit effectué à une fréquence adaptée au statut du patient, avec réalisation au moins une fois par an d'un test de marche de 6 minutes (accord professionnel).* »

Aucune modalité de lieu n'est préconisée. Les structures de soins et les praticiens libéraux peuvent avoir un rôle dans ce suivi post-réhabilitation au même titre que les réseaux de santé et les associations de patients (2) (9) (19) tout en favorisant une autonomie optimale du patient.

Au même titre que le stage initial de réhabilitation respiratoire, le suivi post-réhabilitation du patient atteint de BPCO se veut pluridisciplinaire. (9) (24) (22) Il est recommandé que l'ensemble des intervenants soit formé à la réhabilitation respiratoire. (2) (9) Le masseur-kinésithérapeute, précisément de ville, semble être un acteur du suivi à long terme des sujets souffrant de BPCO non autonomes au sortir d'un stage initial de réhabilitation. (24)

En s'appuyant sur une étude (25), l'ATS et l'ERS affirment que la répétition de stages de réhabilitation respiratoire ne présente pas d'intérêt à long terme, reproduisant seulement les effets à court terme du premier stage. (13)

3. Matériel et méthode

3.1. L'enquête compréhensive par entretiens semi-directifs

L'enquête présente un intérêt majeur dans le recueil de données dans le cadre du questionnement posé dans ce travail. En effet, il permet d'interroger des intervenants de terrain afin d'éclairer la problématique dégagée suite à une investigation préalable de la littérature.

Deux possibilités s'offrent à l'enquêteur : l'enquête par questionnaire et l'enquête par entretien. Le choix porté sur cette dernière répond à deux critères déterminants :

- L'entretien, par la possibilité d'échange direct avec l'interlocuteur, se veut plus pertinent dans la quête de données qualitatives recherchées par ce travail. En effet, l'interaction recherchée dans le cadre de l'entretien favorise l'instauration d'une discussion.
- Bien que répondant à une rigueur méthodologique, par la préparation d'un guide rigoureusement établi selon les concepts et notions répertoriés au préalable, l'entretien laisse une possibilité d'adaptation. Que ce soit par reformulation des questions dans le cas d'une compréhension différente de celles-ci par l'enquêteur et l'interlocuteur, ou par un ajout de questions nouvelles soulevées par les réponses de la personne interrogée au fur et à mesure de l'entretien, l'enquêteur bénéficie d'un certain degré de liberté.

Par ailleurs, Blanchet et Gotman expliquent que « *L'entretien s'impose chaque fois que l'on ignore le monde de référence ou que l'on ne veut pas décider à priori du système de cohérence interne des informations recherchées.* » (26) Ceci correspond au cadre de ce travail, faisant donc apparaître l'entretien comme un outil pour répondre aux objectifs recherchés.

Les entretiens se sont orientés vers une forme semi-directive, dans le but de laisser une liberté de discours à l'interviewé, tout en s'inscrivant dans un cadre. Ce cadre s'avère donc délimité par l'enquêteur lors de l'élaboration de son guide d'entretien, mais flexible quant aux données apparaissant au cours des entretiens, qui peuvent alors faire naître de nouvelles questions posées dans une ambiance conversationnelle.

3.2. La sollicitation de masseurs-kinésithérapeutes experts

3.2.1. Choix des établissements contactés

La recherche d'établissements proposant la réhabilitation respiratoire dans le grand Ouest de la France a été réalisée à l'aide de l'annuaire de la SPLF. (27) La première structure

contactée a été définie par son importance dans l'ouest de la France. Le second établissement retenu a été choisi pour sa proximité avec l'institut, localisé dans la même agglomération.

Par ailleurs, établissement sollicité concentre le programme de réhabilitation respiratoire en un stage de trois à quatre semaines en hospitalisation complète, ou en hospitalisation de jour d'une durée de quatre à six semaines.

Le programme de réhabilitation respiratoire mis en place par le second établissement choisi présente une singularité qui a constitué un facteur de choix supplémentaire. En effet, le stage initial est réalisé en deux temps : un stage d'initiation en hospitalisation de jour à raison de deux demi-journées par semaine durant trois semaines ; puis une suite du programme auprès d'un masseur-kinésithérapeute libéral.

3.2.2. Choix des personnes interrogées

Ici encore, deux possibilités se présentent à l'enquêteur. Il peut interroger des masseurs-kinésithérapeutes pratiquant eux même la prise en charge des patients atteints de BPCO au sortir d'un stage initial. Il peut également s'adresser à des intervenants de la structure pratiquant la réhabilitation respiratoire et donc prenant en charge le patient au cours de son stage initial.

Cette seconde option a été choisie pour les raisons suivantes :

- Les masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans la structure de réhabilitation respiratoire sont en amont de la post-réhabilitation et donc, peuvent expliciter leurs attentes quant à la prise en charge pour le maintien des acquis.
- Egalement, en exerçant dans la structure de réalisation du stage initial, ils sont informés de l'organisation mise en place par l'établissement pour la suite de la prise en charge des patients au terme de leur réhabilitation respiratoire.

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants :

- Masseur-kinésithérapeute exerçant dans un centre de réhabilitation respiratoire depuis minimum 5 ans.
- Masseur kinésithérapeute formé à la réhabilitation respiratoire.
- Service de réhabilitation respiratoire d'une structure de l'Ouest de la France.

Le critère d'inclusion de proximité se voulait souhaitable pour favoriser la possibilité d'une rencontre directe avec les interlocuteurs. Cette composante n'a finalement pas été réalisable. Une rencontre n'a pas pu être organisée, l'une des personnes interrogées exerce en effet à près de 300 kilomètres de l'institut de formation. Cependant, le critère de proximité des lieux d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes sollicités (grand Ouest de la

France) a été conservé dans l'optique d'une pratique professionnelle Masso-Kinésithérapique future sur ce territoire. Ainsi, cette étude vise à être formatrice pour un projet d'exercice.

Les critères d'exclusion établis sont les suivants :

- Masseur-kinésithérapeute non formé à la réhabilitation respiratoire.
- Masseur-kinésithérapeute exerçant en réhabilitation respiratoire depuis moins de 5 ans.
- Structures du reste du territoire français proposant la réhabilitation respiratoire.

3.2.3. Prise de contact et planification des entretiens

Le premier kinésithérapeute a été contacté par courrier électronique afin de déterminer un horaire favorable à la réalisation d'un entretien téléphonique. La distance séparant le centre où celui-ci exerce, de l'institut est trop importante pour établir un entretien de visu. Le second masseur-kinésithérapeute a été contacté par téléphone, directement sur son lieu d'exercice. Il a ainsi été convenu d'un rendez-vous sur son lieu de travail afin de réaliser l'entretien.

Lors de la prise de contact, les masseurs-kinésithérapeutes sollicités ont été informés du sujet de l'entretien et du cadre de réalisation constitué par le travail écrit de fin d'études. Ils n'ont cependant pas reçu d'informations supplémentaires, afin de ne pas créer de biais préalables à l'entretien.

Il a été décidé de réaliser les entretiens sur le temps du déjeuner, selon la volonté des masseurs-kinésithérapeutes contactés, afin de ne pas perturber leur journée de travail. Il leur a été annoncé une durée approximative de 30 minutes d'entretien, cela pour faciliter l'organisation et la planification de leur temps.

3.3. Le guide d'entretien : fil rouge du recueil de données

Le guide d'entretien (*Annexe 2*) a été élaboré autour du sujet de ce travail en s'intéressant à quatre axes déterminés à partir de la problématique et du questionnaire initial mis en relation avec les recommandations de la SPLF concernant la post-réhabilitation respiratoire (2). Les premières questions posées à l'interlocuteur lui permettent de se présenter et de retracer succinctement son parcours professionnel. Ce questionnaire initiant l'entretien vise à établir un climat de confiance entre l'enquêteur et la personne interrogée. Il permet également à l'enquêteur de contextualiser l'expérience du professionnel sur laquelle repose son discours, ceci afin de mieux appréhender le sens des données recueillies.

