

# Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive ?

*La réhabilitation (ou réadaptation) respiratoire (RR) est une des composantes principales du traitement non médicamenteux des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).*

*Tous les patients pour qui elle serait indiquée n'y ont pas accès et les ressources sur le territoire sont hétérogènes. Cette fiche vise à clarifier les modalités de sa prescription et de réalisation.*

## Point clés

- La réhabilitation respiratoire (RR) doit être prescrite dès que le patient présente une dyspnée, une intolérance à l'exercice ou une diminution de ses activités quotidiennes malgré un traitement médicamenteux optimisé. Dans ces indications, elle améliore la capacité d'exercice et la qualité de vie, réduit la dyspnée, l'anxiété et la dépression liées à la BPCO, et diminue le nombre d'hospitalisations.
- Elle peut également être prescrite après une hospitalisation pour exacerbation de BPCO, situation où elle pourrait réduire la mortalité.
- L'accès à la réhabilitation respiratoire peut être optimisé :
  - en proposant au patient des modalités qui répondent à ses contraintes ;
  - en favorisant la réhabilitation en ambulatoire et à domicile.
- Tous les professionnels de santé participent à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage. Celle-ci nécessite une organisation en équipe. En outre, des actions d'accompagnement peuvent être menées par les associations de patients.

- Le maintien des bénéfices à long terme est essentiel. Pour cela :
  - l'activité physique 3 à 5 fois par semaine pendant 30 à 45 minutes doit être intégrée dans la vie quotidienne (vélo, marche, escaliers, etc.) ; sa pratique peut être stimulée par les associations sport santé et les associations de patients ;
  - il est important d'identifier le risque de mauvaise observance afin de motiver le patient.
- L'évaluation de l'efficacité de la RR dans la durée repose sur le suivi des paramètres suivants : échelle de dyspnée, test de tolérance à l'effort, questionnaire de la qualité de vie, dépression, anxiété, etc.
- Le suivi coordonné en équipe de santé primaire est nécessaire à toutes ces étapes et peut être aidé par des protocoles pluri-professionnels.

## Ce qu'il faut savoir

**La RR comprend deux composantes essentielles :** le réentraînement à l'exercice avec reprise d'activités physiques adaptées et l'éducation thérapeutique (ETP), auxquels sont associés le sevrage tabagique, le bilan et suivi nutritionnels et la prise en charge psycho-sociale (annexe 1). Les objectifs sont :

- l'augmentation de la capacité fonctionnelle d'effort du patient ;
- le développement de changements de comportement nécessaires à une amélioration de sa santé et de sa qualité de vie ;
- l'adhésion à long terme à ces comportements.

Les données actuelles suggèrent que la réhabilitation respiratoire est insuffisamment prescrite par les médecins généralistes, les pneumologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation.

**La RR est multi-professionnelle** et nécessite une coordination des acteurs. Le contenu de la RR et les rôles des professionnels en charge de ses différents aspects sont décrits dans le guide du parcours de soins BPCO<sup>1</sup>.

Il est recommandé d'initier la réhabilitation par un stage d'au moins 12 séances (habituellement 20) sur une période de 6 à 12 semaines.

Le rythme est de 2 à 3 séances par semaine en ambulatoire et jusqu'à 5 séances par semaine en hospitalisation.

Après le stage initial, les bénéficiaires doivent être maintenus grâce à l'acquisition de changements de comportement qui doivent perdurer des mois et des années, voire toute la vie.

## Ce qu'il faut faire

### Étape 1 : repérer, motiver et orienter le patient

Le médecin généraliste et/ou le pneumologue repèrent le patient qui peut bénéficier de la réhabilitation.

- **Elle doit être proposée** à tout patient ayant une BPCO et présentant, malgré une prise en charge optimale de la maladie et des comorbidités :
  - une dyspnée ou une intolérance à l'exercice ;
  - ou une limitation de l'activité ou une restriction de participation aux activités sociales en rapport avec la BPCO.

