

BPCO ET COMORBIDITÉS

LA RÉHABILITATION

RESPIRATOIRE



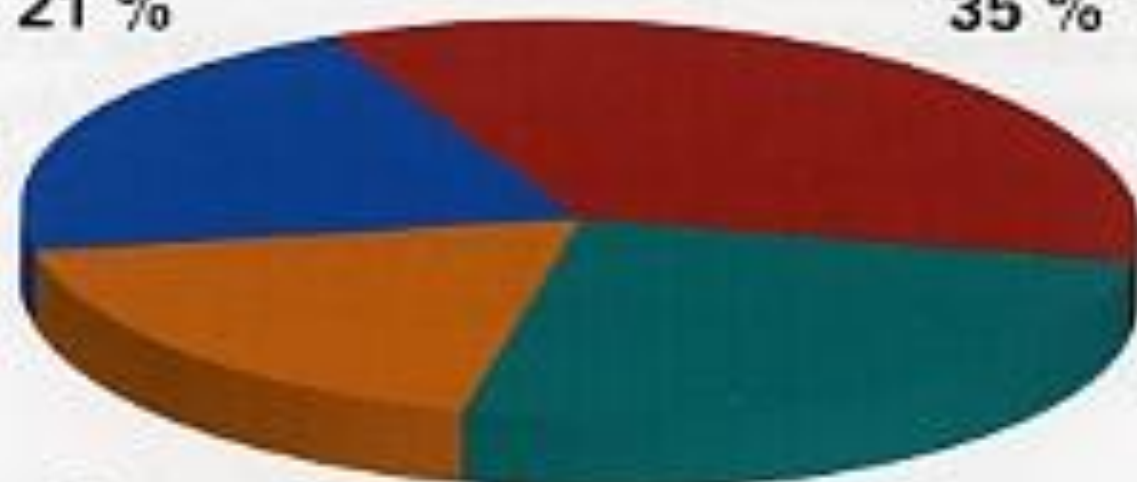
Il n'y a pas que les bronches !

- ▲ dénutrition
- ▲ perte et dysfonctionnement musculaire
- ▲ risque cardiovasculaire
- ▲ dépression
- ▲ ostéoporose
- ▲ anémie