Les masseurs-kinésithérapeutes interrogés sont ensuite amenés à répondre à des questions en liens avec les thèmes choisis pour répondre à la problématique, à savoir :

- Les modalités de sollicitation du masseur-kinésithérapeute. (6 questions)
- Le rôle du masseur-kinésithérapeute. (2 questions)
- Les difficultés rencontrées par la structure et le masseur-kinésithérapeute. (2 questions)
- La communication mise en place entre le coordinateur de la post-réhabilitation, les intervenants et le lieu de réalisation du stage initial. (2 questions)

Les questions retenues pour constituer le guide d'entretien sont les suivantes :

- Les patients sortants bénéficient-ils tous d'une prescription pour des séances de masso-kinésithérapie ?
(Dans le cas d'une réponse négative : Sur quels critères sont déterminés les besoins d'une prise en charge post réhabilitation respiratoire en masso-kinésithérapie ?)
- A quel masseur-kinésithérapeute est adressé le patient pour son suivi ? Comment est établi ce choix ?
- Que contient la prescription pour des séances de masso-kinésithérapie en post-réhabilitation respiratoire de patients souffrant de BPCO ?
- La prescription prend-elle effet dès la sortie ou à distance ?
- Quelles informations sur la prise en charge masso-kinésithérapique du stage de réhabilitation respiratoire transmettez-vous au masseur-kinésithérapeute sollicité pour la prise en charge après le stage initial ?
- Comment s'organise la prise en charge masso-kinésithérapique post-réhabilitation respiratoire en termes de fréquence des consultations et de durée ?
- Selon vous, quels sont les objectifs d'une prise en charge masso-kinésithérapique en post-réhabilitation respiratoire du patient souffrant de BPCO ?
- Selon vous, quel est/quels sont le/les rôle(s) du masseur-kinésithérapeute sollicité pour cette prise en charge ?
- Quelles difficultés sont rencontrées par le masseur-kinésithérapeute sollicité pour le suivi du patient ? Par le centre pour le suivi masso-kinésithérapique du patient ?
- Quelles stratégies peuvent être mises en place pour remédier à ces difficultés ?
- Quel professionnel de santé coordonne les soins post-réhabilitation respiratoire pour le patient atteint de BPCO ?
- Quelle communication, quel partage d'information est mis en place entre les professionnels de santé impliqués dans le suivi du patient après son stage initial de réhabilitation respiratoire ?

Le guide d'entretien représente un support dans le déroulement des entretiens. Ainsi l'enquêteur s'y réfère afin d'aborder les différents thèmes retenus pour répondre à la problématique. Les questions posées sont majoritairement ouvertes, permettant à l'interlocuteur de s'exprimer librement. L'enquêteur peut cependant réorienter le professionnel sur le sujet si le discours de celui-ci s'en écarte sensiblement.

3.4. Les entretiens

Les entretiens sont réalisés les 21 et 24 Février 2014. Ils sont amorcés par un rappel du sujet étudié et du cadre de réalisation initialement évoqués lors de la prise de contact.

La présentation des entretiens est synthétisée ci-dessous (tableau IV). Afin de respecter l'anonymat des interlocuteurs, il a été décidé de les renommer respectivement MK1 pour le masseur-kinésithérapeute interrogé au cours du premier entretien, et MK2 pour le masseur-kinésithérapeute interrogé durant le second.

Tableau IV : Synthèse des entretiens

Nom	Entretien 1	Entretien 2
Nom de l'interlocuteur	MK1	MK2
Année d'obtention du diplôme d'Etat	1992	1998
Formations complémentaires suivies	Formation en kinésithérapie respiratoire, DU d'anatomie appliquée à l'examen, DU de kinésithérapie respiratoire, DU d'éducation, Master d'ingénierie de la Rééducation du handicap et de la performance motrice avec module d'expertise respiratoire.	DU de réhabilitation respiratoire, formation sur l'éducation thérapeutique pour les patients BPCO, l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de mucoviscidose.
Années d'exercice en réhabilitation respiratoire	9 ans	7 ans
Mode de réalisation de l'entretien	Téléphonique	Rencontre
Durée de l'entretien	26 minutes	34 minutes

3.5. Les moyens de recueil et d'analyse des données

Après l'obtention de l'accord des masseurs-kinésithérapeutes interrogés, les entretiens sont enregistrés au moyen d'un dictaphone et sont ensuite retranscrits dans un document informatisé sous le logiciel Microsoft Office Word 2007 afin d'en favoriser l'analyse (*Annexe 3*).

Les données recueillies ont été étudiées par une analyse transversale thématique. La première lecture a constitué le point d'ancrage méthodologique de cette analyse par l'émergence de thèmes en lien avec la problématique. En effet, d'après Paillé et Mucchielli, « *La tâche est de relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau de l'étude* » (28)

Un second temps a permis la mise en évidence d'éléments convergents, se recoupant ou divergents, ce qui constitue la seconde fonction de l'analyse thématique selon Paillé et Mucchielli : « *Il ne s'agit plus seulement de repérer des thèmes mais également de vérifier s'ils se répètent d'un matériau à l'autre et comment ils se recoupent, rejoignent, contredisent, complètent...* » (28) Ainsi, une grille d'analyse a pu être établie (Annexe 4), regroupant des éléments du contenu des réponses pouvant éclairer la problématique posée dans des thèmes eux-mêmes réunis en rubriques.

Le choix porté sur la méthode d'analyse thématique est lié au fait qu'elle est adaptée à un nombre peu conséquent d'entretiens. (28) Par ailleurs, cette lecture permet de percevoir les données recueillies non plus seulement à partir des questions posées, c'est-à-dire de manière linéaire, mais d'envisager le contenu du discours des interlocuteurs sous un angle différent. Ainsi, la problématique peut être éclairée par des éléments n'ayant pas été envisagés par l'enquêteur au préalable.

Dans le cadre de la grille d'analyse thématique, il a été décidé ce qui suit : pour l'évocation des discours des masseurs-kinésithérapeutes interrogés, les références aux lignes précises des retranscriptions sont notées (l. numéro des lignes), exemple : lignes 1 à 3 (l.1-3).

4. Résultats

4.1. Le parcours du patient en post-réhabilitation respiratoire

4.1.1. Le masseur-kinésithérapeute et la prescription de séances

Dans le premier établissement contacté, la prescription de séances auprès d'un masseur-kinésithérapeute pour le suivi du patient en post réhabilitation respiratoire n'est pas systématique. Mk1 explique que cette décision est prise lors du bilan éducatif de fin de stage initial au centre. Elle repose sur la volonté du patient, dans le cas où il ne se sent pas suffisamment autonome pour mettre en place une activité physique intégrée à son mode de vie, « *ou bien dans le cas où il ne sait pas quoi faire* ». Une alternative consiste à orienter le patient vers un réseau de réhabilitation respiratoire connu par l'établissement ou le sujet lui-même, s'il « *a peur de se retrouver un petit peu seul dans son projet s'il va chez un kiné libéral* ». Le masseur-kinésithérapeute libéral sollicité répond à des exigences concernant les modalités organisationnelles de prise en charge dans un premier temps. Ainsi la structure

demande à ce que celle-ci débute dès la sortie du patient du stage initial. Elle s'organise à raison de 3 séances par semaine puis 2 à 3 séances par semaines. Par la suite, le masseur-kinésithérapeute libéral va décider des « *modalités de fréquence tout au long de l'année* ». Ainsi il passe d'un statut d'exécutant à celui de décideur en accord avec le médecin.

Dans le second établissement, le déroulement du stage de réhabilitation amène une orientation systématique du patient auprès d'un masseur-kinésithérapeute libéral pour la fin du programme. Ainsi une prescription de 20 séances est délivrée à chaque patient au terme des 6 demi-journées à l'hôpital. Cependant, la mise en place d'un suivi post-réhabilitation respiratoire par le masseur-kinésithérapeute libéral ne fait pas l'objet d'une prescription. MK2 indique que « *Normalement le kiné libéral ne voit plus le patient* ». C'est au masseur-kinésithérapeute de solliciter le médecin traitant pour lui faire part d'un « *réel besoin au niveau musculaire ou au niveau respiratoire* » au terme des 20 séances, afin d'obtenir une prescription pour poursuivre la prise en charge. MK2 souligne qu' « *il ne faut pas être trop présent non plus pour que le patient devienne autonome* » et qu' « *Il faut qu'il y ait un suivi, mais un suivi ponctuel juste pour retoucher les petites choses* ». Ainsi, dès que le patient est autonome, le masseur-kinésithérapeute libéral le réoriente vers une association de patients.

4.1.2. Le masseur-kinésithérapeute face aux contraintes liées au patient

Les deux masseurs-kinésithérapeutes interrogés évoquent ici des difficultés similaires. L'état de santé du patient souffrant de BPCO en représente la principale. Cette difficulté est liée à la chronicité de la pathologie. Sa fluctuation implique que certains sujets ne « *vont pas toujours venir* » en séance (MK2). Aussi, le masseur-kinésithérapeute libéral doit « *adapter la prise en charge en fonction de l'état de santé du patient lorsqu'il arrive en séance au cabinet* » (MK1). MK1 souligne que le patient souffrant de BPCO présente aussi des difficultés de déplacement, principalement liées à l'appareillage, qui peuvent être un frein à la prise en charge en cabinet.

