

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

LA SPÉCIFICITÉ KINÉSITHÉRAPIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME : UNE RÉALITÉ

Rapport de travail écrit personnel

présenté par **Nicolas BOLLINGER**

étudiant en 3^{ème} année de kinésithérapie

en vue de l'obtention du Diplôme d'État

de Masseur-Kinésithérapeute

2008-2009

SOMMAIRE

	Page
RESUME	
1. INTRODUCTION.....	1
2. MATÉRIEL ET METHODE.....	2
2.1. Le pré-questionnaire.....	2
2.2. Le questionnaire définitif.....	4
2.3. La diffusion du questionnaire.....	5
3. RESULTATS.....	5
3.1. Résultats des masseurs-kinésithérapeutes.....	5
3.1.1. Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.....	6
3.1.2. Les masseurs-kinésithérapeutes salariés.....	8
3.2. Résultats des pneumologues.....	10
3.3. Résultats des infirmiers diplômés d'état.....	12
4. DISCUSSION.....	14
4.1. Le choix du questionnaire et la participation.....	14
4.2. L'analyse des résultats par profession.....	15
4.3. Synthèse.....	18
5. CONCLUSION.....	20
 BIBLIOGRAPHIE	
 ANNEXES	

RÉSUMÉ

Le masseur-kinésithérapeute intervient à différents niveaux dans la prise en charge des patients asthmatiques. Mais son rôle est-il spécifique ou peut-il être remplacé par d'autres professionnels de santé ?

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé un questionnaire afin d'interroger les principaux acteurs de cette prise en charge : les pneumologues, les infirmiers diplômés d'état et les masseurs-kinésithérapeutes.

Sur l'ensemble des questionnaires pris en compte, 92 % des thérapeutes soutiennent l'existence d'une spécificité kinésithérapique dans la prise en charge de l'asthme. Mais les avis divergent concernant les actes rentrant dans cette spécificité, les principaux étant l'éducation thérapeutique, le désencombrement et la prévention de la crise. Il en ressort aussi que la kinésithérapie est relativement peu prescrite par les médecins aux patients porteurs de cette pathologie.

Le masseur-kinésithérapeute doit encore faire des efforts pour valoriser sa pratique quotidienne et garder sa place dans la thérapeutique de l'asthme.

Mots clés : asthme, kinésithérapie, spécificité.

1. INTRODUCTION

L'asthme est une des principales affections de longue durée et représente 1 milliard d'euros de dépenses de santé. C'est à la suite de ce constat que Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé en 2002 avait lancé le «Programme d'actions, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005». Mais aujourd'hui, malgré la mise en application des mesures développées à l'époque et l'efficacité toujours plus grande des traitements médicamenteux, le nombre de personnes atteintes est en constante augmentation (3,5 millions en France) et le nombre de décès ne diminue pas (1000 par an), touchant particulièrement les enfants et adolescents. D'où vient ce paradoxe ?

L'asthme est une maladie chronique inflammatoire des voies aériennes, parfois associée à une obstruction bronchique et pouvant provoquer des épisodes paroxystiques appelés crises d'asthme (2,10) et aboutir à l'insuffisance respiratoire chronique à long terme (15). Grâce à un suivi régulier et une bonne observance thérapeutique, le patient peut contrôler sa maladie et prévenir les crises et les complications pour les éviter au maximum.

Le masseur-kinésithérapeute fait partie intégrante de la prise en charge pluridisciplinaire (8,12), de par ses connaissances anatomiques, physiopathologiques mais aussi par l'ensemble des techniques apprises tout au long de son cursus. Bien que sa place soit reconnue par le monde médical, nous pouvons nous demander s'il existe une spécificité kinésithérapique dans la prise en charge des patients asthmatiques, à l'heure où certains de

nos champs de compétence sont exploités par d'autres professions, médicales ou non. Le Groupe de Travail de Kinésithérapie (un des groupes de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF)) s'est posé cette question par l'intermédiaire de M. Cabillic (19), nous allons tenter de l'approfondir entre autres en augmentant le nombre de professionnels audités.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Le pré-questionnaire

Nous avons d'abord réalisé un pré-questionnaire en nous basant sur les réponses obtenues par M. Cabillic (19) auprès d'un panel de professionnels de santé (pneumologues, infirmiers diplômés d'état, masseurs-kinésithérapeutes) dans le cadre d'une enquête réalisée dans les hôpitaux de Nantes. Nous avons aussi tenu compte de la littérature pour orienter la deuxième question à choix multiple. Chaque item correspond à des actes ou des stratégies thérapeutiques utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge des patients asthmatiques.

Le M.K. intervient ainsi dans la prévention (14) et la gestion (7) de la crise par sa capacité à surveiller les critères de bon contrôle (notamment lors du suivi régulier en cabinet libéral) et reconnaître les signes de gravité ou de complications de la crise.

Il peut aussi désencombrer le patient (3,13) lors de la phase sécrétante (proche de la crise d'asthme) ou s'il existe une hypersécrétion chronique et éviter ainsi les surinfections à l'aide

de techniques ayant démontré leur efficacité (augmentation du flux expiratoire, expiration lente totale à glotte ouverte en latérocubitus, drainage autogène). De plus, le désencombrement facilite la pénétration des aérosols au sein de l'appareil respiratoire.

Les massages et la physiothérapie (électrothérapie, thermothérapie) permettent de rassurer le patient en période de crise (18) (mais ne constituent qu'un adjuvant et en aucun cas un traitement de première intention de celle-ci) ou de lever divers spasmes musculaires pouvant apparaître après des positions prolongées en hyperinflation et générant des douleurs. Le contact physique entre le thérapeute et le patient instaure une relation de confiance prompte à encourager celui-ci à exprimer ses déficiences.