Cancers
21 %

**Atteintes
respiratoires**
35 %



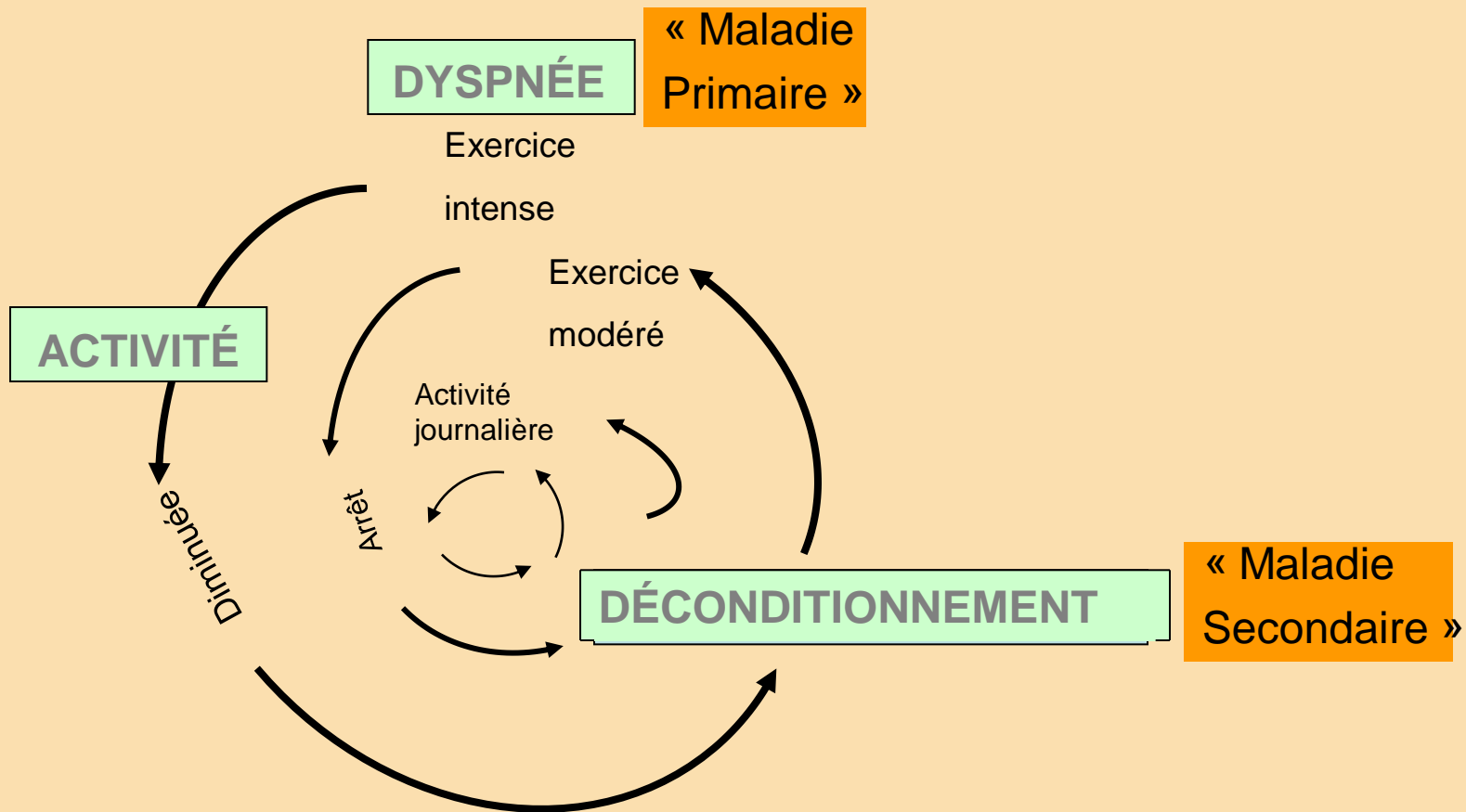
Autres
18 %

**Maladies
cardio-vasculaires**
26 %

Fig. 1.

Causes de mortalité dans l'étude TORCH. L'étude TORCH a suivi 6 184 patients atteints de BPCO (VEMS < 60 %) pendant 3 ans. Un comité indépendant a évalué les causes de mortalité chez les 911 patients décédés sur cette période. Environ 65 % des patients sont décédés de causes non directement liées à l'atteinte respiratoire de la BPCO [3, 4].