Des difficultés liées à l'état psychologique du patient sont également exposées par les interviewés. En effet, « *Ils sont souvent beaucoup plus déprimés* » (MK1), « *parfois les gens sont rentrés dans des spirales un petit peu négatives* » (MK2) ce qui engendre des problèmes de motivation du patient et de participation aux évaluations mises en place par l'établissement en post-réhabilitation selon MK2. Cet aspect psychologique génère une prise en charge chronophage : « *ils prennent beaucoup de temps* » (MK1). En outre, il fait apparaître des difficultés de communication pour les patients atteints de BPCO qui « *ne sont pas forcément très liants avec d'autres malades* » ainsi qu'avec le masseur-kinésithérapeute (MK1).

MK2 soulève d'autre part une difficulté liée à la sévérité de la maladie chez certains patients (stade 4) : « *on a eu beaucoup de décès donc peu de recul pour ces patients* ».

4.2. Le masseur-kinésithérapeute : différents visages pour un même objectif

4.2.1. Le masseur-kinésithérapeute en position d'éducateur

Dans l'objectif du maintien des acquis constitué par la confortation des améliorations de la qualité de vie du patient, deux notions sont soulignées par les interviewés : le changement de comportement et le fait de continuer à donner des clés au patient en post-réhabilitation respiratoire.

Le masseur-kinésithérapeute libéral est impliqué dans le changement de comportement du patient dans sa prise en charge à moyen et long terme. En effet, au terme du stage initial, le patient a encore un certain chemin à parcourir : « *Le programme n'a pas pu être complètement réalisé en 4 semaines* » explique MK1 à propos du programme éducatif. Des problématiques propres au patient peuvent alors persister. Ainsi l'éducation mise en place par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre du suivi du patient souffrant de BPCO au sortir d'un stage initial de réhabilitation a pour but « *de consolider et d'approfondir ce changement de comportement* » (MK1).

MK2 présente l'éducation du patient comme un « rôle » du masseur-kinésithérapeute après un stage initial de réhabilitation respiratoire. L'éducation mise en place est personnalisée : « *des points en particulier en fonction du patient* » (MK2). La finalité du processus d'éducation du patient souffrant de BPCO en post-réhabilitation respiratoire est représentée par « *l'apprentissage d'une autonomie pour cette maladie là* » (MK2). Pour cela, le masseur-kinésithérapeute peut l'aider à identifier les signaux d'alarme, à adopter une bonne attitude pour l'activité physique et de bons réflexes en cas de fatigue ou d'environnement à risques. Par l'éducation, le bénéfice recherché est que le patient « *soit le plus efficace possible dans sa prise en charge* » (MK2).

4.2.2. Le masseur-kinésithérapeute rééducateur et soignant

Un second visage du masseur-kinésithérapeute est constitué par sa position de rééducateur. En effet, le travail de rééducation en endurance est présenté comme un aspect déterminant la nécessité d'une prise en charge masso-Kinésithérapique du patient non autonome au terme du stage initial. L'apparition d'une difficulté persistante en matière d'autonomie pour l'activité physique (MK1 et MK2) va être un facteur orientant vers un prolongement de la prise en charge à long terme par le masseur-kinésithérapeute libéral.

Les personnes interrogées s'accordent à dire que cet aspect de la prise en charge masso-Kinésithérapique pour le suivi du patient doit être « *dans la continuité de ce qui a été fait au centre* » (MK1) et permet « *une dynamique* » (MK2). L'objectif principal est « *qu'il augmente ses activités dans la vie quotidienne* » (MK1) et qu'il acquière une autonomie (MK2). Pour se faire le masseur-kinésithérapeute dispose de plusieurs types d'exercices : « *le rameur, le*

vélo, la marche extérieure » (MK1). MK2 indique cependant que l'orientation vers des associations de patients est à privilégier, plus précisément lorsque le patient devient autonome dans l'intégration de l'activité physique à son mode de vie.

Le masseur-kinésithérapeute peut également endosser le rôle de soignant, s'il décèle des « *besoins de désencombrement* » bronchique (MK2) inhérents au patient en post-réhabilitation respiratoire pour sa BPCO.

4.2.3. Le masseur-kinésithérapeute évaluateur

Le masseur-kinésithérapeute détient un rôle important dans l'évaluation des besoins du patient atteint de BPCO au cours de sa post-réhabilitation respiratoire. Par son bilan au terme de la seconde partie du programme de réhabilitation réalisée en libéral, le masseur-kinésithérapeute sollicité par le second établissement contacté va pouvoir « *cibler un besoin persistant* » (MK2). Cette évaluation des besoins du patient passe également par un « *rôle de dépistage donc un rôle de réorientation* » du patient quant à une éventuelle problématique liée à l'arrêt du tabac par exemple (MK2). Ceci est favorisé par la proximité du masseur-kinésithérapeute libéral avec les patients, qui « *devient leur référent de ville* » (MK1). Aussi, MK2 indique que par cette même configuration de proximité « *n'importe quelle personne de l'entourage peut avoir un rôle que ce soit un proche comme le kiné ou le médecin, pour savoir orienter le patient pour pouvoir l'aider* ».

Le masseur-kinésithérapeute exerçant dans l'établissement où a été réalisé le stage initial de réhabilitation respiratoire intervient lui aussi dans l'évaluation du patient porteur d'une BPCO au cours de son suivi. En effet, MK2 participe à la réalisation d'un test de marche et d'un bilan. Ainsi il interroge le patient sur l'activité physique qu'il pratique. Il prend également connaissance du fait que le patient continue d'être suivi par son masseur-kinésithérapeute libéral ou non et s'il ressent des difficultés respiratoires. Par ailleurs, le masseur-kinésithérapeute exerçant dans le second établissement intervient dans la réalisation d'Explorations Fonctionnelles Respiratoires (EFR) afin de déceler un potentiel déficit des muscles expiratoires. Ceci permet donc de « *pouvoir leur mettre en place de la réhabilitation de ces muscles là si besoin* » (MK2).

MK1 explique quant à lui que dans la structure où il exerce, « *on ne suit pas les patients une fois qu'ils sont sortis du centre* ». Cependant il précise qu'un essai de suivi téléphonique a été mis en place sur un an « *à titre de recherche clinique* ». Celle-ci a permis de mettre en évidence que « *les patients qui avaient organisé quelque chose soit avec un kiné libéral, soit avec l'association de patients [...] réalisaient leur projet plus que ceux qui continuaient seuls* ».

Ainsi dans le cadre du suivi du patient atteint de BPCO en post-réhabilitation respiratoire, un statut d'évaluateur est assigné au masseur-kinésithérapeute. Qu'il exerce en libéral ou

dans la structure du stage initial, son évaluation se concentre sur la détermination des déficits persistants et donc des besoins du patient. Elle apprécie également le maintien des acquis et la réalisation d'un projet élaboré au cours du stage initial, ceci afin de l'orienter au mieux vers des solutions pouvant répondre à ses besoins.

4.3. Le masseur-kinésithérapeute et le partage d'informations entre soignants

4.3.1. La relation entre le lieu de réalisation du stage initial et le masseur-kinésithérapeute libéral

Initialement des informations sont transmises en plus de la prescription médicale, du second établissement contacté vers le masseur-kinésithérapeute libéral prenant en charge le patient dans la seconde partie du programme de réhabilitation respiratoire. En effet, MK2 indique que les résultats des évaluations sont envoyés par courrier au masseur-kinésithérapeute libéral. De même, la fiche de suivi des paramètres du patient au cours du réentraînement à l'effort réalisé dans la structure est transmise au masseur-kinésithérapeute libéral. Elle comprend les modalités de réentraînement (fréquence cardiaque, distance parcourue et évaluation de la dyspnée du patient). Cela vise à aider le masseur-kinésithérapeute libéral à « *poursuivre dans la continuité de ce qui a été fait* » (MK2). L'établissement invite le masseur-kinésithérapeute libéral à émettre un retour sur la prise en charge du patient en renvoyant un questionnaire à la 10^e puis à la 20^e séance et en répondant à un appel téléphonique afin de réajuster des paramètres au besoin. MK2 souligne également une difficulté de disponibilité de la part du masseur-kinésithérapeute de l'établissement faisant le lien.