L'éducation thérapeutique (1) permet d'améliorer l'observance thérapeutique et peut être proposée par tous les acteurs de santé (médecin, infirmier, pharmacien). Le M.K., dont le relationnel est prépondérant, est tout particulièrement enclin à assurer cette fonction. Celle-ci passe par l'établissement d'un diagnostic éducatif comprenant un diagnostic kinésithérapique (qui traduit les déficiences physiques et fonctionnelles) et aboutit au contrat éducatif. Cette éducation passe ensuite par exemple par des ateliers du souffle où le patient peut prendre conscience de ses divers volumes respiratoires et les faire évoluer. Un apport anatomo-physio-pathologique (lors de sessions d'information réalisées en groupe) évite la sous-estimation de ses symptômes par la personne et améliore le contrôle de la pathologie.

L'utilisation correcte des aérosols (souvent déficitaire en pratique) est importante pour améliorer l'efficacité des médicaments (5). Le M.K. peut assurer son apprentissage en suivant les recommandations du GAT.

La relaxation, comme le massage, peut faciliter la gestion d'une crise (lutte contre la panique) et augmenterait le débit expiratoire de pointe (17).

Enfin, la réhabilitation permet d'augmenter la tolérance à l'effort (impact sur la qualité de vie) et est entièrement dévolue au M.K. (4). De plus, la prise en charge peut se faire au sein d'un groupe, permettant de confronter les expériences de chacun. Ce réentraînement se fera en fonction d'objectifs prédéfinis avec le patient.

Ce pré-questionnaire a été diffusé auprès des membres du GTK ainsi que parmi les M.K. de l'hôpital Bon Secours de Metz pour une première évaluation. Ce qui a permis de reformuler certaines questions et d'aboutir au questionnaire final.

2.2. Le questionnaire définitif (annexe I)

Voulant interroger des pneumologues, des infirmiers et des M.K., nous avons réalisé trois questionnaires différents. Seul le cartouche de présentation (lieu d'exercice, sexe, âge) et les trois premières questions (sur l'existence ou non d'une spécificité kinésithérapique) sont communes. Le questionnaire est anonyme. Il est composé d'un maximum de questions fermées car celles-ci facilitent l'analyse statistique et réduisent le temps de réponse (et par là tendent à augmenter le nombre de questionnaires retournés). Il comporte néanmoins une question ouverte permettant l'expression libre des professionnels.

2.3. La diffusion du questionnaire

Voulant obtenir un maximum de réponses, nous avons multiplié les modes de diffusion :

- envoi des trois exemplaires différents accompagnés d'une lettre explicative par courrier à chaque service de pneumologie français en utilisant le listing de la SPLF (environ 180 courriers) ;
- envoi de questionnaires par courriel sur la mail-list de la SPLF ;
- diffusion auprès des M.K. lors du salon mondial de la rééducation à Paris les 4 et 5 octobre 2008.

3. RÉSULTATS

Nous avons obtenu un total de 147 réponses (107 M.K., 24 pneumologues, 16 infirmiers).

3.1. Résultats des masseurs-kinésithérapeutes (annexe II)

Nous ne prenons pas en compte les résultats des M.K. ayant une activité mixte (seulement 3 questionnaires) et un questionnaire dont le lieu de travail n'était pas précisé.

3.1.1. Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Ils représentent 57% des questionnaires M.K. renvoyés (61 réponses) et parmi ceux-ci nous comptons 34,4% de femmes et 65,6% d'hommes. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 40-50 ans (l'âge moyen des M.K. en exercice étant de 45 ans en France). (tab. I)

Tableau I : répartition par âge des réponses des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Age	20-30	30-40	40-50	50-60	60 et plus	Total
Nb réponses	16	12	21	7	5	61

Notre échantillon de M.K. libéraux prend en charge des patients asthmatiques depuis 14,8 ans, avec une moyenne de 10,5 patients dans l'année écoulée. La kinésithérapie respiratoire représente 23,8% de leur activité. Enfin, 45,9% des M.K. libéraux ont déjà suivi une formation relative à la prise en charge des patients asthmatiques.

Sur l'ensemble des praticiens interrogés, 95,1% ont affirmé qu'il existe une spécificité kinésithérapique (2 réponses négatives et une inconnue), 80,3% pendant la phase aiguë et 75,4% pendant la phase stable.

Les différents actes proposés ne sont en revanche pas tous pratiqués. Nous retrouvons (du plus au moins mentionné, exprimé en pourcentages de réponses positives) : (fig.1)

- la prévention de la crise (72,1%)
- l'éducation thérapeutique (70,5%)

- la réhabilitation et le réentraînement à l'effort (65,6%)
- la gestion de la crise (63,9%)
- le désencombrement (63,9%)
- le suivi du patient (60,6%)
- l'aérosolthérapie (42,6%)
- la relaxation (29,5%)
- la massothérapie et la physiothérapie (19,7%)