La RR est également indiquée au décours d'une exacerbation, en particulier si elle a conduit à l'hospitalisation.

- Les contre-indications sont principalement des contre-indications à l'exercice (maladies cardiovasculaires instables notamment, etc.).

Le médecin généraliste et/ou le pneumologue évaluent la motivation du patient et lui expliquent les bénéfices attendus pour lui, en prenant en compte ses attentes et ses besoins et en lui présentant les modalités pratiques de réalisation.

Les obstacles potentiels à la mise en œuvre d'un programme de réhabilitation du point de vue du patient sont : le manque de motivation et d'observance, des antécédents de faible exercice, la faible confiance dans la possibilité d'acquiescer de nouveaux comportements vis-à-vis de sa santé et d'obtenir des résultats suffisants. L'entretien motivationnel sur l'activité physique et les autres comportements de santé est d'autant plus utile dans ces cas (exemple en annexe 1).

Une solution aux difficultés de mise en œuvre dues à l'éloignement des structures, au rythme et aux horaires de RR incompatibles avec une vie professionnelle sera recherchée<sup>2</sup>.

Le médecin généraliste et/ou le pneumologue orientent le patient vers la structure qui répondra au mieux à ses contraintes (cf. étape 2). C'est le professionnel de cette structure qui définira les composantes du programme **personnalisé** de réhabilitation.

### Étape 2. Réaliser la réhabilitation respiratoire selon la modalité adaptée au patient

**La RR débute par une évaluation clinique et fonctionnelle** faite par le pneumologue ou le MPR et par les intervenants concernés : masseur kinésithérapeute, diététicien(ne), tabacologue, psychologue (...).

Cette évaluation comprend :

- des critères cliniques : évaluation de la dyspnée, du niveau d'activité physique, de l'intoxication tabagique, de la qualité de vie, recherche d'anxiété et de dépression, évaluation psycho-sociale (...);
- des mesures fonctionnelles, avec au minimum :
  - au repos : spirométrie, gazométrie de repos,
  - à l'exercice : ECG d'effort, test de marche de 6 minutes ;
- un diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé (annexe 2) ;
- une évaluation des comorbidités qui peut nécessiter l'intervention d'autres spécialistes.

**Le pneumologue et/ou le MPR** prescrivent les composantes du programme et ses modalités selon l'évaluation initiale, l'offre existante et les souhaits du patient.

**Les lieux de la RR sont variés :**

- les établissements de santé : en hospitalisation complète (SSR), hôpital de jour ou consultations externes dites ambulatoires ;
- une structure de proximité : cabinet médical et/ou de kinésithérapie, structure de réhabilitation coordonnée par un réseau ;
- le domicile du patient.

**La coordination** des acteurs est essentielle, quel que soit le lieu de réalisation de la RR.

Ces structures sont complémentaires et peuvent être utilisées à la suite l'une de l'autre ; il est maintenant admis qu'elles sont toutes efficaces.

Il est proposé de réaliser le stage initial de la RR en hospitalisation complète :

- pour les malades ayant au moins un des critères suivants :
  - présence de polyopathologies sévères et/ou à risque d'instabilité ;
  - atteinte respiratoire très sévère rendant le patient peu autonome ;
  - problèmes psychologiques et/ou sociaux ;
- en l'absence de structure ambulatoire.

Dans les autres cas, l'essentiel est de s'adapter aux besoins et aux contraintes du patient.

<sup>1</sup> HAS. Bronchopneumopathie chronique obstructive. 2012. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\\_parours\\_de\\_soins\\_bpco\\_finale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_bpco_finale.pdf)

<sup>2</sup> Par exemple aménagement du temps de travail sur avis du médecin du travail.

**Le programme ou stage initial et ses résultats doivent faire l'objet d'une évaluation** transmise au médecin généraliste, au pneumologue et aux autres professionnels impliqués dans le parcours du patient : elle reprend les mêmes évaluations que lors du bilan initial, notamment : dyspnée, test de tolérance à l'effort, qualité de vie.