Au terme du stage initial, MK1 indique que la fréquence cardiaque de réentraînement et l'intensité, ou la charge de travail sont communiquées au masseur-kinésithérapeute libéral. Un courrier remis au patient reprend les bilans initiaux et finaux du stage de réhabilitation respiratoire, afin qu'il le transmette au masseur-kinésithérapeute libéral lors de sa première séance. Ainsi, le patient devient vecteur de l'information. La synthèse du bilan éducatif est également remise au masseur-kinésithérapeute libéral afin de favoriser la continuité du programme (MK1).

Cependant, si une transmission d'informations à double sens est présente durant la seconde partie du programme de réhabilitation respiratoire entre la seconde structure et le masseur-kinésithérapeute libéral sollicité, elle disparaît lors de la phase de suivi du patient en post-réhabilitation. En effet, « *L'ensemble des bilans sont transmis au pneumologue et médecin traitant, pas au kiné* » (MK2). Le masseur-kinésithérapeute peut consulter le médecin traitant au besoin s'il continue de voir le patient.

MK1 et MK2 tiennent le même discours concernant l'absence de retour sur la prise en charge masso-kinésithérapique de la part du thérapeute libéral au cours du suivi post-réhabilitation respiratoire. MK2 précise : « *nous sommes tout de même présents pour répondre à ses questions s'il en a* » tandis que MK1 indique : « *on ne le leur demande pas non plus, c'est jamais arrivé* ». Un retour sur l'état de santé du patient auprès du premier établissement est cependant généré par le pneumologue de ville du patient.

4.3.2. La relation entre les professionnels de santé dans le suivi

Dans le premier cas de figure, un support d'information est remis au patient. Il s'agit d'un portefeuille reprenant le parcours éducatif du patient réalisé lors du stage initial au centre. Ainsi il reprend l'ensemble des problématiques propres au patient, qu'elles soient nutritionnelles, tabacologiques, psychologiques, diététiques, liées à l'activité physique ou aux troubles respiratoires. Ici encore, le patient est vecteur de l'information puisqu'il est invité à « *se munir de ce portefeuille à chaque fois qu'il se rend à une consultation avec tous les intervenants dans le suivi* » (MK1). Ce document permet donc aux professionnels de santé intervenant auprès du patient dans son suivi post-réhabilitation respiratoire d'être informés de ses problématiques personnelles. Cependant, MK1 spécifie que ce support ne permet pas d'informer le masseur-kinésithérapeute libéral de la prise en charge réalisée par les autres professionnels, le portefeuille se contente de poser les objectifs du suivi post réhabilitation respiratoire individualisés à chaque patient. Ainsi, les professionnels de santé agissent séparément, sans communiquer entre eux.

Le second établissement contacté ne met pas de support d'information à disposition. Chacun des professionnels dispose cependant des coordonnées des autres intervenants dans le suivi personnalisé du patient atteint de BPCO en post réhabilitation respiratoire. Malgré cela, les professionnels libéraux ne communiquent pas ou peu. « *Si le kiné libéral a un souci il appelle plus facilement le médecin qu'une branche de la pluridisciplinarité* » (MK1). Le médecin est en effet en possession des bilans post-réhabilitation respiratoire qui lui sont remis par la structure du stage initial lorsque le patient revient en évaluation. Le masseur-kinésithérapeute peut également se référer au pneumologue de l'établissement qui est ici le coordinateur du suivi du patient souffrant de BPCO. Ce dernier « *fait les différentes prescriptions et transmissions pour le kiné, le médecin traitant et le pneumologue de ville* » (MK1).

Le masseur-kinésithérapeute du second établissement interagit avec d'autres professionnels au sein même de la structure dans le cadre du suivi du patient atteint de BPCO en post-réhabilitation respiratoire. En effet, le professeur d'Activités Physiques Adaptées (APA) intervient conjointement avec le masseur-kinésithérapeute de la structure au cours du stage de réhabilitation respiratoire des patients (éducation thérapeutique, réentraînement). MK2 indique que cela est fait dans le souci d' « *avoir le même discours* ».

En effet, le professeur APA intervient dans le suivi des patients atteints de BPCO lorsqu'ils prennent part aux activités physiques proposées par l'association de patients. Aussi, « *il participe aux différents staffs pour le suivi* » et « *pour faire des évaluations sur plusieurs années* » (MK2) le tout avec les différents professionnels de l'établissement dont le masseur-kinésithérapeute. Ainsi, il y a peu de contact entre les professionnels libéraux, cependant, le masseur-kinésithérapeute évoluant dans la seconde structure contactée est en relation avec un intervenant de l'association de patients où sont réorientés les patients dès qu'ils acquièrent une certaine autonomie.

4.3.3. Faire face aux difficultés : des accords entre professionnels, prestataires et associations

Des difficultés dans la mise en place d'un suivi masso-kinésithérapique sont soulevées par MK1. Les moyens matériels nécessaires à la prise en charge du patient atteint de BPCO, notamment en libéral, peuvent représenter un frein pour le masseur-kinésithérapeute. L'accord entre la seconde structure et une société prestataire permet de limiter cette difficulté en proposant au patient de « *racheter un vélo à un prix intéressant* » (MK1) au terme de son programme de réhabilitation respiratoire.

Cependant, « *Le problème majeur je pense que c'est le manque de formation pour les kinés libéraux dans ce domaine* », indique MK1 en précisant que le programme de la formation initiale en masso-kinésithérapie dispensée dans les instituts aborde peu ce versant de la pratique professionnelle. Aussi, les accords générés entre les établissements proposant la réhabilitation respiratoire et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont perçus comme une solution pour pallier ce manque de formation. En effet, dans le cadre d'un réseau de réhabilitation respiratoire existant, « *on organise des soirées de formation pour les kinés libéraux depuis 4 ans* » indique MK1. MK2 précise que la seconde structure contactée dispense également une formation auprès de masseurs-kinésithérapeutes libéraux, ceci afin qu'ils « *puissent faire de la réhabilitation respiratoire avec un œil un peu plus averti, un peu plus formé* ».

La formation proposée au masseurs-kinésithérapeutes libéraux aborde « *ce qu'est la maladie, la BPCO, les particularités de cette maladie, quelles sont les difficultés pour ces patients* » (MK2). Elle fait intervenir les différents professionnels de santé intervenant dans la réhabilitation respiratoire dans le cas du second établissement contacté, ce qui sensibilise les masseurs-kinésithérapeutes libéraux aux diverses problématiques que peut présenter un patient souffrant de BPCO. La prise en charge et les évaluations sont également exposées lors de ce temps de formation. Dans le cadre du premier établissement contacté, les formations « *sensibilisent les kinés sur le fait de suivre les recommandations en vigueur de la SPLF* » (MK1) et abordent le réentraînement à l'exercice, le renforcement musculaire et

l'éducation thérapeutique. Ces derniers constituent les principaux axes de prise en charge masso-kinésithérapique du patient souffrant de BPCO.

Les interviewés abordent tout deux la notion de proximité du masseur-kinésithérapeute libéral prenant en charge le patient pour son suivi post-réhabilitation respiratoire, vis-à-vis de son domicile : « *un kiné libéral proche du domicile du patient* » (MK1). Ceci est lié aux difficultés de déplacement que le patient porteur d'une BPCO rencontre. Aussi, la formation dispensée aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux vise à former « *un réseau de kinés* » (MK2). Par ailleurs, un réseau de santé apporte au masseur-kinésithérapeute libéral des « *contacts avec d'autres libéraux* », « *des conseils* », « *une facilité* », « *des partenaires kinés sur qui compter* » selon MK1.

L'importance des associations de patients est abordée par le second masseur-kinésithérapeute interrogé. MK2 souligne que le masseur-kinésithérapeute ne doit pas être « *trop présent* », « *il faut trouver un juste milieu* » « *pour que le patient devienne autonome* ». La priorité est donnée à l'orientation du patient vers ces associations afin de « *continuer une prise en charge pluridisciplinaire et notamment la prise en charge en groupe pour motiver le patient* » (MK2). Aussi, la collaboration établie entre le second masseur-kinésithérapeute interrogé et le professeur APA intervenant auprès de l'association de patients concernée apporte une continuité et une dynamique commune de la prise en charge du stage initial au suivi post-réhabilitation respiratoire. Ces associations de patients sont également un recours dans l'objectif de maintenir une qualité de vie acceptable pour le patient en post-réhabilitation respiratoire : par la « *dynamique de groupe* », le maintien d'une « *activité que ce soit de la marche ou des sorties* », l'association de patients veille à éviter au patient de « *tomber dans une spirale négative* » impliquant des problématiques d'ordre psychologique et un isolement (MK2). Cependant, une difficulté liée à la disponibilité des masseurs-kinésithérapeute libéraux est évoquée : « *Malheureusement les kinés sont débordés* » (MK2). Aussi, il n'y a pas de réelle communication entre ces derniers et les associations de patients.