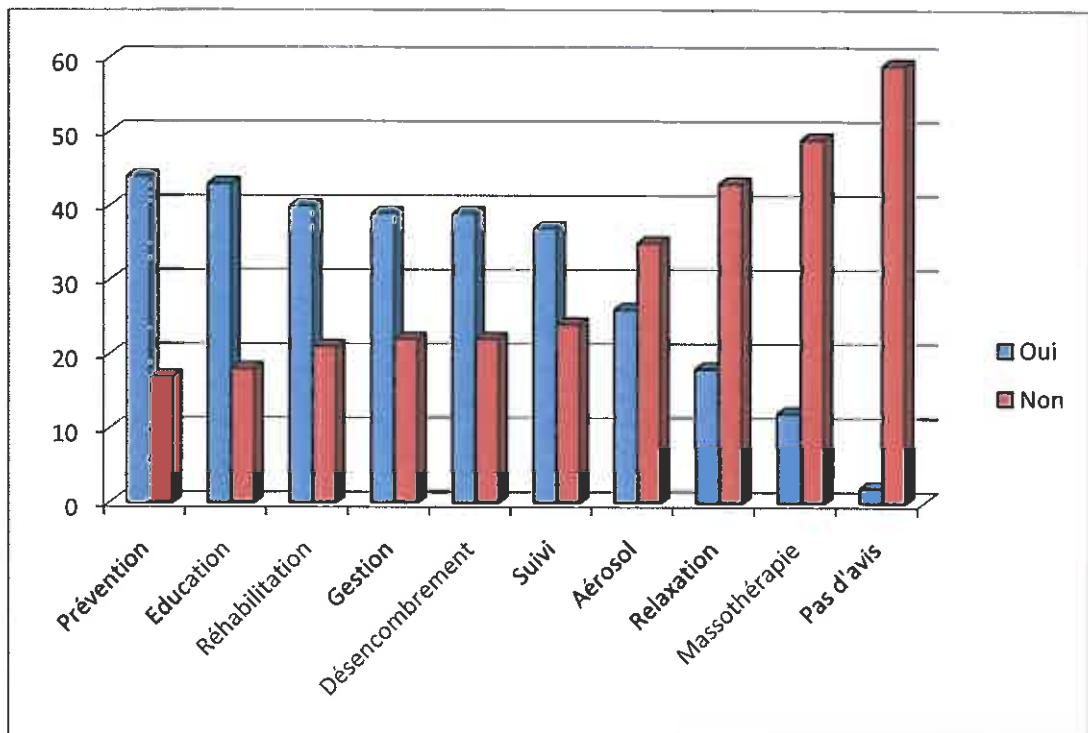


Figure 1 : actes pratiqués par les M.K. libéraux (nombre de réponses)

2 M.K. n'avaient pas d'avis.

Certains thérapeutes ont proposé d'autres pistes :

- une meilleure coordination entre les différents acteurs de la prise en charge (médecins, auxiliaires médicaux et associations) ;

- une réelle formation à l'éducation thérapeutique ;
- l'ajout de techniques visant à corriger les asymétries ventilatoires, assouplir le thorax ou normaliser les volumes non mobilisables.

3.1.2. Les masseurs-kinésithérapeutes salariés (annexe II)

Nous comptons 39,25% de salariés dans notre échantillon, dont 52,4% de femmes et 47,6% d'hommes.

La tranche d'âge des 40-50 ans est à nouveau la plus représentée (38%). (tab. II)

Tableau II : répartition par âge des M.K. salariés

Age	20-30	30-40	40-50	50-60	60 et plus	NSPP	Total
Nb réponses	7	9	16	9	0	1	42

Les thérapeutes salariés s'occupent de patients asthmatiques depuis 14,9 ans, avec 22 patients par an en moyenne, les actes de kinésithérapie respiratoire représentant 60,9% de leurs gestes. 47,6% des kinésithérapeutes ont suivi une formation spécifique.

Il existe une spécificité kinésithérapique dans la prise en charge des patients asthmatiques pour 97,6% d'entre eux, dont 78,6% en phase aiguë et autant en phase stable.

Les réponses positives aux items proposés sont les suivantes : (fig. 2)

- le désencombrement (85,7%)
- l'éducation thérapeutique (85,7%)
- la prévention de la crise (83,3%)
- la gestion de la crise (80,9%)
- l'aérosolthérapie (76,2%)
- le suivi du patient (61,9%)
- la relaxation (61,9%)
- la réhabilitation et le réentraînement à l'effort (47,6%)
- la massothérapie (42,9%)

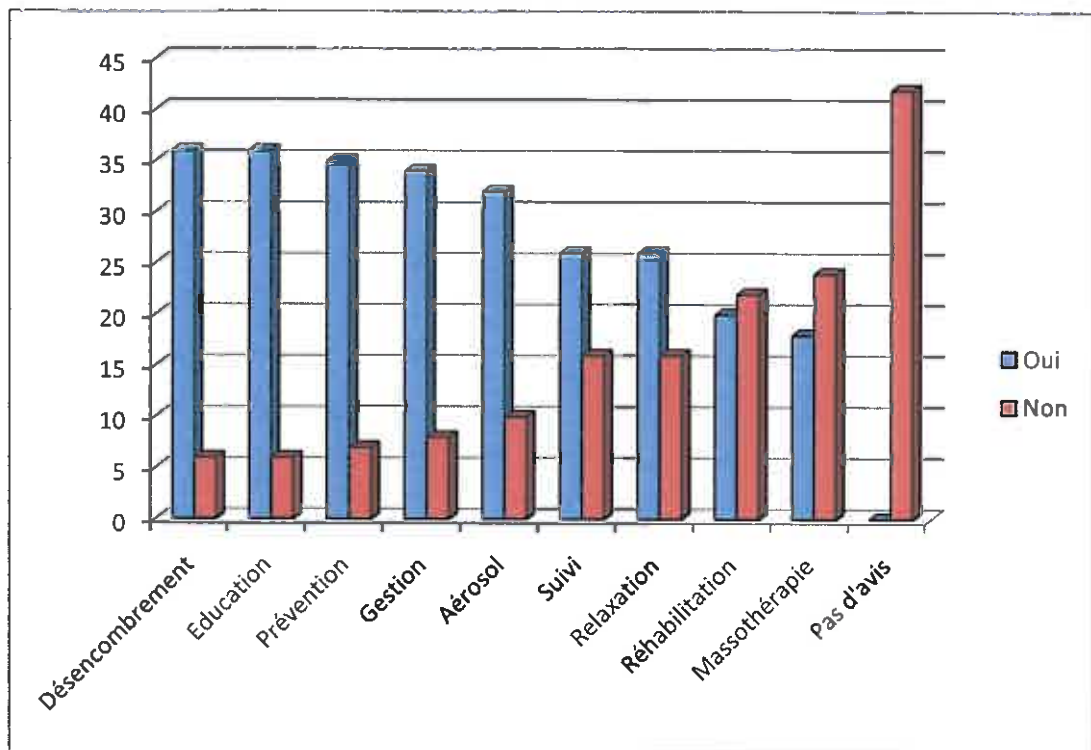


Figure 2 : actes pratiqués par les M.K. salariés (nombre de réponses)

Les M.K. salariés ont proposé :

- une participation plus importante à l'éducation ;

- la mise en avant de la relaxation (considérée comme déficiente en milieu hospitalier) ;
- l'apprentissage de techniques respiratoires (maîtrise du souffle, toilette bronchique) ;
- un suivi systématique des patients en phase stable ;
- un meilleur dépistage ;
- la mise en place d'une ventilation non invasive en phase aiguë.

