

La réadaptation respiratoire des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) permet une amélioration de la dyspnée, de la qualité de vie, de l'anxiété/dépression, des capacités physiques, et une diminution des coûts de santé. Les programmes de réadaptation respiratoire associent une éducation thérapeutique, un accompagnement psychosocial et motivationnel, le réentraînement à l'effort et la reprise d'activités physiques adaptées. Il est assuré par une équipe transdisciplinaire, permettant au patient d'adopter des comportements de santé plus favorables à long terme.

Réadaptation respiratoire des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive

Jean-Marie Grosbois

Pneumologue, coordonnateur médical de FormAction Santé, membre du groupe Alvéole (groupe expert exercice et réadaptation respiratoire de la SPLF).

jmgrosbois@formactionsante.com

J.-M. Grosbois déclare des interventions ponctuelles pour AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, CSL Behring, GlaxoSmithKline, et avoir été pris en charge, à l'occasion de déplacement pour congrès, par AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chiesi, CSL Behring, GlaxoSmithKline.

La réadaptation respiratoire (RR) est un accompagnement global centré sur la personne souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) associant l'éducation thérapeutique du patient (ETP), l'accompagnement psychosocial et motivationnel, le réentraînement à l'effort et la reprise d'activités physiques adaptées. Il n'est plus à démontrer (médecine fondée sur les preuves de niveau A) que la RR améliore la dyspnée, la qualité de vie, l'anxiété/dépression, la capacité physique et diminue les coûts de santé (par diminution des exacerbations et hospitalisations). Ces résultats sont obtenus quel que soit le niveau de sévérité de la BPCO (et des comorbidités), quel que soit le lieu de réalisation, en hospitalisation à temps complet ou à temps partiel dans des services de soins de médecine et réadaptation (SMR, ex-SSR), ou à domicile.¹⁻⁶ Des résultats encourageants concernent la télé-réadaptation,⁷ modalité mise en avant durant la pandémie de Covid-19. La RR à domicile et la télé-réadaptation sont des réponses innovantes

pour l'accessibilité d'un plus grand nombre de patients,⁸⁻⁹ notamment dans les territoires n'ayant pas de centres de réadaptation.

La réadaptation respiratoire est insuffisamment proposée

Malgré son efficacité, la RR est insuffisamment proposée (10 % des patients seulement en bénéficiant), constituant une véritable perte de chance pour les personnes souffrant de pathologie respiratoire chronique et de comorbidités. Le contexte et les ressources environnementales (absence de structure de proximité, distance du lieu de RR, problème de transport, isolement...) constituent les barrières les plus importantes à la participation à la RR tandis que le désavantage socio-économique, un tabagisme actif et une capacité physique plus altérée sont des facteurs de moindre adhésion au programme.¹⁰ La méconnaissance de la RR et de ses bienfaits, et les difficultés de prescription par les médecins sont d'autres freins à sa réalisation.⁸⁻¹⁰

Bilan préalable de la BPCO et des comorbidités

Le prérequis indispensable avant un stage de RR est la réalisation d'un bilan pneumologique afin de confirmer le diagnostic de BPCO, évaluer sa sévérité et ses conséquences en matière notamment de dyspnée et d'intolérance à l'effort dans les activités de la vie quotidienne. Il permet d'adapter les traitements médicamenteux et, en cas de nécessité, de prescrire une oxygénothérapie et/ou une ventilation, et d'éliminer d'autres pathologies respiratoires associées (asthme, cancer, syndrome d'apnées du sommeil...). La recherche d'éventuelles contre-indications cardiologiques à la reprise d'activités physiques est à proposer aux patients à risque, selon les recommandations de la Société française de cardiologie. Outre l'épreuve fonctionnelle d'exercice (EFX), examen spécialisé non obligatoire mais intéressant pour évaluer la dyspnée d'effort, la capacité physique est mesurée par des tests de terrain, comme le test de marche de 6 minutes ou

MISE AU POINT

RÉADAPTATION RESPIRATOIRE ET BPCO

le test de *stepper* de 6 minutes, la force des quadriceps sur un test de levers de chaise (5 levers ou pendant 30 ou 60 secondes), l'équilibre par un *Timed up and go test* (TUG) ou test d'équilibre (tandem, semi-tandem...) pour les plus fragiles.

La dyspnée est le plus souvent évaluée par le questionnaire mMRC (*modified Medical Research Council*), l'humeur par le questionnaire *Hospital Anxiety Depression* (HAD) et la qualité de vie par des questionnaires courts, tels CAT (*COPD assessment test*), VQ11, DIRECT...