5. Discussion

5.1. Méthodologie

5.1.1. Points forts de la méthode

Lors de la réalisation d'entretiens, l'enquêteur est sans cesse dans la découverte, l'apprentissage et la maîtrise de la méthode. Il est toujours actif de par l'interaction qui se met en place avec l'interviewé. L'interviewer devient le sujet qui réagit au discours de l'interrogé. C'est donc bien « *une démarche participative* » comme le décrivent Blanchet et Gotman :

« C'est en effet l'interaction interviewer/interviewé qui va décider du déroulement de l'entretien. C'est en ce sens que l'entretien est rencontre. » (26)

Les entretiens ont rempli l'objectif recherché, à savoir éclairer les points d'ombre de la problématique au moyen d'expériences de terrain plus représentatives que la théorie. Ici, les données recueillies reposent sur l'expérience des experts interrogés, ancrée dans la réalité pratique de la prise en charge de patients atteints de BPCO.

Au travers de cette méthode d'investigation, l'étudiant chercheur a été amené à s'adresser à des professionnels experts, non plus dans le cadre de la pratique au cours d'un stage par exemple, mais dans une initiative de recherche qui représente un autre versant de la profession du masseur-kinésithérapeute.

Au delà de son rôle de soutien dans la compréhension et l'interprétation des données recueillies, la méthode d'analyse thématique a permis à l'enquêteur de déceler de nouveau questionnement issus du discours des experts interrogés.

5.1.2. Points faibles et limites de la méthode

L'enquête par entretiens fait apparaître une difficulté liée à la disponibilité des personnes interrogées et à la distance qui les sépare de l'enquêteur. Dans le cadre de ce travail, cette contrainte spatiale a été source d'obstacle à l'homogénéité de la forme des entretiens. Le premier a été réalisé de manière téléphonique tandis que l'autre a fait l'objet d'une rencontre directe.

L'enquête par entretiens semi directifs présente certains inconvénients. La principale limite de cette méthode de recueil de données réside dans la possibilité pour l'enquêteur d'induire un biais en influençant l'interlocuteur. Ainsi dans son ouvrage « *L'entretien compréhensif* », Kaufmann indique que « *Chaque question quand elle est posée, y compris celle qui se voulait la plus technique ou la plus neutre, définit un jeu d'influence.* » (29)

La réalisation d'un entretien exploratoire aurait permis de réajuster certaines questions pouvant présenter un souci de clarté dans leur compréhension, afin de ne pas avoir à le faire au cours des entretiens. Le biais lié à l'inexpérience de l'enquêteur, qui a constitué la principale difficulté dans la réalisation des entretiens, aurait donc pu être limité.

En cela, la méthode de l'entretien constitue une difficulté pour trouver un juste équilibre entre un guide d'entretien testé et perfectionné permettant d'éviter l'égaré et la reformulation, et l'appel à l'échange et à la découverte faisant émerger des questions à approfondir lors du déroulement des entretiens dans le cadre d'une phase exploratoire moins travaillée.

Lors de la réalisation du second entretien, la singularité du programme de réhabilitation respiratoire en vigueur a parfois induit une confusion concernant la fin du programme de réhabilitation et donc le début de la post-réhabilitation. La reformulation de certaines questions au cours de l'entretien a donc été nécessaire. Cette difficulté tient peut être dans le choix de ne pas avoir donné de plus amples précisions sur le sujet abordé à la personne interviewée.

La méthode d'analyse qualitative implique une subjectivité inévitable dans le repérage des thèmes puis dans la construction de la grille d'analyse. En effet, les éléments sont repérés par l'œil de l'enquêteur qui peut ainsi différencier de celui d'un autre apprenti chercheur. Il s'agit donc de la vision de l'enquêteur sur les résultats dont l'interprétation lui est intimement liée.

5.2. Discussion sur les résultats

5.2.1. Masseur-kinésithérapeute : des qualités au service d'une adaptation

L'aspect chronophage de la prise en charge de patients souffrant de BPCO dans le cadre de leur suivi post-réhabilitation implique disponibilité et patience de la part du masseur-kinésithérapeute. Il se doit d'être à l'écoute du patient, tant sur le versant psychologique que clinique. En faisant preuve de capacités relationnelles le masseur-kinésithérapeute est à l'écoute du discours du patient, permettent de lui apporter un soutien psychologique. Le masseur-kinésithérapeute est également à l'écoute des symptômes, signes de dégradation de l'état respiratoire voire d'apparition d'une exacerbation chez le patient. Ainsi, la vigilance du masseur-kinésithérapeute et la connaissance de la pathologie sont nécessaires à la détection d'un besoin spécifique du patient afin d'adapter la prise en charge et de réorienter le patient vers les professionnels concernés par sa problématique.

L'adaptation du masseur-kinésithérapeute à chaque patient est le maître mot de la prise en charge qu'un suivi post-réhabilitation respiratoire représente. Les objectifs doivent être réajustés au quotidien. L'adaptation de l'environnement et des moyens matériels est fonction des capacités de chaque patient. Il en ressort un principe de personnalisation de la prise en charge pour le suivi à long terme de patients atteints de BPCO. Ceci est d'autant plus que dans le cadre de pathologies aiguës, puisque cette individualisation est valable sur une durée indéterminée. Cela est illustré dans le choix de l'activité physique proposée au patient qui, tout en répondant aux principes d'action thérapeutique recherchés, doit s'inscrire dans les goûts du patient afin qu'il prenne plaisir à la pratiquer.

Dans la prise en charge à long terme en post-réhabilitation respiratoire, les moyens de prise en charge sont également à adapter au patient souffrant de BPCO, spécifiquement

dans le cadre du réentraînement en endurance. En effet, si le vélo représente un moyen pratique et accessible dans sa mise en place, il peut s'avérer être facteur d'échec pour le patient si celui-ci n'apprécie pas cette activité physique. Cela implique de tenir compte des capacités du patient, de son attrait pour une activité physique en particulier et des potentiels déficits orthopédiques qui contre-indiqueraient la pratique de certaines activités afin d'opter pour un réentraînement couplant l'adhésion du patient et le principe d'action recherché.

Les qualités relationnelles du masseur-kinésithérapeute s'inscrivent également dans l'échange avec l'entourage du patient. En effet, MK2 indique que toute personne proche du patient peut être amenée à déceler une difficulté ou un besoin et à lui procurer une aide ou à l'orienter dans les meilleures conditions. Impliquer les proches du patient atteint de BPCO dans son parcours post-réhabilitation respiratoire peut ainsi lui apporter une aide supplémentaire.

5.2.2. Suivi ponctuel ou suivi en continu ?

Les stratégies de suivi relatées par les masseurs-kinésithérapeutes interrogés lors des entretiens diffèrent. En effet, MK1 explique qu'un suivi de proximité est privilégié au moyen de séances régulières avec un masseur-kinésithérapeute libéral. Le patient ne revient donc pas dans l'établissement où il a réalisé son stage initial pour réaliser des évaluations post-réhabilitation respiratoire. Les pratiques exposées par MK2 consistent quant à elles en un suivi ponctuel par des évaluations au sein de l'établissement de réhabilitation respiratoire, avec une prise en charge éventuelle par un masso-kinésithérapeute libéral si un besoin spécifique apparaît. Ici, le choix est fait de laisser place à une autonomie optimale du patient au sein d'une association de patients pour le soutenir, ou en individuel s'il le souhaite. Les évaluations permettent alors de repérer un potentiel besoin qui s'installerait ou réapparaîtrait au long court.

Une étude réalisée en post-réhabilitation respiratoire de patients atteints de BPCO a visé à déterminer les modalités optimales en matière de fréquence des séances de prise en charge masso-Kinésithérapique en post-réhabilitation respiratoire à domicile. (30) Cette étude a conclu sur un meilleur maintien des acquis du stage initial chez les patients ne bénéficiant que d'une séance mensuelle chez un masseur-kinésithérapeute vis-à-vis des patients bénéficiant d'une séance hebdomadaire.

L'objectif premier du maintien des acquis dans le cadre de la post-réhabilitation respiratoire reste la pérennisation d'une qualité de vie acceptable par le patient devenant progressivement autonome, par l'intégration de l'activité physique dans son mode de vie et l'enrichissement de ses connaissances sur sa pathologie et ce qui s'y associe. (2) (9) Ainsi, comme le souligne MK2, il ne s'agit plus de permettre au patient de vivre avec sa pathologie, de la subir, mais bien de l'utiliser positivement afin d'enrichir sa vie quotidienne.