3.2. Résultats des pneumologues (annexe II)

24 médecins ont renvoyé le questionnaire.

Parmi eux, 75% sont salariés, 20,8% exercent une activité mixte (salariale et libérale) et 4,2% ne se sont pas prononcés. 79,2% sont des hommes contre 20,8% de femmes. La majorité des praticiens est âgée de plus de 50 ans (75%). (tab. III)

Tableau III : répartition par âge des pneumologues

Age	20-30	30-40	40-50	50-60	60 et plus	Total
Nb réponses	0	3	3	10	8	24

Les pneumologues qui ont répondu prescrivent des séances de kinésithérapie respiratoire à 28,6% des patients asthmatiques qu'ils prennent en charge.

Nous avons retrouvé une réponse positive concernant la spécificité kinésithérapique dans 79,2% des questionnaires, 58,3% en phase aiguë et 62,5% en phase stable.

Le classement des items pratiqués par les M.K. est le suivant : (fig. 3)

- l'éducation thérapeutique (83,3%)
- le désencombrement (70,8%)
- la gestion de la crise (54,2%)
- la relaxation (54,2%)
- la prévention de la crise (50%)
- l'aérosolthérapie (45,8%)
- la réhabilitation et le réentraînement à l'effort (37,5%)
- le suivi du patient (25%)
- la massothérapie (8,3%)

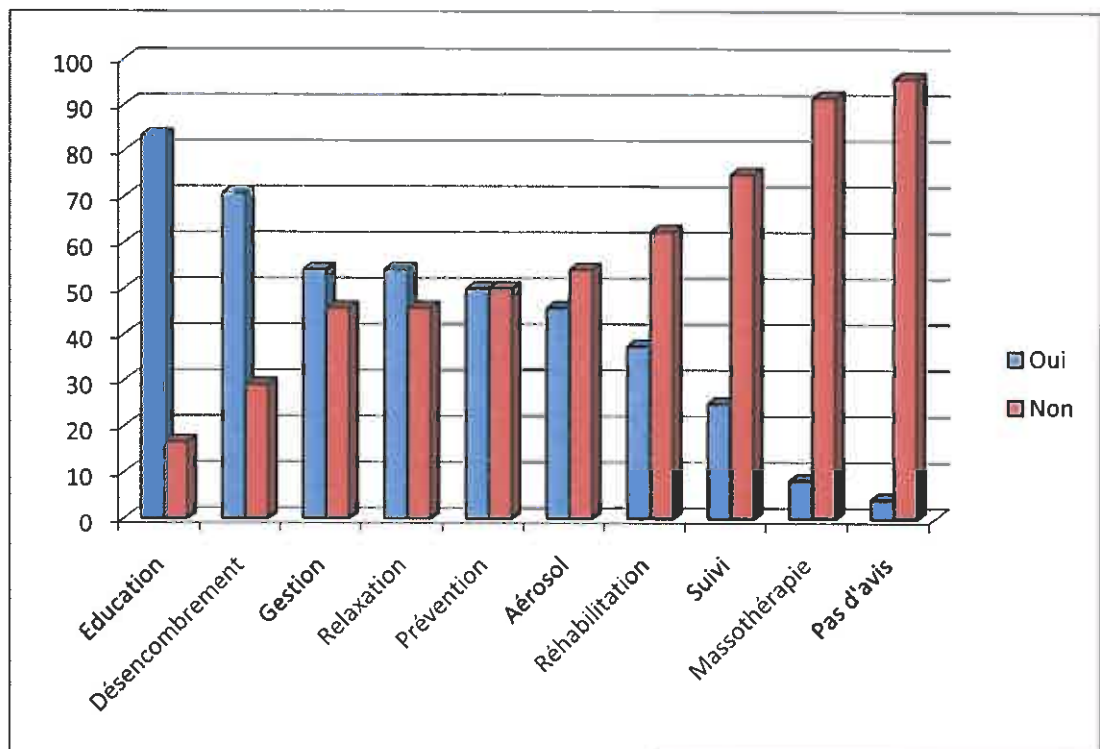


Figure 3 : actes réalisés par les M.K. selon les pneumologues (pourcentages)

Un pneumologue n'a pas d'avis.

La seule proposition émanant des médecins est une augmentation de l'implication des M.K dans l'éducation thérapeutique et le réentraînement.

3.3. Résultats des infirmiers diplômés d'état (annexe II)

Nous avons obtenu 16 réponses.

15 soignants sont salariés (une infirmière ne s'étant pas prononcée). 93,7% des soignants sont des femmes et sont âgés majoritairement entre 40 et 50 ans (56%). (tab. IV)

Tableau IV : répartition par âge des réponses des IDE

Age	20-30	30-40	40-50	50-60	60 et plus	Total
Nb réponses	1	2	9	4	0	16

Ils suivent en moyenne 120 patients asthmatiques par an.

Parmi eux, 87,5% affirment qu'il existe une spécificité kinésithérapique, 50% en phase aiguë et 87,5% en phase stable. Les réponses aux items sont : (fig. 4)

- l'éducation thérapeutique (81,2%)
- le désencombrement (68,7%)
- la prévention de la crise (62,5%)
- la gestion de la crise (56,2%)
- la relaxation (50%)
- la réhabilitation et le réentraînement à l'effort (50%)

- le suivi du patient (37,5%)
- l'aérosolthérapie (37,5%)
- la massothérapie (25%)

Une infirmière n'avait pas d'avis.