### Étape 3. Pérenniser les bénéfices d'un stage / du programme initial de réhabilitation

Au cours du stage initial, il est nécessaire de prévoir un **programme de maintien des acquis** : ce programme doit commencer dès la fin du stage afin de maintenir les changements de comportement. Sans cela, les bénéfices disparaissent en 6 à 12 mois. Pour un maintien à long terme :

- réaliser une activité physique personnalisée 3 à 5 fois par semaine pendant 30 à 45 minutes (en une fois ou en plusieurs fois au mieux par périodes de 10 minutes), à une intensité suffisante (seuil de dyspnée), soit de façon autonome, soit en club ou association, soit transitoirement chez le masseur kinésithérapeute ;
- intégrer cette activité physique dans la vie quotidienne : vélo (avec assistance électrique possible), marche, montée des escaliers, bricolage, jardinage, ménage, courses, etc. ;
- poursuivre l'éducation thérapeutique et l'accompagnement pour maintenir les changements de comportements et les compétences d'autogestion : sevrage tabagique, poursuite d'activités physiques adaptées, reconnaissance des signes avant-coureurs d'une exacerbation et capacité à mettre en œuvre un plan d'action adapté, connaissance des traitements (...) (annexe 2) ;
- poursuivre, le cas échéant, l'accompagnement psycho-social, la prise en charge diététique et la kinésithérapie respiratoire.

**Tous les professionnels de santé et intervenants** sont impliqués dans cette réhabilitation à long terme : le médecin généraliste au premier rang, ainsi que le pneumologue, le pharmacien, le masseur kinésithérapeute, l'enseignant en activité physique adaptée, le médecin du sport, etc. Les structures associatives participent à l'accompagnement et doivent être conseillées au patient : association de loisir, association de patients qui aident à maintenir le niveau d'activité physique, à soutenir la motivation et permettent de lutter contre l'isolement.

Le suivi à long terme est coordonné par le médecin généraliste et/ou le pneumologue selon l'offre de soins et le stade de sévérité du patient. Il peut être facilité par l'élaboration et le suivi de protocoles pluri-professionnels.

L'évolution peut être suivie par au moins la réalisation d'un même test de tolérance à l'effort (test de marche de 6 minutes, test de stepper, etc.), une fois par an.

Pour améliorer le maintien des acquis à long terme, il est proposé :

- **d'évaluer régulièrement l'observance** : identification des patients à risque de non-adhésion en posant des questions sur les difficultés à suivre les différents aspects de la RR. Ces patients pourront bénéficier d'une attention particulière avec un « coaching » ciblé ;
- **de stimuler la motivation du patient** en cherchant avec lui les activités physiques qu'il préfère et les moyens de les pratiquer : on peut lui proposer l'aide de clubs sportifs ou d'associations de loisirs sport-santé avec des intervenants formés à la prise en charge des patients chroniques, (randonnée, marche nordique, autre sport préféré par le patient, etc.), ainsi que l'association de patients la plus proche de son domicile (annexe 1) ;
- **de poursuivre l'éducation thérapeutique et l'accompagnement** (annexe 2) ;
- **de planifier les consultations de suivi** avec le médecin généraliste et le pneumologue sur le long terme.

L'entourage ou l'environnement familial doivent être impliqués et sensibilisés à toutes les étapes et sur toutes les composantes de la réhabilitation.

## Ce qu'il faut éviter

- Renoncer à proposer la réhabilitation à un patient, parce qu'on pense qu'il refusera.
- Prescrire la réhabilitation respiratoire trop tardivement par rapport à l'évolution de la BPCO.
- Adresser les patients en réhabilitation sans leur avoir expliqué les objectifs et les modalités de leur stage de réhabilitation.
- Adresser en hospitalisation complète les patients pouvant bénéficier d'une RR en ambulatoire ou à domicile.
- Négliger d'enchaîner rapidement le programme de suivi pour le maintien des acquis après un stage initial de RR.