Aussi, le masseur-kinésithérapeute doit prendre une place mesurée dans la post-réhabilitation du patient : entre l'aide qu'il peut lui apporter (par l'écoute, l'éducation thérapeutique, les soins de désencombrement bronchique, les exercices de rééducation) et l'autonomie que le patient doit acquérir, il se doit de trouver un juste équilibre. Le masseur-kinésithérapeute se veut alors présent, disponible et à l'écoute des besoins du patient, tout en laissant place à son autonomie et à ses initiatives.

5.2.3. L'intégration des télécommunications

Le suivi téléphonique mis en place par les masseurs-kinésithérapeutes du premier établissement contacté à titre d'essai soulève un questionnement. Cette méthode a également été utilisée en complément d'évaluations ponctuelles dans diverses études sur des programmes de post-réhabilitation respiratoire de patients souffrant de BPCO. (31) (32) Une étude norvégienne de 2013 a par ailleurs consisté en la mise en place d'un suivi à distance de deux ans, cette fois par visioconférence. (33) Ces essais posent ainsi la question de l'utilisation des télécommunications pour le suivi de patients en masso-kinésithérapie.

Par ailleurs, cette pratique soulève un questionnement sur différents points :

- Le contact à distance est-il réellement partie intégrante de la masso-kinésithérapie qui se veut proche du patient ?
- A quelle fréquence les appels doivent-ils être mis en place pour un suivi optimal ?
- Cette méthode de suivi répond-elle à l'idée de laisser place à l'autonomie du patient ?
- Le relaté des patients est-il fiable et en corrélation avec les faits ?

Une étude récente intitulée « Devenir à 6 mois après une hospitalisation en court séjour gériatrique à la suite d'une chute » (34) a réalisé un suivi des patients au moyen d'appels téléphoniques. Les auteurs ont alors émis des difficultés de fiabilité du relaté des patients liés parfois à des troubles cognitifs. La solution alors évoquée consiste à appeler un proche pouvant ainsi relater des faits objectifs. Ici encore, cette méthode présente une difficulté quant à la présence nécessaire et constante du proche sollicité auprès du patient pour être témoin de tous les faits.

Il pourrait donc être intéressant d'étudier en quoi les télécommunications peuvent être envisagées comme un outil thérapeutique d'avenir pour le suivi des patients ainsi que les limites et dangers qu'elles impliquent.

5.2.4. Une transmission unidirectionnelle des informations

Les données recueillies ne montrent aucun retour d'information de la part des masseurs-kinésithérapeutes libéraux intervenant dans le suivi post-réhabilitation de patients atteints

de BPCO vers le lieu de réalisation du stage initial. Par ailleurs, bien qu'ayant les coordonnées des différents professionnels de santé consultés par le patient pour son suivi, le masseur-kinésithérapeute n'entretient visiblement pas de contact avec ces soignants.

Dans les expériences décrites, l'information circule de manière descendante principalement. Le praticien coordinateur du suivi (médecin traitant ou pneumologue référent d'après les masseurs-kinésithérapeutes interrogés) détient les informations de retour. Les professionnels libéraux s'en remettent alors à lui pour obtenir des informations liées à la prise en charge du patient ou si un besoin spécifique est décelé chez le patient.

Ces observations issues du discours des masseurs-kinésithérapeutes interviewés amènent à faire la distinction entre pluridisciplinarité et interdisciplinarité. Si une prise en charge pluridisciplinaire « *concerne plusieurs disciplines, domaines d'étude* » (35), une prise en charge interdisciplinaire « *relève des relations entre plusieurs disciplines, plusieurs sciences.* » (36) Cette dernière organisation implique un partage d'informations. Dans leurs conditions de réussite à retenir dans un programme de post-réhabilitation, Ninot et Préfaut préfèrent cependant le terme de transdisciplinarité pour qualifier un « *programme coordonné* » comprenant « *activité physique, kinésithérapie respiratoire, éducation pour la santé et soutien psychosocial* ». (19) Ce programme transdisciplinaire « *dépasse les cloisonnements entre les disciplines* » (37) afin de générer une dynamique vers un objectif commun.

Les informations recueillies au cours des entretiens mettent en évidence l'absence de support standardisé pour la transmission d'informations entre les professionnels de santé qui suivent le patient atteint de BPCO à long terme. Cette même observation a amené la SPLF à réfléchir à un support standardisé. C'est pourquoi elle a récemment publié son « *Carnet de suivi BPCO* » (38) en le décrivant comme un « *Outil de coordination et de partage entre les différents professionnels participant à la prise en charge, et le patient BPCO afin d'élaborer un programme de soins personnalisé pour chacun d'entre eux.* » (39) Le patient lui-même participe à la transmission d'information en étant invité à transmettre ses activités dans ce carnet. Cela participe donc à l'objectif d'autonomisation du patient en le rendant acteur. Par ailleurs, il est le vecteur de l'information puisque le carnet de suivi lui appartient. Ce modèle est repris pas le premier établissement contacté où la transmission d'information pour le suivi post réhabilitation du patient repose sur un portefeuille que détient le patient.

5.2.5. La question du réseau de santé

Au cours des entretiens, les masseurs-kinésithérapeutes interrogés ont mentionné un réseau de santé (MK1) et un « *réseau de masseurs-kinésithérapeutes* » (MK2). Des relations interprofessionnelles entre MK2 et le professeur APA intervenant dans l'établissement et au sein d'une association de patients ont également été abordées. Il en ressort une

amélioration de la circulation de l'information, des possibilités de formation pour les masseurs-kinésithérapeutes et une possibilité d'améliorer la dynamique de prise en charge entre le lieu de réalisation du stage initial et le suivi. Ceci tend vers l'objectif de continuité de la prise en charge afin de conserver une cohérence dans le parcours du patient atteint de BPCO.

Selon Préfaut et Ninot, la réalisation du programme de post-réhabilitation respiratoire au sein d'un réseau de santé est une condition de réussite à retenir. (19) D'après l'Article L6321-1 du Code de Santé Publique :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. » (40)

Ce modèle organisationnel vise à favoriser la communication entre les professionnels de santé, les sociétés sanitaires et les patients. La transmission d'informations devient non plus ascendante ou descendante mais horizontale et à double sens entre chacun des sujets.

Un réseau de santé promeut les associations de patients. Elles répondent en effet à l'objectif de rendre acteur le patient ce qui attrait à l'autonomie recherchée. Il n'est plus seulement acteur de sa propre dynamique mais entre dans une interaction avec celle d'autres patients. Par ailleurs, ces associations apportent un plus dans le confort de vie du patient souffrant de BPCO puisqu'elles *« visent à apporter une aide morale, pratique, financière, sociale ou juridique aux personnes malades et à leur entourage, par des actions individuelles ou collectives. » (41)*

Il semble donc que les réseaux de santé soient un recours pour l'amélioration du partage d'informations, de la coordination et de la formation des professionnels de santé. Ceci favorise la mise en place d'une interdisciplinarité allant jusqu'à l'intégration du patient dans une dynamique active pour sa pathologie, auprès d'autres usagers notamment. Cependant, les processus de relations interprofessionnelles demandent une disponibilité des praticiens qui semble faire défaut à ce jour d'après MK2 : *« les kinés sont débordés »*.

5.3. L'émergence d'hypothèses

Du fait du faible nombre d'entretiens réalisés, il n'est pas possible de repérer des invariants et donc de généraliser les notions dégagées. Cependant, ce travail génère la mise en évidence d'hypothèses, nées du discours des interlocuteurs et donc de propos relatant des faits de terrain.

Les hypothèses ayant émergé au terme de ce travail sont répertoriées ci-dessous :

- Tous les patients atteints de BPCO ne bénéficient pas du même suivi masso-Kinésithérapique en post-réhabilitation respiratoire.
- Il n'y a pas toujours de transmission d'informations liées à la prise en charge entre les différents professionnels intervenant dans le suivi post-réhabilitation respiratoire de patients souffrant de BPCO.
- Les masseurs-kinésithérapeutes réalisant la prise en charge post-réhabilitation respiratoire en libéral ne font pas systématiquement de retour d'informations auprès de la structure du stage initial.
- Les supports de transmission d'informations pour le suivi post-réhabilitation respiratoire sont propres à chaque structure.
- Le masseur-kinésithérapeute adopte plusieurs rôles dans un objectif de maintien des acquis (éducateur, soignant et rééducateur, évaluateur)
- Le masseur-kinésithérapeute fait face à des difficultés intrinsèques au patient mais aussi à des difficultés matérielles, environnementales et de formation.
- La constitution d'un réseau de masseurs-kinésithérapeutes favorise une dynamique commune en termes de formations et d'objectifs de prise en charge.
- La constitution d'un réseau de santé est une solution pour pallier aux difficultés matérielles, organisationnelles et de proximité.