Pour les professionnels de premier recours, un test de levers de chaise de 30 ou 60 secondes, les questionnaires (mMRC, HAD et CAT) pourraient être réalisés chez tout patient BPCO afin de détecter des problèmes non verbalisés. Dans le suivi au long cours, par exemple une fois par an, ces tests recherchent une altération des résultats déclenchant une modification de la prise en soin, ou une persistance des bons résultats valorisant les actions entreprises par le patient et les professionnels de santé le suivant régulièrement.

Programme du stage de réadaptation respiratoire

Cet accompagnement global de la personne (et des aidants) est réalisé par une équipe inter- (et au mieux trans-) disciplinaire spécialisée, durant un stage d'une durée et d'un nombre de séances adaptés aux besoins du patient, lui permettant

de devenir « acteur de sa santé » et prenant donc une part active à l'autogestion de sa (ou de ses) maladie(s).

Séances interactives d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Un diagnostic éducatif (ou bilan éducatif partagé ou entretien de compréhension) est le temps d'échange initial indispensable pour connaître la personne et son environnement, les conséquences de ses maladies dans la vie quotidienne, analyser ses besoins, déceler les difficultés, les freins et les leviers pour adopter de nouveaux comportements de santé plus favorables (activités physiques, sevrage tabagique, nutrition, adhésion aux traitements, image et estime de soi...). Ce premier entretien, jamais définitif, évolutif au fil des séances et du suivi, permet de définir des objectifs pédagogiques (« être capable de... ») négociés et propres à chacun, aboutissant à un contrat éducatif analysant les compétences utiles (savoir, savoir-faire, savoir-être) à acquérir pour le patient pour être en meilleure santé. Ses projets personnels de vie, à court et long termes, facteurs de motivation, donnent du sens à cette démarche globale. Les principaux thèmes abordés dans les séances d'ETP, collectives et/ou individuelles, concernent la BPCO et ses conséquences sur la vie quotidienne (dyspnée, peur de l'exercice, repli social, anxiété/dépression, peur de la mort et de la fin de vie...), les

traitements, la reconnaissance de signes avant-coureurs d'exacerbations, les habitudes de vie (sevrage tabagique, alimentation équilibrée, importance de l'activité physique...), l'image et l'estime de soi, la gestion des émotions... Ces séances interactives partent de ce qu'expriment les patients, laissant la plus grande partie du temps à l'expression de leurs besoins, difficultés, angoisse, peurs... et ne sont en aucun cas « un cours » où seules des informations et des conseils seraient prodigués.

Autogestion ou self management

Une approche psychosociale et motivationnelle centrée sur la personne permet de créer une confiance et une alliance thérapeutique plus rapides. Cette communication motivationnelle, associée à une ETP personnalisée, est indispensable au développement de l'autogestion ou *self management*, rendant le patient « acteur de sa santé », facteur de pérennisation des acquis du stage de RR. Une action de type *self management* est constituée d'« interventions multiples, structurées et personnalisées, basées sur les besoins et les préférences des patients (ou mieux des personnes), dont les buts sont de motiver, impliquer et aider les patients à adopter des comportements positifs de santé, et à développer des compétences pour mieux prendre en charge leur(s) maladie(s) ». ¹¹ Des exercices de relaxation (cohérence cardiaque, sophrologie, méditation de pleine conscience, yoga...) aident à mieux gérer la dyspnée et les situations de stress. La RR participe ainsi au développement d'un « support social », par mise à disposition de ressources psychologiques et matérielles, facteur d'amélioration de l'état de santé, de diminution des exacerbations de BPCO et des hospitalisations.

Programme de réentraînement à l'effort et activités physiques adaptées (APA)

La prescription initiale de l'intensité du réentraînement à l'effort

EN BREF

- La réadaptation respiratoire (RR) est un traitement non médicamenteux efficace pour les patients BPCO (preuve de niveau A).
- La RR est efficace quel que soit le lieu où elle est réalisée (en hospitalisation, à domicile ou en hybride avec de la télé-réadaptation).
- Seuls 10 % des patients atteints de BPCO en bénéficient, d'où une perte de chance pour la grande majorité d'entre eux.
- Les programmes de RR devraient être plus largement diffusés dans l'ensemble des régions françaises.