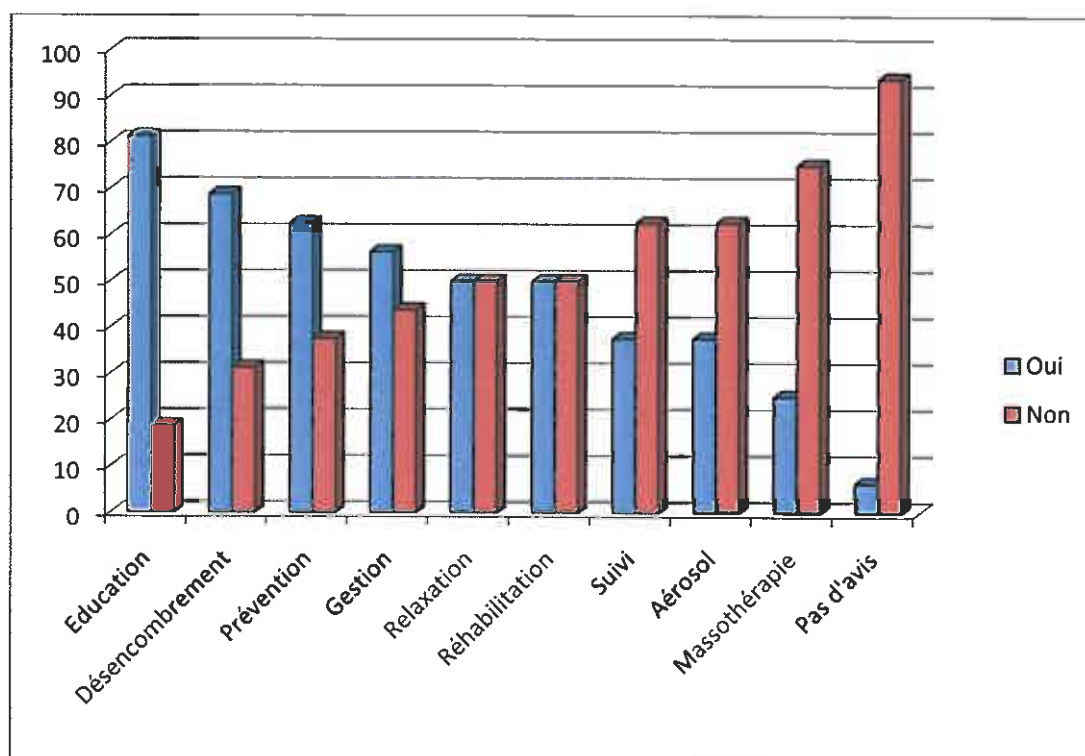


Figure 4 : actes réalisés par les M.K. selon les IDE (pourcentages)

Les IDE souhaiteraient :

- la mise en place d'ateliers de réhabilitation et de relaxation ;
- une participation active aux écoles de l'asthme ;
- de la prévention auprès des jeunes adolescents (campagnes en milieu scolaire).

4. DISCUSSION

4.1. Le choix du questionnaire et la participation

Lors de la rédaction du pré-questionnaire, nous avons rencontré des difficultés quant à l'utilisation de certains termes, notamment le principal, la spécificité. Ce dernier mot était remis en question par de nombreux lecteurs qui ne voyaient pas par rapport à qui et à quoi il pouvait y avoir une spécificité kinésithérapique. Mais ce terme, signifiant l'existence d'une activité propre au M.K. et représentant l'essence même de notre étude, nous nous sommes retrouvés dans l'obligation de le conserver.

Nous pouvons aussi nous rendre compte que malgré la diffusion importante de questionnaires, les M.K. représentent les $\frac{3}{4}$ des réponses enregistrées. Nous avons envoyé 180 lettres aux différents services de pneumologie. Seuls 24 pneumologues et 16 IDE ont répondu au questionnaire, alors que leur point de vue était peut-être le plus attendu car il aurait pu refléter l'image de notre profession vis-à-vis des autres thérapeutes. Le faible nombre de réponses représente donc un biais dans l'utilisation et l'interprétation des données. Nous avons obtenu un chiffre similaire à l'étude de M. Cabillic (19).

La répartition générale des sexes se fait comme suit : 43,5% de femmes et 56,5% d'hommes. Aucune différence significative n'est à noter entre les réponses des uns et des autres donc nous ne pouvons en tirer aucune conclusion.

Des personnes appartenant à toutes les tranches d'âge ont répondu à notre enquête. Cela permet d'avoir une vue d'ensemble de la profession, malgré les modifications apportées aux formations suivies par les jeunes diplômés comparativement aux personnes proches de la retraite.

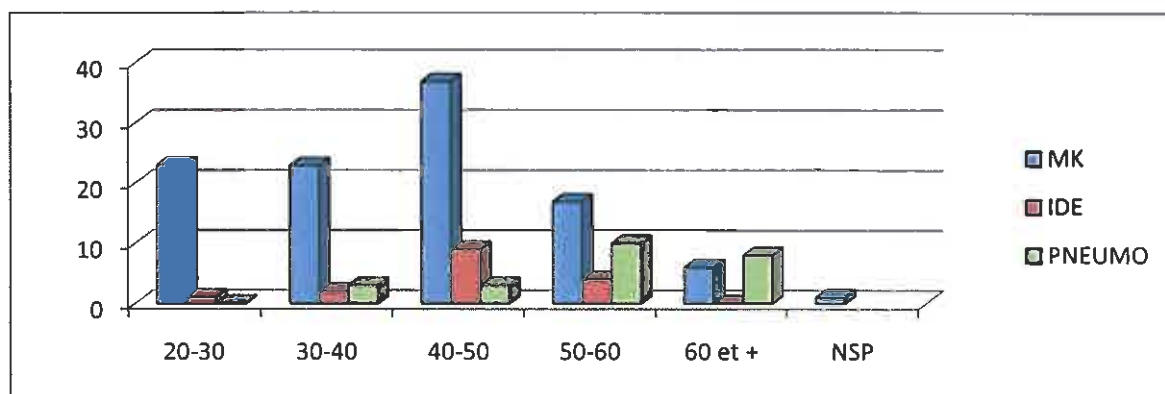


Figure 5 : répartition par âge des professionnels interrogés

4.2. L'analyse des résultats par profession

Une très grande majorité des M.K. soutient la spécificité kinésithérapique de la prise en charge de l'asthme (96,26%) et nous ne notons que très peu de différences entre les salariés et les libéraux. Cette distinction est plus importante concernant la phase aiguë (80% contre 75% en phase stable) chez les libéraux alors que ceux-ci n'y interviennent pas en principe (prise en charge en milieu hospitalier voire en secteur de réanimation de l'asthme aigu grave). Les réponses aux items correspondent en revanche mieux à leur activité habituelle. Les trois premières réponses (par ordre d'importance) des M.K. libéraux sont la prévention de la crise, l'éducation thérapeutique et la réhabilitation, trois pratiques qu'ils peuvent exercer en cabinet. Le désencombrement ou l'aérosolthérapie n'arrivent qu'ensuite. Chez les M.K. salariés, ce sont l'éducation, le désencombrement et la prévention de la crise qui obtiennent le plus de