5.4. Apports du travail écrit

Ce travail a permis une première approche de l'outil d'enquête pour l'étudiant apprenti chercheur et une initiation à la recherche dans le cadre de la masso-kinésithérapie. Il a induit une prise de conscience des enjeux et de la complexité de l'enquête par entretiens, par les difficultés rencontrées dans sa mise en place et dans le parcours de réalisation.

Les difficultés rencontrées dans la détermination du sujet de ce travail ont résidé dans l'envergure et la densité des notions et éléments liés à la BPCO et à la réhabilitation respiratoire. Ainsi, ce travail a permis d'apprendre à cibler un questionnement sur un sujet amenant une réelle problématique.

En projetant cet aspect à la pratique du futur professionnel, ce travail a favorisé l'acquisition d'une maturité d'approche et de réflexion afin de mieux cibler la problématique

d'un patient en prenant en compte les éléments essentiels au sein de la densité d'informations qui peut être recueillie.

La chronicité d'une pathologie est un élément difficile à percevoir au travers des différents stages du parcours de l'étudiant, de par leur durée de quelques semaines. Aussi, ce travail a permis de mieux comprendre les enjeux de la prise en charge de patients souffrant de pathologies chroniques, et la spécificité de l'approche thérapeutique qui est vouée à l'accompagnement en adoptant un équilibre entre présence et autonomie.

6. Conclusion

L'objectif de cette enquête n'était pas d'établir les modalités d'intervention du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge de patients souffrant de BPCO en post-réhabilitation mais de faire émerger des hypothèses permettant d'appréhender le ou les rôles qui lui sont attribués, relativement aux attentes de la structure du stage initial, ainsi que les postures qu'il peut adopter.

Il semble ainsi que le masseur-kinésithérapeute libéral tienne, par sa proximité avec le patient, une place centrale dans l'éducation thérapeutique, l'autonomisation et l'accompagnement du patient ainsi que dans son orientation dans le cadre du suivi post-réhabilitation en vue du maintien des acquis.

Le masseur-kinésithérapeute exerçant dans la structure ayant accueilli le patient souffrant de BPCO pour son stage initial de réhabilitation respiratoire semble également tenir un rôle de pivot dans cette phase du parcours de soins du patient, notamment par des évaluations.

Plus que l'interdisciplinarité, c'est la pluridisciplinarité qui ressort des expériences décrites par les interviewés dans la prise en charge du patient en post-réhabilitation respiratoire. Cependant, le modèle du réseau de santé apparaît comme une organisation répondant aux objectifs du suivi post-réhabilitation respiratoire du patient souffrant de BPCO. Par son organisation il semble favoriser une dynamique de l'ensemble des professionnels et des patients eux-mêmes en facilitant la transmission d'informations.

Des études ultérieures, étendues à un nombre plus conséquent de centres de réhabilitation respiratoire, permettraient de confirmer ou d'infirmer les hypothèses mises en évidence suite aux entretiens réalisés dans ce travail exploratoire. Elles viseraient également à généraliser le champ d'action du masseur-kinésithérapeute dans la post-réhabilitation respiratoire de patients atteints de BPCO suite à un stage initial en centre, afin de déterminer les modalités favorisant de bonnes conditions de prise en charge à cet effet.

Références bibliographiques et autres sources

1. Réentraînement à l'exercice sur machine d'un patient atteint d'une pathologie respiratoire chronique (Synthèse). Haute Autorité de Santé. 2007.
2. Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la prise en charge de la BPCO (mise à jour 2009) Texte long - Argumentaires. Rev Mal Respir. 2010 (Supplément 1); 27.
3. **Corhay, JL, et al.** Réhabilitation respiratoire dans la bronchopneumopathie chronique obstructive. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pneumologie; 6-040-L-65, 2011.
4. Qu'est-ce que la BPCO ? Site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé. [En ligne] 2009 Août. [Consulté le 20/01/2014]. Disponible à partir de : <http://www.sante.gouv.fr/qu-est-ce-que-la-bpco.html>
5. **Fuhrman, C et Delmas, M-C.** Epidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. Rev Mal Respir. 2010; 27:160-168.
6. The global burden of disease - Updated 2004. World Health Organization. 2008.
7. The top 10 causes of death - Fact sheet N°310 Updated July 2013. World Health Organization. [En ligne] 2013 Juillet. [Consulté le 01/03/2014]. Disponible à partir de : <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
8. 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. 2005.
9. Guide du parcours de soins - Bronchopneumopathie Chronique Obstructive. Service des maladies chroniques et des dispositifs d'accompagnement des malades. Haute Autorité de Santé. 2012 Février.
10. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease - Updated 2010. Global initiative for chronic Lung Disease (GOLD). 2010.
11. **Stoller, JK et Aboussouan, LS.** Alpha1antitrypsin deficiency. Lancet. 2005 Juin; 365(9478):2225-2236.
12. Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO. Rev Mal Respir. 2005; 22:696-704.
13. **Nici, L, et al.** American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2006 Juin; 173(12):1390-1413.
14. Société de Pneumologie de Langue Française. Recommandation pour la Pratique Clinique - Prise en charge de la BPCO mise à jour 2009 Texte court - Recommandations. Rev Mal Respir. 2010; 27:522-548.

15. **Andrew, L, et al.** Pulmonary Rehabilitation : Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2007 Mai; 131:4s-42s.
16. **Lacasse, Y, et al.** Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease - Updated 2006. Database of systematic reviews, Cochrane. 2006.
17. Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Légifrance. [En ligne] 2008 Avril. [Consulté le 01/03/2014]. Disponible à partir de : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018664432&dateTexte&categorieLien=id>.
18. **Bott, J, et al.** Guidelines for the physiophery managèment of the adult, medical, spontaneously breathing patient (British Thoracic Society). Thorax. 2009 (Supplément 1); 67:i1-i51.
19. **Préfaut, C et Ninot, G.** La réhabilitation du malade respiratoire chronique. Elsevier Masson; 2009.
20. Avis n°2012.0037/AC/SEAP du 21 novembre 2012. Collège de la Haute Autorité de Santé. [En ligne] 2012 Décembre.[Consulté le 01/03/2014] Disponible à partir de : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1337892/fr/avis-n20120037/ac/seap-du-21-novembre-2012-du-college-de-la-has-consistant-a-inscrire-un-acte-de-readaptation-respiratoire-dun-patient-atteint-de-handicap-respiratoire-chronique-par-le-masseur-kinesitherapeute.
21. **Egan, C, et al.** Short term and long term effects of pulmonary rehabilitation on physical activity in COPD. Respiratory Medicine. 2012; 106:1671-1679.
22. **Moullec, G, et al.** Quelles solutions pour l'après-réhabilitation des patients BPCO ? Rev Mal Respir. 2007; 24:1221-132.
23. **Spruit, MA, et al.** An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2013 Octobre; 188(8):e13-e64.
24. **Grosbois, JM, et al.** Modalités de suivi et évaluation de l'efficacité de la réhabilitation respiratoire des BPCO à long terme. Rev Mal Respir. 2006; 22:7S112-7S118.
25. **Foglio, K, Bianchi, L et Ambrosino, N.** Is it useful to repeat outpatient pulmonary rehabilitation programs in patients with chronic airway obstruction ? A 2-year controlled study. Chest. 2001; 119:1696-1704.
26. **Blanchet, A et Gotman, A.** L'entretien - 2ème Edition. Paris : Armand Colin; 2007.
27. La réhabilitation en France par région. Site web de la Société de Pneumologie de Langue Française. [En ligne] 2014 Février. [Consulté le 10/02/2014] Disponible à partir de : <http://splf.org/groupe/calveole/carte-alv.html>.
28. **Paillé, P et Mucchielli, A.** L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 3ème Edition. Paris : Armand Colin; 2012.