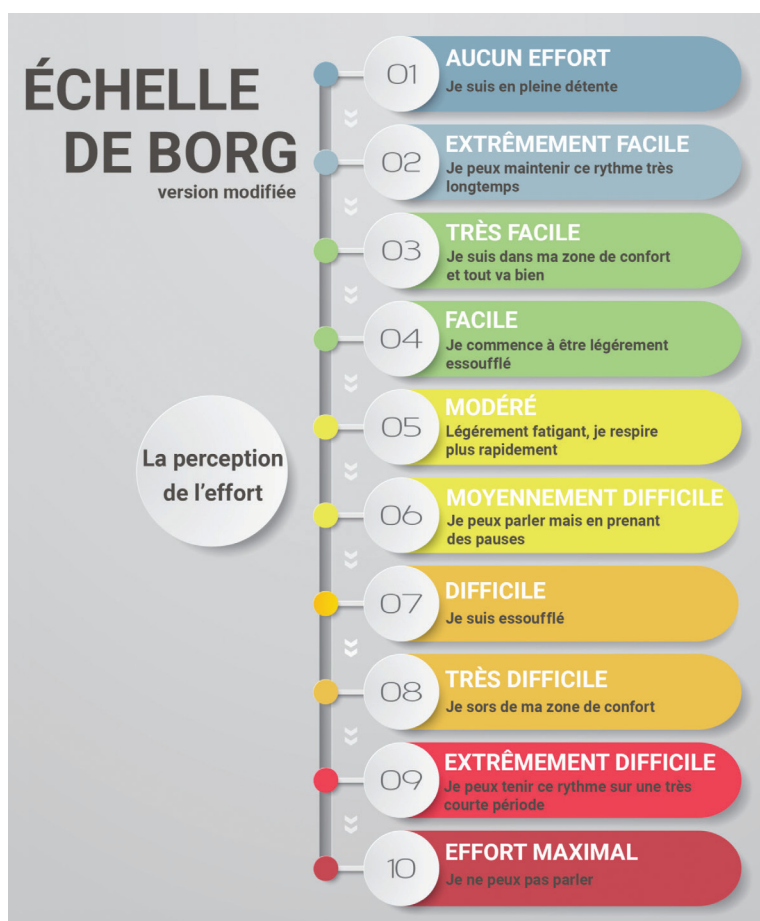


Figure. Échelle de Borg.

en endurance se fait en général sur une fréquence cardiaque cible déterminée par une EFX, un électrocardiogramme (ECG) d'effort ou un test de terrain. Au besoin, une oxygénothérapie à un débit adapté pour obtenir une saturation pulsée en oxygène (SpO₂) supérieure à 90 % est proposée. Ces exercices se font sur ergocycle, tapis de marche, stepper, pédalier, promenades extérieures...pour atteindre trente à quarante-cinq minutes par jour, en une ou plusieurs fois, en plateau ou en *interval training*. Trois séances de dix minutes sont aussi efficaces qu'une séance de trente minutes, ce qui est un point important à valider pendant le stage, pour l'intégrer plus facilement dans la vie de tous les jours à domicile et à long terme. Rapidement, l'intensité des exercices

est gérée par le patient lui-même selon ses ressentis en matière de dyspnée (entre 5 et 6 sur l'échelle de Borg modifiée 0-10) [figure] et/ou de perception de l'effort (entre 11 et 13 sur l'échelle de Borg 6-20, *rating of perceived exertion*). La finalité de ces séances (le « sens » donné) est de permettre au patient de réaliser plus facilement les actes de la vie quotidienne et ses projets : marche et sorties à l'extérieur, jardinage, bricolage, montée des escaliers, activités de la vie quotidienne et de loisirs, voyages... L'adaptation ventilatoire lors des efforts, et notamment dans les escaliers (souvent montés en apnée), est un élément majeur pour améliorer la dyspnée d'effort et la dyspnée anticipatoire à l'effort. Des exercices d'assouplissement et un programme de

renforcement musculaire (résistance) au niveau des membres avec haltères et/ou bandes élastiques, ou bouteilles d'eau pour le domicile, sont toujours associés au programme d'endurance. Des exercices d'équilibre, en cas de besoin, sont également proposés.

Plan d'action personnalisé à long terme

À long terme, ces exercices de réentraînement à l'effort, jamais exclusifs, avec un matériel minimal (vélo d'appartement, stepper, pédalier) en cas de manque de temps ou de météo défavorable, et les diverses activités physiques adaptées (APA), réalisés selon les souhaits du patient et les possibilités locales, différentes selon les saisons, sont négociés avec chacun dans un plan d'action personnalisé, où la notion de plaisir et de routine est capitale pour la pérennisation des acquis physiques. L'objectif est de « bouger », idéalement cinq fois par semaine, pour des durées de trente à quarante-cinq minutes en une ou plusieurs fois, au seuil de dyspnée ou d'essoufflement. Le renforcement, voire la reprise en cas de difficultés plus importantes, d'un suivi éducatif et motivationnel pour des comportements de santé plus favorables est piloté par les professionnels de santé de premier recours. En cas d'exacerbations sévères avec hospitalisation et/ou d'aggravation des pathologies respiratoires et des comorbidités et/ou pour un séjour de répit (pour le patient et les aidants), un nouveau stage peut éventuellement être proposé.