## Conditions à réunir

**Améliorer les compétences des professionnels dans le cadre du DPC :**

- proposer des formations pluri-professionnelles pour favoriser le travail d'équipe ;
- former les médecins généralistes et les professionnels de santé à l'intérêt de la réhabilitation respiratoire et au repérage des personnes qui peuvent en bénéficier ;
- former les masseurs kinésithérapeutes au réentraînement à l'exercice.

### Améliorer la connaissance des ressources régionales en RR :

- faire l'inventaire par territoire de santé de l'offre de réhabilitation respiratoire et des dynamiques locales<sup>3</sup> ;
- faire connaître cet inventaire afin que les prescripteurs aient à disposition, sur leur territoire de santé, l'offre de RR : accès à cette liste de ressources disponibles sur le site de l'ARS<sup>4</sup> ou sur le site du SPLF<sup>5</sup>.

### Développer la réhabilitation respiratoire de proximité dans le cadre des Projets Régionaux de Santé des ARS :

- réduire l'inégalité de l'offre sur le territoire en développant la réhabilitation de proximité, en ambulatoire ou à domicile, par des équipes pluri-professionnelles;
- mobiliser les associations sport-santé et les collectivités locales pour favoriser l'accès à l'activité physique adaptée ;
- promouvoir l'exercice des professionnels en équipes de santé primaire pour le suivi des patients ;
- déterminer un cadre de financement correspondant à cette organisation.

## Indicateurs de pratique proposés

- Nombre de patients ayant eu une RR dans la patientèle à T0 sur le nombre de patients ayant eu une RR dans la patientèle un an plus tard.
- Nombre de programmes d'ETP BPCO proposés dans la région à T0 sur le nombre de programmes d'ETP BPCO proposés dans la région un an plus tard.
- Nombre de patients ayant bénéficié d'une RR et ayant amélioré leur exploration fonctionnelle d'exercice (ou leur test de marche de 6 mn) un an plus tard sur le nombre de patients ayant bénéficié d'une RR.

<sup>3</sup> Centres de réhabilitation (stage en ambulatoire ou en hospitalisation), programmes de réhabilitation à domicile s'ils existent, programmes de réentraînement à l'effort par masseurs-kinésithérapeutes formés et équipés, programmes d'éducation thérapeutique de proximité mis en œuvre par les professionnels de premier recours, associations sportives proposant une activité physique adaptée (en lien avec la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale), associations de patients proposant un accompagnement.

<sup>4</sup> <http://www.ars.sante.fr/portail.0.html>

<sup>5</sup> <http://splf.org/groupe/calveole/carte-av.html> (annexe 1)

## Exemples de réalisations ou de projets en cours

- Des expériences sont largement éprouvées sur certaines régions par les réseaux de RR : Partn'air en Midi-Pyrénées, R3VPBL au Pays Basque, Récup'Air en Ile-de-France (selon les réseaux : RR ambulatoire, ETP, maintien des acquis, formation des professionnels, etc.).
- L'ARS Nord-Pas-de-Calais développe un programme d'actions sur le parcours de santé des personnes ayant une BPCO, parmi lesquelles :
  - développement de stages plus courts en centre et à domicile ;
  - proposition chez les patients au stade précoce de la maladie, en alternative à la RR, d'une ETP par des équipes de professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours<sup>6</sup>.
- Le Réseau Insuffisance Respiratoire de Lorraine (RIR Lorraine) a un projet de réorganisation de la réhabilitation respiratoire en Lorraine avec 3 filières de prise en charge parmi lesquelles un programme ambulatoire chez les professionnels libéraux : ([www.rirlorraine.org](http://www.rirlorraine.org))