29. **Kaufmann, JC.** L'entretien compréhensif. 3e Edition. Armand Colin; 2011.
30. **Wijkstra, PJ, et al.** Long term benefits of rehabilitation at home on quality of life and exercise tolerance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 1995;50:824-828.
31. **Brooks, D, et al.** The effect of postrehabilitation programmes among individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2002; 20: 20-29.
32. **Ries, AL, et al.** Maintenance after pulmonary rehabilitation in chronic lung disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003; 167:880-888.
33. **Zanaboni, P and al.** Long-term telerehabilitation of COPD patients in their homes: interim results from a pilot study in Northern Norway. *J Telemed Telecare*. 2013; 197(7):425-429.
34. **Dickes-Sotty, H, et al.** Devenir à 6 mois après une hospitalisation en court séjour gériatrique à la suite d'une chute. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012 ;10(4):391-401.
35. Pluridisciplinaire. *Larousse*. [En ligne]. [Consulté le 26/03/2014] Disponible à partir de : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pluridisciplinaire/61794>.
36. Interdisciplinaire. *Larousse*. [En ligne]. [Consulté le 26/03/2014] Disponible à partir de : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interdisciplinaire/43668>.
37. Transdisciplinaire. *Larousse*. [En ligne] [Consulté le : 26/03/2014] Disponible à partir de : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transdisciplinaire/79087>.
38. **Groupe BPCO de la SPLF.** Carnet de suivi BPCO - Pour le patient atteint de broncho-pneumopathie chronique obstructive. Société de Pneumologie de Langue Française. [En ligne] 2014 Mars. [Consulté le 4/04/2014] Disponible à partir de : <http://www.splf.org/s/spip.php?article2344>.
39. **Groupe BPCO de la SPLF.** Dossier de Presse - Lancement Carnet de Suivi BPCO. Société de Pneumologie de Langue Française. [En ligne] 2013 Avril. [Consulté le 4/04/2014] Disponible à partir de : <http://www.splf.org/s/spip.php?article2344>.
40. Code de Santé Publique - Article L6321-1. Légifrance. [En ligne] 2003 Septembre. [Consulté le : 5/04/2014] Disponible à partir de : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691334&dateTexte=&categorieLien=cid>.
41. Les associations de patients et d'usagers. ARS Ile de France. [En ligne] [Consulté le : 04/04/2014] Disponible à partir de : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-associations-de-patients-e.125459.0.html>.

Annexes

Annexe 1 : Grade des recommandations

Niveau de preuve des recommandations établies par la SPLF (14)

L'établissement du niveau de preuve et de la force des recommandations s'est inspiré de la méthodologie GRADE. Pour chaque question, la première étape consiste à identifier les données pertinentes et déterminer le niveau de preuve qu'elles apportent, classé en élevé ou haut, modéré, faible ou très faible. Pour ce faire, la méthodologie GRADE prend en compte le type de source de données (étude randomisée, étude observationnelle, autre source) et les qualités des études (force des associations, relations effet-dose, prise en compte des facteurs de confusion, cohérence des données, biais, caractère direct des preuves).

La seconde étape est la formulation des recommandations, tenant compte de la balance bénéfice-risque et éventuellement des coûts (non pris en compte pour la présente actualisation, faute d'études médico-économiques de qualité suffisante). Ceci aboutit à 4 types de possibilités : « recommandation forte (G1) ou faible (G2), positive (+ : « il est recommandé de ») ou négative (- : « il est recommandé de ne pas »). Les recommandations sont ainsi accompagnées d'une cotation sur le mode G1+/G1-/G2+/G2-.

La balance bénéfice-risque d'une intervention est appréciée en tenant compte de différents paramètres :

- l'amplitude (taille de l'effet) et l'importance / la pertinence clinique des effets bénéfiques ;
- le degré de risque d'effets indésirables et leur sévérité / impact sur les malades ;
- la qualité et la précision des données permettant de déterminer ces deux points ;
- le contexte de mise en œuvre de la recommandation, lorsqu'il est susceptible de moduler les bénéfices et risques prévisibles ;
- le degré de confiance dans les risques encourus par les malades en l'absence d'intervention.

Ainsi, le niveau de preuve (estimé de manière globale pour l'ensemble des données se rapportant à une question) n'est qu'un des éléments pris en compte pour définir la force d'une recommandation.

L'absence de cotation de la force d'une recommandation signifie qu'il s'agit d'un accord professionnel.

Niveau de preuve des recommandations établies par l'American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (ACCP) et l'American College of Chest Physicians (ACVPR) (15)

Table 1—Relationship of Strength of the Supporting Evidence to the Balance of Benefits to Risks and Burdens*

Strength of Evidence	Balance of Benefits to Risks and Burdens			
	Benefits Outweigh Risks/Burdens	Risks/Burdens Outweigh Benefits	Evenly Balanced	Uncertain
High	1A	1A	2A	
Moderate	1B	1B	2B	
Low or very low	1C	1C	2C	2C

*1A = strong recommendation; 1B = strong recommendation; 1C = strong recommendation; 2A = weak recommendation; 2B = weak recommendation; 2C = weak recommendation.

Annexe 2 : Guide d'entretien

AMORCE :

Bonjour, dans le cadre de la réalisation de mon travail écrit de fin d'études, je travaille sur le sujet suivant : *Place du masseur-kinésithérapeute dans la post-réhabilitation respiratoire de patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive après un stage initial.*

Vous avez été sollicité(e) pour réaliser un entretien et je vous remercie de votre disponibilité. Si vous l'acceptez, cet entretien d'une durée approximative de 30 minutes sera enregistré sur un dictaphone, ceci afin d'en faciliter l'analyse. Bien entendu, votre anonymat sera respecté. L'objectif de mon travail est de recueillir des données issues de votre expérience afin d'apporter des éléments de réponses à mon questionnement. Pour chaque question posée, vous serez libre de développer votre réponse.

QUESTION GENERALE :

Quelle est la place du masseur-kinésithérapeute dans la post-réhabilitation respiratoire mise en place par la structure, lieu de réalisation du stage initial de réhabilitation, pour des patients atteints de BPCO ?

PRESENTATION DE L'INTERLOCUTEUR ET DE SES ACTIONS :

- Depuis quand êtes vous diplômé(e) ? Depuis combien de temps exercez-vous dans le service ?
- Quel est votre parcours professionnel antérieur ?
- Quelles formation(s) avez-vous suivie(s) depuis l'obtention de votre diplôme d'Etat ?
- Quelles sont vos actions dans la prise en charge des patients atteints de BPCO en réhabilitation respiratoire au sein de l'établissement ?
- Quel est le mode d'hospitalisation des patients en Réhabilitation Respiratoire pour BPCO dans la structure où vous exercez ?

QUESTIONNEMENT THEMATIQUE DE L'ENTRETIEN :

Thèmes	Questionnement
COMMENT : <i>Modalités de sollicitation du masseur-kinésithérapeute</i>	<ul style="list-style-type: none">→ Les patients sortant bénéficient-ils tous d'une prescription pour des séances de masso-kinésithérapie ? (Si la réponse est négative : Sur quels critères sont déterminés les besoins d'une prise en charge post réhabilitation respiratoire en masso-kinésithérapie ?)→ A quel masseur-kinésithérapeute est adressé le patient pour son suivi ? Comment est établi ce choix ?→ Que contient la prescription pour des séances de masso-kinésithérapie en post-réhabilitation respiratoire de patients souffrant de BPCO ?→ La prescription prend-elle effet dès la sortie du stage initial ou à distance ?→ Quelles informations sur la prise en charge masso-Kinésithérapique du stage de réhabilitation respiratoire transmettez-vous au masseur-kinésithérapeute sollicité pour la prise en charge après le stage initial ?→ Comment s'organise la prise en charge masso-Kinésithérapique post-réhabilitation respiratoire en termes de fréquence des consultations et de durée ?
QUOI : <i>Rôle du masseur-kinésithérapeute</i>	<ul style="list-style-type: none">→ Selon vous, quels sont les objectifs d'une prise en charge masso-Kinésithérapique en post-réhabilitation respiratoire du patient souffrant de BPCO ?→ Selon vous, quel est/quels sont le/les rôle(s) du masseur-kinésithérapeute sollicité pour cette prise en charge ?
DIFFICULTES	<ul style="list-style-type: none">→ Quelles difficultés sont rencontrées par le masseur-kinésithérapeute sollicité pour le suivi du patient ? Par le centre pour le suivi masso-Kinésithérapique du patient ?→ Quelles stratégies peuvent être mises en place pour remédier à ces difficultés ?
COMMUNICATION : <i>Stratégies, moyens</i>	<ul style="list-style-type: none">→ Quel professionnel de santé coordonne les soins post-réhabilitation respiratoire pour le patient atteint de BPCO ?→ Quelle communication, quel partage d'information est mis en place entre les professionnels de santé impliqués dans le suivi du patient après son stage initial de réhabilitation respiratoire ?→ Y a-t-il une communication mise en place entre le lieu de réalisation du stage initial et les intervenants dans la prise en charge post-réhabilitation ?

Annexe 3 : Retranscription des entretiens

Annexe 4 : Grille d'analyse thématique