« Mise en mouvement » pour une montée en compétences

Devant l'ampleur de « l'épidémie » de BPCO, la surmortalité et les coûts de santé engendrés par celle-ci, un travail en étroite collaboration entre le médecin traitant du patient et les autres intervenants du parcours de soins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers, maisons

MISE AU POINT

RÉADAPTATION RESPIRATOIRE ET BPCO

sport-santé, associations de patients et de loisirs..., le pneumologue et la structure de RR est indispensable. Cet accompagnement holistique (le « prendre soin », le *care*) dans le parcours du patient a fait la preuve de son efficacité. Le stage de RR est un moment privilégié « de mise en mouvement » physique, psychologique et motivationnelle,

pour transférer des compétences utiles au patient et à son entourage afin qu'il devienne acteur de sa santé à long terme. La pérennisation des acquis est l'affaire de tous.

La réadaptation respiratoire pour les patients souffrant de BPCO (et de toute autre maladie respiratoire chronique, dans le cadre plus global de la santé respiratoire) devrait

faire partie intégrante du parcours de soins de ces personnes. Il est important de mieux faire connaître les bénéfices de la RR aux patients, prescripteurs et décideurs, et que de nouveaux modes de réalisation de la RR soient proposés pour répondre de façon plus large aux besoins des 90 % de patients BPCO qui n'en bénéficient pas aujourd'hui. ●

RÉSUMÉ RÉADAPTATION RESPIRATOIRE DES PATIENTS ATTEINTS DE BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

La réadaptation respiratoire (RR) des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) permet une amélioration de la dyspnée, de la qualité de vie, de l'anxiété/dépression, des capacités physiques et une diminution des coûts de santé. Ces résultats sont obtenus quel que soit le lieu de réalisation, en hospitalisation à temps complet ou à temps partiel, ou à domicile. Les programmes de RR associent une éducation thérapeutique, un accompagnement psychosocial et motivationnel, le réentraînement à l'effort et la reprise d'activités physiques adaptées. La RR est réalisée par une équipe

inter- (et au mieux trans-) disciplinaire, permettant au patient d'adopter des comportements de santé plus favorables à long terme. Cet accompagnement global de la personne atteinte de BPCO dans son parcours de soins nécessite une coordination avec l'ensemble des professionnels de santé, et notamment le médecin traitant, pour la prescription du stage et le suivi à long terme afin de pérenniser les acquis.

SUMMARY PULMONARY REHABILITATION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

The positive effects of pulmonary rehabilitation (PR) for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on dyspnea, health-related quality of life, anxiety

and depressive symptoms, exercise capacity and health-care costs have been repeatedly confirmed. These results are similar between inpatient, outpatient or home-based PR programs. PR must include therapeutic education, psycho-social and motivational strategies, and exercise training and strategies for resuming daily physical activities. PR is delivered by an interdisciplinary (and at best transdisciplinary) team, who will support the patient for adopting new favorable health behaviors. PR is a complete care that requires coordination with the health professionals. The attending physician of people with COPD plays a key role in the continuous care of those patients, not only through the prescription of PR but in the ongoing long-term follow up to ensure that PR benefits are sustained.

RÉFÉRENCES

1. The French-speaking Society of Pneumology recommendations on the management of COPD. *Rev Mal Respir* 2010;27(Suppl 1):S1-76, I-XXXI.
2. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, 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;188(8):e13-64.
3. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2:CD003793.
4. Lacasse Y, Cates CJ, McCarthy B, Welsh EJ. This Cochrane Review is closed: Deciding what constitutes enough research and where next for pulmonary rehabilitation in COPD. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 ;18:ED000107.
5. Holland AE, Cox NS, Houchen-Wolloff L, Rochester CL, Garvey C, ZuWallack R, et al. Defining modern pulmonary rehabilitation. An official American Thoracic Society workshop report. *Ann Am Thorac Soc* 2021;18(5):e12-e29.
6. Haute Autorité de santé et Assurance maladie. Guide du parcours de soins BPCO. Novembre 2019. <https://vu.fr/dDggJ>
7. Cox NS, Hansen H, McDonald CF, Hill CJ, Zanaboni P, Alison JA, et al. Telerehabilitation for chronic respiratory disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2021(1):CD013040.
8. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, Lareau SC, Marciniuk DD, Puhan MA, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society policy statement: Enhancing implementation, use, and delivery of pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2015;192(11):1373-86.
9. Grosbois JM, Gicquello A, Langlois C, Le Rouzic O, Bart F, Wallaert B, et al. Long-term evaluation of home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2015;10:2037-44.
10. Stelianides S, Surpas P, Hervé A, Grosbois JM. Comment améliorer l'accès des patients à la réadaptation respiratoire? *Rev Mal Respir* 2021;38(2):177-82.
11. Effing TW, Vercoulen JH, Bourbeau J, Trappenburg J, Lenferink A, Cafarella P, et al. Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus. *Eur Respir* 2016;48(1):46-54.