<sup>6</sup> Programme d'action sur le parcours de santé des personnes atteintes de maladies chroniques. La Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2012-2016. Projet Région de Santé Nord-Pas-de-Calais  
[http://www.ars.nordpasdecals.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/MAJ\\_nov2012/PROG\\_BPCO\\_arrete\\_le\\_22-10-2012.pdf](http://www.ars.nordpasdecals.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/MAJ_nov2012/PROG_BPCO_arrete_le_22-10-2012.pdf)

# Annexe 1. Exemples d'outils pour la mise en œuvre de la réhabilitation respiratoire

## 1. Faire connaître la réhabilitation respiratoire

SPLF La plaquette de la réhabilitation respiratoire. 2014 <http://splf.org/groupe/alveole.html>

Cette plaquette peut être donnée au malade pour lui expliquer la réhabilitation respiratoire.

### Résultats

- Une meilleure qualité de vie
- Une amélioration de la tolérance à l'effort
- Une diminution de l'essoufflement
- Une diminution des épisodes infectieux et des hospitalisations




La réhabilitation peut se faire en hospitalisation complète ou ambulatoire ou à domicile. Les structures présentes sur cette carte interactive (soins de suite et rééducation, hôpitaux, réseaux, cabinets de kinésithérapeutes) ont signé une charte de bonne pratique.



<http://splf.org/groupe/calveole/carte-av.html>




**Vous êtes essoufflé à l'effort ?**  
Avez-vous songé à la **réhabilitation respiratoire ?**

Une prise en charge globale et personnalisée des maladies respiratoires chroniques et des problèmes de santé associés.

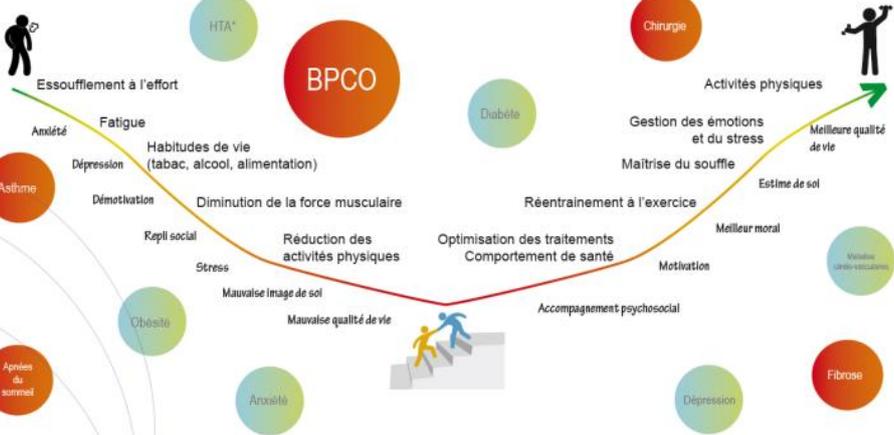
Indispensable dans le parcours de soin, la réhabilitation respiratoire a pour objectif de vous rendre autonome.

**PARLEZ-EN À VOTRE MEDECIN**





D'après une idée originale des équipes de réhabilitation du Nord-Pas-de-Calais avec l'aide du service communication de l'ARS Nord-Pas-de-Calais



### Réhabilitation respiratoire ?

La réhabilitation respiratoire est une intervention globale et individualisée, reposant sur une évaluation approfondie du patient, incluant, sans y être limitée, le réentraînement à l'effort, l'éducation, les changements de comportement visant à améliorer la santé globale, physique et psychologique des personnes atteintes de maladie respiratoire chronique et à promouvoir leur adhésion à long terme à des comportements adaptés à leur état de santé.  
ERS-ATS 2013, traduction du bureau d'alvéole.

### Education thérapeutique ?

Comprendre sa maladie et ses traitements, mieux se traiter et adapter des comportements favorables à sa santé et à son projet de vie, par un accompagnement individuel.

HTA : Hypertension Artérielle  
BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

## 2. Faire connaître la liste des structures disponibles sur le territoire

SPLF. La réhabilitation en France par région. 2014 <http://splf.org/groupe/calveole/carte-alv.html>

Les médecins ont accès à la carte des centres de réhabilitation respiratoire, et ainsi à la liste des centres de leur région, mise à jour le 6 février 2014.

