

Au Canada, on assiste à une incidence et à une prévalence élevées et en croissance des maladies pulmonaires chroniques. Il s'agit de l'une des premières causes de décès au pays². Une personne sur quatre recevra un jour un diagnostic de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et un traitement pour cette maladie au cours de sa vie¹. L'exercice et l'entraînement à l'activité physique prescrits par un ou une physiothérapeute forment une composante essentielle de tout programme de réadaptation pulmonaire (RP) visant l'amélioration de la performance fonctionnelle et de la qualité de vie (QV)².

Rôle de la physiothérapie dans la gestion des maladies pulmonaires chroniques

La réadaptation pulmonaire, y compris la physiothérapie, est la norme en matière de soins pour les patients qui souffrent d'une MPOC. Les programmes de RP sont complets, multidisciplinaires, axés sur les patients et comprennent de la formation à l'exercice et de l'éducation à l'autogestion, ainsi que des interventions psychosociales et nutritionnelles. Les physiothérapeutes prescrivent des entraînements très intenses des membres abdominaux et des exercices visant à renforcer les membres thoraciques et abdominaux aux patients qui participent à un programme de RP et assurent la formation en techniques d'autogestion appropriées.

La RP est offerte aux patients externes sous forme de programmes rattachés aux hôpitaux ou dans le cadre de programmes communautaires. Ces programmes durent de 6 à 12 semaines. Tous les modèles de prestation affichent une rentabilité équivalente et permettent d'obtenir des résultats positifs pour la santé des patients aux prises avec une MPOC.

Effets sur l'expérience du patient

La participation à un programme de RP permet aux patients d'être encore plus fiers des résultats obtenus pour leur santé, réduit leur anxiété par rapport aux conséquences négatives d'une MPOC et favorise une meilleure compréhension du caractère variable des symptômes et davantage de facilité pour le patient à en garder le contrôle³.

- Les programmes de RP, y compris l'entraînement à l'exercice et les stratégies d'autogestion, réduisent les symptômes respiratoires ainsi que l'incapacité et ils augmentent la participation à des activités physiques et sociales⁴.
- La RP réduit les symptômes d'anxiété et de dépression chez les patients aux prises avec une MPOC⁵.
- Les programmes de RP permettent aux patients avec une MPOC de demeurer chez eux plus longtemps².

Effets sur la santé de la population

L'exercice et les stratégies d'autogestion ont un effet positif sur l'autogestion, la tolérance à l'exercice et la QV liée à la santé chez les personnes souffrant d'une MPOC⁵.

- Les programmes de RP multidisciplinaires destinés aux patients externes améliorent considérablement la capacité à l'exercice et la QV des personnes souffrant d'une MPOC^{6,8}.
- La RP réduit considérablement les exacerbations, les hospitalisations et les jours d'hospitalisation dans l'année suivant la participation à un programme de RP^{7,8}.
- La RP pour la MPOC réduit l'anxiété et l'essoufflement chez les personnes qui y participent et améliorent leur santé perçue⁸.



Effets sur les coûts des soins de santé

La recherche a démontré que les patients externes qui suivent un programme de RP peuvent générer des coefficients rentables de coûts par année de survie ajustée pour la qualité (QALY¹), ce qui permet de réaliser des économies de 152 \$ par patient avec l'ajout de soins habituels en RP⁹.

- L'utilisation des ressources en santé est réduite pour les patients avec MPOC sévère ou très sévère qui participent à de la RP⁶.
- L'exercice et l'autogestion permettent de réduire les coûts des médicaments pour la MPOC⁶.
- La RP réduit l'utilisation des services de santé et réduit également les coûts directs, avec une diminution moyenne de 344 \$ par personne, par année, sur une période de un an¹⁰.

En résumé

La réadaptation pulmonaire, y compris la physiothérapie, est recommandée dans plusieurs guides de pratique internationaux pour la gestion de la MPOC⁴. C'est un outil efficace sur le plan clinique pour la gestion des personnes souffrant de MPOC dans les hôpitaux et dans la collectivité. La physiothérapie constitue une intervention rentable qui contribue à la QV individuelle et réduit la demande en soins de santé.

Références :

1. Gershon AS, Warner L, Cascagnette P, Victor JC, To T. *Lifetime risk of developing chronic obstructive pulmonary disease: a longitudinal population study*. Lancet. 2011; 10 sept.;378(9795):991-6.
2. Valeur des services de physiothérapie au Canada; rapport de l'ACP réalisé à l'aide d'une analyse de décision multicritères (MCDA) visant à établir la valeur des services de physiothérapie; Mitton G; Dionne F. 2012.
3. Fischer M, Scharloo M, Abbink K, van 't Hul A, van Ranst D, Rudolphus A, Weinman J, Rabe K, Kaptein AA. *The dynamics of illness perceptions: testing assumptions of Leventhal's common-sense model in a pulmonary rehabilitation setting*. Br Journal of Health Psychol. 2010;15(Pt4):887-903.
4. Garvey C, Fromer L, Saver DF, Yawn BP. *Pulmonary rehabilitation: an underutilized resource in primary COPD care*. Phys Sportsmed. 2010;38(4):54-60.
5. Harrison SL, Greening NJ, Williams JE, Morgan MD, Steiner MC, Singh SJ. *Have we underestimated the efficacy of pulmonary rehabilitation in improving mood?* Respir Med. 2012;106(6): 838-44.
6. Ninot G, Moulecc G, Picot MC, Jaussent A, Hayot M, Desplan M, Brun JF, Mercier J, Prefaut C. *Cost-saving effect of supervised exercise associated to COPD self-management education program*. Respir Med. 2011; 105(3):377-85.
7. Rubi M, Renom F, Ramis F, Medinas M, Centeno MJ, Górriz M, Crespi E, Martín B, Soriano JB. *Effectiveness of pulmonary rehabilitation in reducing health resources use in chronic obstructive pulmonary disease*. Archives de Physical Medicine and Rehabilitation. 2010;91(3):364-8.
8. Nici L, Lareau S, ZuWallack R. *Pulmonary rehabilitation in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease*. Am Fam Physician. 15 sept. 2010; 82(6):655-60
9. Griffiths TL, Phillips CJ, Davies S, Burr ML, Campbell IA. *Cost-effectiveness of an outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme*. Thorax. 2001; 56(10):779-84.
10. Golmohammadi K, Jacobs P, Sin DD. *Economic evaluation of a community based pulmonary rehabilitation program for chronic obstructive pulmonary disease*. Lung. 2004;182(3):187-196.
11. Johnston K, Grimmer-Somers K. *Pulmonary rehabilitation: overwhelming evidence but lost in translation?* Physiotherapy Canada. 2010; 62(4): 368-73.

¹ Les **années de survie ajustée pour la qualité de vie (QALY)** sont une mesure du fardeau occasionné par la maladie qui tient compte à la fois de la qualité de la vie et de sa durée.

La valeur des services de soins de santé va plus loin que leur seule rentabilité. La qualité de vie, l'accessibilité et la continuité des soins de même que l'intégration de ces services constituent des notions tout aussi importantes lorsque le concept de valeur est considéré dans une perspective plus large.