Spirale déconditionnement / dyspnée



LA DIMINUTION DES ACTIVITÉS PHYSIQUES SURVIENT PRÉCOCEMENT AU COURS DE LA BPCO

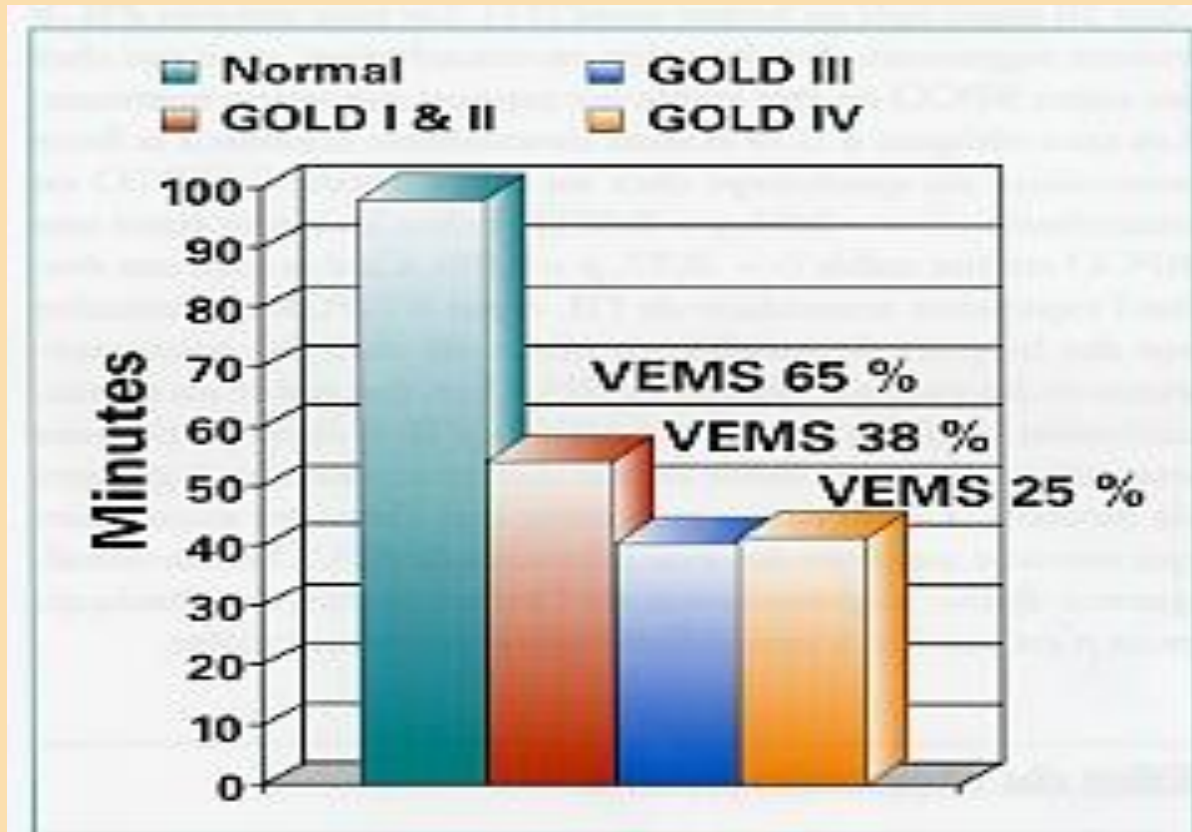
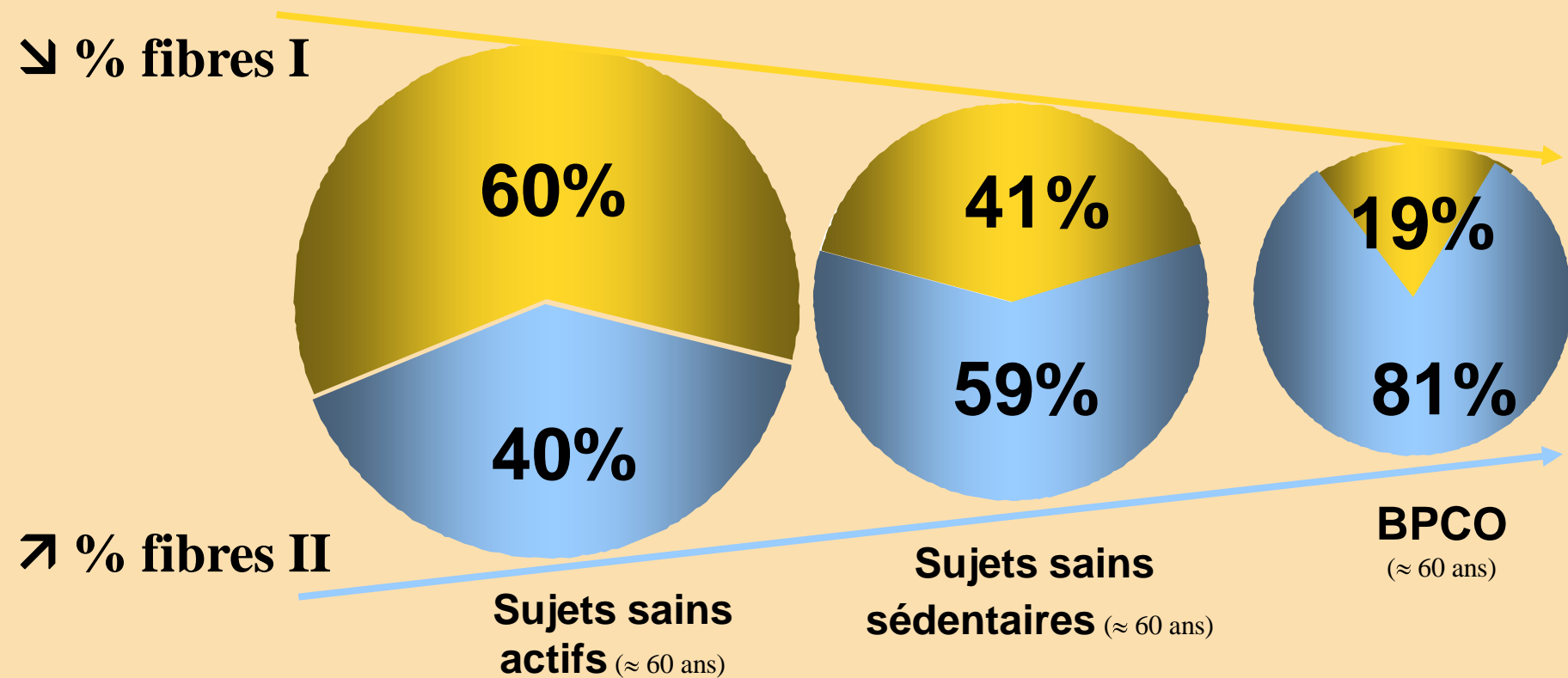