suffrages. La gestion de la crise et l'aérosolthérapie sont plus souvent utilisées (respectivement 81 et 76% de réponses positives). La réhabilitation est en revanche moins souvent décrite (prise en charge à plus long terme qui ne correspond pas forcément au suivi hospitalier). Nous remarquons que pour l'ensemble de la profession la massothérapie et la physiothérapie, bien qu'elles soient des techniques réellement spécifiques aux M.K. et pouvant apporter un plus aux patients (6), sont peu utilisées (28%). Peut-être est-ce dû à un défaut de temps qui limite la prise en charge aux techniques les plus efficaces le plus rapidement possible ?

Dans les deux cas l'éducation thérapeutique arrive en tête du classement. Ce versant de la prise en charge est aujourd'hui considéré comme la base du traitement de l'asthme, ainsi que nous pouvons en juger dans les différentes recommandations, aussi bien françaises qu'internationales (1,12).

Nous pouvons aussi constater que les M.K. salariés ayant répondu au questionnaire sont dans l'ensemble spécialisés en kinésithérapie respiratoire (plus de 50% de leur activité pour 64% d'entre eux), ce qui peut expliquer leur forte implication dans cette prise en charge ainsi que leurs connaissances plus approfondies sur cette pathologie. En revanche, quelque soit leur lieu de travail, moins de la moitié ont suivi une formation spécifique (manque de temps ou rareté des formations ?).

Les pneumologues répondent aussi majoritairement en faveur de la spécificité du kinésithérapeute dans la prise en charge de l'asthme (79%). Les positions vis-à-vis des différentes phases sont par contre moins tranchées puisqu'ils ne sont pour qu'à 60% dans les deux cas. Leur vision des actes kinésithérapiques correspond à peu près à ce qui a été vu précédemment, l'éducation thérapeutique arrivant toujours en tête, suivie du désencombrement et de la gestion de la crise (pratiques majoritairement hospitalières). Une surprise cependant : la relaxation est donnée aussi souvent que la gestion de la crise (54%). Nous noterons aussi le faible résultat du suivi (seulement 25% contre plus de 60% chez les M.K.). Les médecins étant les premiers à intervenir auprès des patients, ils sont donc le premier maillon de la chaîne du suivi.

Enfin signalons qu'ils n'ont prescrit de la kiné que dans 28% des cas, résultat faible et qui ne correspond pas forcément aux données vues plus tôt. En effet, les pneumologues sont conscients du rôle du M.K. mais lui demandent peu d'intervenir (défaut d'information sur l'importance de notre rôle ?) (11).

Les infirmiers, qui ont répondu, sont d'accord avec les autres professionnels (87,5% pour la spécificité kinésithérapique en phase stable) mais sont plus partagés quant à la phase aiguë (50-50). Tous les IDE sont salariés et sont donc confrontés principalement à la phase aiguë où la principale thérapeutique est médicamenteuse. Malgré cela le désencombrement est retenu à près de 69% et fait partie du « top 3 » avec l'éducation thérapeutique et la prévention

de la crise. L'aérosolthérapie arrive loin derrière avec 37,5% (elle est souvent mise en route par les infirmiers en pratique hospitalière, peut-être en est-ce la raison).

Enfin le « turn-over » en secteur hospitalier est plus important avec 120 patients par an en moyenne (contre 22 pour les M.K. salariés). Tous les patients asthmatiques hospitalisés ne sont donc pas systématiquement vus par les M.K.

4.3. Synthèse

Malgré l'accord de la grande majorité des personnes interrogées avec l'existence d'une spécificité kinésithérapique, nos compétences sont encore peu sollicitées (28% de prescription par les pneumologues) et dans des domaines assez limités (même si ce sont les prioritaires) : l'éducation thérapeutique, le désencombrement et la prévention de la crise.

L'éducation est avant tout une prise en charge pluridisciplinaire, que nous nous référons aux recommandations ou à la pratique de terrain (écoles de l'asthme) (16). Elle peut aussi être assurée par un infirmier et nécessite une collaboration avec le médecin traitant. La seule spécificité est l'élaboration d'un diagnostic kinésithérapique dans le cadre du contrat éducatif qui permettra ensuite de mieux cibler les déficiences du patient et leur prise en charge.

En revanche, le désencombrement est une spécificité du M.K. (qui est souvent perçu comme un « crachothérapeute ») car il est le seul à maîtriser les techniques ayant prouvé leur efficacité et ce aussi bien pendant la phase sécrétante de la crise que pendant la phase stable (en cas d'hypersécrétion chronique).

La prévention de la crise peut intervenir dans le cadre de l'éducation thérapeutique mais sera à corréliser avec les critères de contrôle de l'asthme que le kinésithérapeute peut surveiller (en particulier l'utilisation débitmètre de pointe pour la mesure du débit expiratoire de pointe, trop peu souvent usité alors qu'il permet de prévenir facilement une dégradation de l'état général et qu'il peut être prescrit par le M.K.).

Le réentraînement à l'effort est aussi une spécificité du M.K. mais est peu connu par les professionnels de santé. Il permet pourtant de reprendre une activité physique souvent très bénéfique pour le patient (augmentation du seuil de tolérance de la maladie, valorisation des capacités du patient...). Ce réentraînement intervient à long terme chez des patients souffrant souvent d'asthme sévère et génère donc une relation de confiance entre le patient et son thérapeute, ce qui facilitera indirectement le suivi.