La réhabilitation en France par région

Cliquez directement sur la carte ou sur les noms des régions

**Liste** (nom, adresse, tel, mail)

1. CENTRES
2. AMBULATOIRES
3. RÉSEAUX
4. ASSOCIATIONS DE PATIENTS
5. KINÉSITHÉRAPEUTES

Structures qui ont accepté de signer la charte des structures participant à la réhabilitation respiratoire (compétences, matériel, réalisation selon les recommandations de la SPLF (réentraînement et ETP)

Masseurs kinésithérapeutes qui ont signé la charte du kinésithérapeute participant à la réhabilitation respiratoire

## 3. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » HAS Octobre 2013

### Exemple de méthode d'entretien motivationnel

Évaluer les souhaits, les croyances et les attentes du patient par rapport à son tabagisme et aux traitements :

- « Qu'est-ce que vous apporte le fait de fumer ? »
- « Pour quelles raisons souhaiteriez-vous cesser de fumer ? »
- « Avez-vous peur d'arrêter de fumer ? Si oui, pour quelles raisons ? »
- « Si vous décidez d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? »

Utiliser l'échelle analogique d'évaluation du sentiment d'efficacité.

### Évaluation du sentiment d'efficacité

- « Avez-vous confiance dans votre capacité à arrêter de fumer ? »
- « Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ? »
- « Placez-vous sur une échelle de 1 à 10 :

0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas ».

10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai ».

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

Si vous avez répondu moins de 10 à cette question, qu'est-ce qui, selon vous, permettrait d'accroître votre confiance ? »

## Annexe 2. Liste indicative des principaux objectifs éducatifs

Les objectifs éducatifs peuvent être sélectionnés parmi cette liste de façon partagée avec le patient afin de répondre à ses besoins et attentes. Ceci a pour but de construire un programme personnalisé d'ETP qui permette d'acquérir des compétences et de les maintenir dans la durée.

Objectif éducatif	Expliqué au patient Oui/non	Acquis	En voie d'acquisition	Non acquis
Comprendre la maladie et l'importance d'acquérir des changements durables de comportements				
Comprendre l'intérêt du traitement de fond et des traitements de la crise				
Acquérir les techniques d'inhalation des médicaments				
Comprendre l'intérêt et savoir utiliser l'oxygénothérapie et la ventilation non invasive				
Comprendre l'importance d'adhérer à la prise en charge (observance)				
Reconnaître que la dépendance tabagique est une maladie chronique				
Comprendre pourquoi entreprendre un sevrage tabagique et son traitement				
Connaître les modalités d'aide à l'arrêt du tabac (tabac-info service : tél 3989)				
Comprendre la nécessité de la vaccination antigrippale et anti-pneumococcique				
Reconnaître les symptômes annonçant une exacerbation de BPCO				
Connaître la conduite à tenir en cas de symptômes annonciateurs d'exacerbation aiguë de BPCO : quand prendre les médicaments prescrits ? quand appeler son médecin généraliste ou son pneumologue ? quand recourir au service d'urgences				
Évaluer la gêne fonctionnelle dans la réalisation des activités quotidiennes (hygiène, courses, ménage, etc.)				
Choisir et mettre en place des activités physiques quotidiennes adaptées : pendant 30 à 45 minutes (en une fois ou en plusieurs fois au mieux par période de 10 minutes), 3 à 5 fois par semaine, à une intensité modérée (seuil d'essoufflement)				
Connaître et évaluer les bénéfices escomptés de l'activité physique quotidienne				
Connaître ses besoins nutritionnels et adapter son alimentation				
Comprendre l'importance de planifier ses rendez-vous de suivi avec le médecin généraliste, le masseur kinésithérapeute, le pneumologue, etc., et de les respecter sur le long terme				
Gérer les activités de loisirs et les voyages				



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur :  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)