Fig. 2.

Mesure de l'activité chez un groupe de patients atteints de BPCO par rapport à des sujets normaux du même âge. Le temps de marche quotidien (en minutes) a été évalué à l'aide d'un accéléromètre. Ces données indiquent que les patients atteints de BPCO sont très inactifs, même aux stades peu évolués de la maladie [10]. Les VEMS moyens des 3 groupes « BPCO » sont indiqués.

Atteinte musculaire

La sédentarité n'explique que 1/3 de la perte musculaire



QU'EST-CE QUE LA RR ?

- « La RR est un savoir faire dont le but est l'augmentation **pérenne des activités physiques** quotidiennes obtenues par un **changement de comportement** de façon à diminuer les conséquences systémiques de la maladie et les coûts de santé » (les programmes d'entraînement supervisé sont un des maillons de cette chaîne éducative et l'objectif d'améliorer temporairement une performance physique n'a aucun intérêt...)
- Indication posée par le pneumologue référent
- Les moyens dispensés par divers intervenants de santé sont **coordonnés** par un pneumologue (ou un MPR dont la compétence en pneumologie est attestée) et sont fonction de la gravité de la maladie et de l'environnement familial, social et médical
- La RR d'un patient nécessite une coordination des acteurs de santé voire de recourir à une équipe pluridisciplinaire au cours d'un **stage d'initiation** (en hospitalisation, en ambulatoire ou à domicile) ou lors du suivi

QUELLES SONT LES INDICATIONS ET LES CONTRE-INDICATIONS DE LA RR CHEZ LES BPCO ?

- **Il est recommandé de proposer la RR chez tout patient présentant une incapacité ou un handicap respiratoire évaluable**
- La RR est particulièrement indiquée chez les patients qui présentent, malgré une prise en charge optimale de leur maladie :
 - une **dyspnée ou une intolérance à l'exercice**
 - **une réduction de leurs activités sociales** en rapport avec l'altération de leur état de santé
- La RR est indiquée :
 - chez les patients **en état stable**
 - au **décours d'une exacerbation**, notamment si celle-ci a conduit à une hospitalisation
- Contre-indications :
 - contre-indication cardiovasculaire à l'exercice
 - instabilité de l'état respiratoire (acidose)
 - affection interférant avec le processus de RR
 - un manque de motivation

QUEL EST LE MINIMUM REQUIS POUR ENTREPRENDRE UNE RR ?