D'autres items comme la massothérapie ou la relaxation (spécificité de la kinésithérapie) sont trop méconnus des professions de santé. Ces techniques ont pourtant des bénéfices à toutes les phases et mériteraient d'être mises en avant pour améliorer la qualité de vie du patient par exemple.

5. CONCLUSION

Bien qu'il soit reconnu comme faisant partie intégrante du système de prise en charge des patients souffrant d'asthme et possédant même une spécificité (9), cette étude a pu montrer que le masseur-kinésithérapeute reste cantonné dans sa pratique quotidienne à un nombre restreint d'actes, du moins c'est l'image qu'il renvoie.

Nous devons entreprendre des démarches vis-à-vis des autres professionnels de santé dans le but de modifier leur perception de notre activité et les informer.

Enfin, les M.K. doivent approfondir leurs connaissances par le biais de la formation continue.

C'est le meilleur moyen pour être le plus efficace possible et tenter de diminuer le taux de mortalité de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

1. **ANAES** – Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent. – Juin 2001.
2. **ANAES** – Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. – Septembre 2004.
3. **ANTONELLO M., DELPLANQUE D.** – Le désencombrement bronchique dans l'asthme. – Kiné. Réa., 2001, n° 30, p. 37-39.
4. **BRITISH GUIDELINE ON THE MANAGEMENT OF ASTHMA.** – Thorax, 2003, 58 (suppl.I).
5. **BURTIN P.** – Asthme et inhalateurs portables chez l'adulte. Place de la kinésithérapie. – Kiné. Réa., 2006, n° 44, p. 67-75.
6. **Code de Santé Publique**, Partie Réglementaire. Articles R4321-5-8-9-13.
7. **DELPLANQUE D.** – Quelle compétence kinésithérapique face à une crise d'asthme aigu grave au cabinet ? – Editions Elsevier, 2003.
8. **DUBREUIL C.** – Quelle est la place du kinésithérapeute dans la prise en charge de l'asthmatique ? – Rev. Mal. Respir., 2005, vol. 22, 4S54-4S56.
9. **DUBREUIL C., PIGNIER D.** – Asthme et kinésithérapie. – Kiné. Scient., 1997, n° 369, p. 17-28.
10. **EMC** – Kinésithérapie dans l'asthme de l'adulte. – 1992, 26-500-K-10.

- 11. GIRAUD V.** – Evaluation du contrôle de l’asthme : audit de pratique clinique. – Rev. Mal. Respir., 2005, 22, p. 219-226.
- 12. GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA .** – Global strategy for asthma management and prevention. – 2007.
- 13. GOUILLY P.** – Existe-t-il une kinésithérapie respiratoire du bronchospasme ? – Ann. Kinésithér., 2001, t. 28, n° 8, p. 343-348.
- 14. GOUILLY P., GNOS P.-L., KLEIN BAE F., BERNEZ J.-G., ROUSSE J.-M.** – Place du kinésithérapeute dans la prévention de l’asthme de l’adulte. – Ann. Kinésithér., 1996, t. 23, n° 5, p. 241-243.
- 15. HAS.** – Insuffisance respiratoire chronique secondaire à un asthme. – Décembre 2007.
- 16. HAS.** – Mieux vivre avec votre asthme. L’éducation thérapeutique pour bien gérer votre asthme au quotidien. – 2007.
- 17. HUNTLEY A., WHITE A.R.** – Relaxation therapies for asthma : a systematic review. – Thorax, 2002, 57, p. 127-131.
- 18. STAGNARA A., BAYLE J.Y.** – Massages reflexes et asthme, Congrès de kinésithérapie respiratoire de Lyon, Décembre 1994.

SUR INTERNET

- 19. CABILLIC M., BEAUVOIS E., BOURIC G., GAUCHEZ H., TILLY H.** – Y-a-t-il une spécificité de l’approche du kinésithérapeute dans la prise en charge de l’asthmatique ? - <http://www.splf.org/s/IMG/pdf/SpecificitekineasthmecabillicGTK08.pdf>

ANNEXES

ANNEXE I : questionnaires

Ce travail rentre dans le cadre d'un mémoire de fin d'études à l'ILFMK de Nancy sur le thème de la prise en charge kinésithérapique des patients asthmatiques.

Vous êtes : Vous pouvez faire un « copier-coller » du symbole suivant devant votre réponse : ☑	
Profession	Sexe
<input type="checkbox"/> kinésithérapeute : <input type="checkbox"/> libéral <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> Mixte	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
	Age
	<input type="checkbox"/> Entre 20 et 30 ans <input type="checkbox"/> Entre 40 et 50 ans <input type="checkbox"/> Entre 30 et 40 ans <input type="checkbox"/> Entre 50 et 60 ans <input type="checkbox"/> Plus de 60 ans

• Selon vous, existe-t-il une spécificité kinésithérapique dans la prise en charge d'un patient asthmatique ? OUI NON

Si oui, en phase aiguë en phase stable

• Si oui, que fait concrètement le kinésithérapeute face à un patient asthmatique ?

- | | |
|--|--|
| Prévention d'une crise <input type="checkbox"/> | Education thérapeutique <input type="checkbox"/> |
| Gestion d'une crise <input type="checkbox"/> | Aérosolthérapie <input type="checkbox"/> |
| Désencombrement <input type="checkbox"/> | Relaxation <input type="checkbox"/> |
| Massothérapie, physiothérapie <input type="checkbox"/> | Réhabilitation, réentraînement à l'effort <input type="checkbox"/> |
| Suivi du patient asthmatique <input type="checkbox"/> | Pas d'avis <input type="checkbox"/> |

• Que voudriez vous qu'il fasse d'autre ?

.....

<p>• Depuis combien d'années prenez-vous en charge des patients asthmatiques ?</p> <p style="text-align: center;">- - -</p>	<p>• Combien de patients asthmatiques avez-vous pris en charge dans la précédente année ?</p> <p style="text-align: center;">- - -</p>
<p>• En pourcentage, quelle est la part de votre activité en kinésithérapie respiratoire ?</p> <p style="text-align: center;">- -</p>	<p>Avez-vous suivi une formation spécifique quand à leur prise en charge ?</p> <p style="text-align: right;">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>

Questionnaire à envoyer par courrier à Pascal GOUILLY Service de Rééducation CHR Metz Thionville 57038 METZ Cedex ou par courriel en fichier joint à p.gouilly@chr-metz-thionville.fr

Merci du temps que vous avez consacré à y répondre

Ce travail rentre dans le cadre d'un mémoire de fin d'études à l'ILFMK de Nancy sur le thème de la prise en charge des patients asthmatiques.