- Pour confirmer l'indication et préciser les modalités d'une RR, **il est recommandé** que tous les patients bénéficient d'une **consultation dédiée**
- Le pneumologue doit disposer d'au moins un **ECG d'effort** avant la prescription du RE
- **Une concertation entre au minimum le pneumologue, le médecin traitant et un professionnel de santé formé à l'encadrement du RE** est recommandée pour la mise en place du programme de RR qui doit inclure une **éducation thérapeutique**
- **Il est recommandé que le programme de RR soit détaillé dans une prescription médicale écrite** s'appuyant sur le bilan pneumologique, avec en particulier pour le RE : **fréquence cardiaque ou puissance cible, débit d'O₂ si besoin, critères d'arrêt et/ou d'annulation de la séance**
- Le délai entre la prescription et le début de la RR ne doit pas excéder 3 mois

Nature et modalités de l'évaluation avant un programme de RR

= Evaluation des déficiences, incapacités et désavantage psychosocial du patient

Au minimum

Evaluation clinique, nutritionnelle, psychologique	Evaluation clinique, nutritionnelle, psychologique
tabagisme	tabagisme
Facteurs de mauvaise observance du programme	Facteurs de mauvaise observance du programme
Diagnostic éducatif	Diagnostic éducatif
Fonction respiratoire de repos	Spirométrie après bronchodilatateurs
GDS au repos	GDS au repos
EFX complète + GDS à l'exercice	ECG d'effort + mesure puissance de travail + SpO2
Mesure de la force musculaire des muscles périphériques et respiratoires	Evaluation de la force des muscles locomoteurs, si besoin par kiné
Evaluation de la dyspnée	Pimax si réentraînement muscles respiratoires prévu
TM6	TM6
Qs de qualité de vie	

LE PROGRAMME DE RÉHABILITATION DÉBUTE PAR UN STAGE

- En interne
- En ambulatoire
- Au domicile
- Il est recommandé de choisir le lieu en fonction de l'évaluation initiale du patient, de sa motivation et des possibilités locales

QUELS SONT LES COMPOSANTS DE LA RR ?

- **Entraînement à l'exercice :**
 - MI +++ et MS
 - endurance et force
 - 50 à 80% PMS ou à la FC cible, 30 à 45 min / séance, 3 à 5 fois par semaine
 - charge à adapter en fonction des progrès
 - éventuellement sous O₂
 - réentraînement des muscles inspiratoires contre résistance à au moins 30% P_Imax ?
 - kinésithérapie respiratoire ?
 - apprentissage gestuel des activités de la vie journalière
- **Education thérapeutique** (connaissance de la maladie, traitement de fond, de la crise, signes avant coureurs d'une décompensation, sevrage tabagique, gestion de la dyspnée et activités physiques, sexualité)
- **Prise en charge psychologique** (syndrome dépressif ? Techniques cognitivo-comportementales)
- **Sevrage tabagique**
- **Suivi nutritionnel** (ne pas chercher à faire maigrir les BPCO attention si IMC < 21, impédancemétrie si IMC 21-26) : RE → ↑ apports nutritionnels (CAO?)
- **Prise en charge sociale**

RÉÉVALUATION DU PATIENT À LA FIN DU STAGE

- Modalités similaires à l'évaluation de départ mais souvent simplifiée

ET APRÈS LE STAGE ?

- Bénéfice d'un stage de RR (≥ 30 séances ≈ 2 mois) maintenu ≈ 3 mois
- Maintien (ou progression) des acquis indispensable : modalités ?
- Changement comportemental rarement obtenu
- Importance de l'éducation thérapeutique, des associations de patients...