Vous êtes : Vous pouvez faire un « copier-coller » du symbole suivant devant votre réponse : ☑	
Profession	Sexe
<input type="checkbox"/> Pneumologue : <input type="checkbox"/> libéral <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> Mixte	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
	Age
	<input type="checkbox"/> Entre 20 et 30 ans <input type="checkbox"/> Entre 40 et 50 ans <input type="checkbox"/> Entre 30 et 40 ans <input type="checkbox"/> Entre 50 et 60 ans <input type="checkbox"/> Plus de 60 ans

• Selon vous, existe-t-il une spécificité kinésithérapique dans la prise en charge d'un patient asthmatique ? OUI NON

Si oui, en phase aiguë en phase stable

• Si oui, que fait concrètement le kinésithérapeute face à un patient asthmatique ?

- | | |
|--|--|
| Prévention d'une crise <input type="checkbox"/> | Education thérapeutique <input type="checkbox"/> |
| Gestion d'une crise <input type="checkbox"/> | Aérosolthérapie <input type="checkbox"/> |
| Désencombrement <input type="checkbox"/> | Relaxation <input type="checkbox"/> |
| Massothérapie, physiothérapie <input type="checkbox"/> | Réhabilitation, réentraînement à l'effort <input type="checkbox"/> |
| Suivi du patient asthmatique <input type="checkbox"/> | Pas d'avis <input type="checkbox"/> |

• Que voudriez vous qu'il fasse d'autre ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Parmi les cent patients asthmatiques qui vous ont consulté, à combien avez-vous prescrit de la kinésithérapie ? _ _ _
--

Questionnaire à envoyer par courrier à Pascal GOUILLY Service de Rééducation CHR Metz Thionville 57038 METZ Cedex ou par courriel en fichier joint à p.gouilly@chr-metz-thionville.fr

Merci du temps que vous avez consacré à y répondre

Ce travail rentre dans le cadre d'un mémoire de fin d'études à l'ILFMK de Nancy sur le thème de la prise en charge des patients asthmatiques.

Vous êtes : Vous pouvez faire un « copier-coller » du symbole suivant devant votre réponse : ☑	
Profession	Sexe
<input type="checkbox"/> infirmier (e) : <input type="checkbox"/> libéral <input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> Mixte	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
	Age
	<input type="checkbox"/> Entre 20 et 30 ans <input type="checkbox"/> Entre 40 et 50 ans <input type="checkbox"/> Entre 30 et 40 ans <input type="checkbox"/> Entre 50 et 60 ans <input type="checkbox"/> Plus de 60 ans

• Selon vous, existe-t-il une spécificité kinésithérapique dans la prise en charge d'un patient asthmatique ? OUI NON

Si oui, en phase aiguë en phase stable

• Si oui, que fait concrètement le kinésithérapeute face à un patient asthmatique ?

- | | |
|--|--|
| Prévention d'une crise <input type="checkbox"/> | Education thérapeutique <input type="checkbox"/> |
| Gestion d'une crise <input type="checkbox"/> | Aérosolthérapie <input type="checkbox"/> |
| Désencombrement <input type="checkbox"/> | Relaxation <input type="checkbox"/> |
| Massothérapie, physiothérapie <input type="checkbox"/> | Réhabilitation, réentraînement à l'effort <input type="checkbox"/> |
| Suivi du patient asthmatique <input type="checkbox"/> | Pas d'avis <input type="checkbox"/> |

• Que voudriez vous qu'il fasse d'autre ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Combien de patients asthmatiques avez-vous pris en charge au cours des deux dernières années ? _ _ _

Questionnaire à envoyer par courrier à Pascal GOUILLY Service de Rééducation CHR Metz Thionville 57038 METZ Cedex ou par courriel en fichier joint à p.gouilly@chr-metz-thionville.fr

Merci du temps que vous avez consacré à y répondre

Annexe II : statistiques

Lieu d'exercice

	Libéral	Salarial	Mixte	NSPP
MK	61	42	3	1
IDE	0	15	0	1
PNEUMO	0	18	5	1

Age

Age	20-30	30-40	40-50	50-60	60 et +	NSPP
MK	23	23	37	17	6	1
IDE	1	2	9	4	0	0
PNEUMO	0	3	3	10	8	0

Spécificité kinésithérapique

	Spécificité			Phase aiguë		Phase stable	
	OUI	NON	NSPP	OUI	NON	OUI	NON
M.K. libéraux	58	2	1	49	12	46	15
M.K. salariés	41	1	0	33	9	33	9
Pneumologues	19	5	0	14	10	15	9
IDE	14	1	1	8	8	14	2

Actes réalisés par les M.K.

	Prévention de la crise		Gestion de la crise		Désencombrement		Massothérapie	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
M.K. libéraux	44	17	39	22	39	22	12	49
M.K. salariés	35	7	34	8	36	6	18	24
Pneumologues	12	12	13	11	17	7	2	22
IDE	10	6	9	7	11	5	4	12

	Suivi du patient		Education thérapeutique		Aérosolthérapie	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
M.K. libéraux	37	24	43	18	26	35
M.K. salariés	26	16	36	6	32	10
Pneumologues	6	18	20	4	11	13
IDE	6	10	13	3	6	10

	Relaxation		Réhabilitation		Pas d'avis	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
M.K. libéraux	18	43	40	21	2	59
M.K. salariés	26	16	20	22	0	42
Pneumologues	13	11	9	15	1	23
IDE	8	8	8	8	1	15

Formation des M.K.

	Formation spécifique		
	OUI	NON	NSPP
M.K. libéraux	28	30	3
M.K. salariés	20	22	42