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE SUIVI ET D'EFFICACITÉ À LONG TERME DE LA RR DES BPCO

- **La RR est un processus continu, évolutif, jamais définitif**
- **Il est recommandé, notamment pour des questions de coût de santé, d'engager un patient atteint de BPCO dans un processus de RR à long terme : activité physique régulière à puissance suffisante, au mieux de façon autonome**
- **Objectifs de l'éducation thérapeutique → changement comportemental, ↑ autonomie, diminution du recours à l'équipe médicale**
- **Organisation :**
 - absence de lieux spécifiques ou de type précis de suivi à long terme
 - peut être fait en dehors de toute structure médicale ou paramédicale
 - **les différents intervenants doivent être formés à cette prise en charge et respecter les engagements minimaux de sécurité**
- **Pour des raisons de coût de santé et d'absence d'efficacité démontrée, il est recommandé de ne pas reprendre de façon régulière et systématique des stages de RR**

RR « sous-utilisée »

- 500 000 BPCO GOLD 3-4
- 50 000 oxygéno-dépendants
- **200 000 indications de RR (rapport HAS) ?...**
- Mais :
 - offre insuffisante
 - problématique sanitaire orientée (jusqu'à présent) sur le court et moyen terme
 - **qualité variable des prestations** et peu évaluée; financement aléatoire
 - **malades BPCO réticents** au changement et difficiles à responsabiliser sur le long terme
 - **médecins insuffisamment impliqués**

QUELLES SONT LES STRATÉGIES DE LA RR ?

- **Comment améliorer l'observance des patients au programme de RR ?**
- **il est recommandé d'identifier les facteurs de mauvaise observance** : compréhension ou perception erronée de la maladie et de ses traitements, du rôle de la RR et de son efficacité, un entourage familial défavorable, un état anxio-dépressif, des exacerbations fréquentes, une pénibilité excessive du RE
- **il est recommandé d'associer l'environnement médical et paramédical** du patient à toute RR en externe ou à domicile, ainsi que **l'association locale des patients** si elle est présente et impliquée
- **après une exacerbation**, il est recommandé d'envisager une **RR précoce**

RÔLES DES ACTEURS

- Il est recommandé de coordonner les interventions des différents soignants autour du patient, si possible en réseau de santé

ORIENTATION DES RÉSEAUX DE SANTÉ

- Cadre institutionnel clair
- Evaluation indispensable
- Cadre financier contraint
- Réseau « de territoire » = démarche régionale
- Place aux réseaux transversaux
(RR – R cardiaque – R « métabolique » ?)
- Importance donnée à l'éducation thérapeutique: SROS et projet Hôpital – Santé – Territoire
(établissement de « forfaits de prise en charge »)
- Un interlocuteur commun: l'Agence Régionale de Santé
= ARH + DRASS + GRSP + MRS + caisses d'AM

Médecins coordinateur

Acteurs de la prise en charge : réentraînement éducation thérapeutique

Autres prises en charge

	Evaluation pré- et post -stage de RR	Stage RR	Post stage RR	Education
Pneumologue	+++	+++ (si coordinateur)	++ (coordination du suivi)	+++ (toujours)
Médecin rééducateur	+++ (si impliqué)	+++ (si impliqué)	?	+++ (si impliqué)
Médecin traitant	+	?	++	+++ (toujours)
Kinésithérapeute	+++	+++	++	+++ (toujours)
APA	?	++ (si impliqué)	+++	+++
IDE	++ (indispensable lors de la réalisation des test d'effort)	++ (si impliquée dans l'organisation)	++ (si impliquée dans l'organisation)	++ (si impliquée dans l'organisation)
Diététicienne	++ (pour bilan carencés ou obèses)	++ (pour suivi carencés ou obèses)	++ (pour suivi carencés ou obèses)	+++ (éducation nutritionnelle si besoin)
Psychologue	++ (si syndrome dépressif, addiction au tabac, manque de motivation...)	++ (thérapie comportementale et cognitive, si nécessaire)	++ (thérapie comportementale et cognitive, si nécessaire)	+++ (thérapie comportementale et cognitive, si nécessaire)
Assistante sociale	? (conditions de vie, retour à domicile, projet de vie)	?	?	?
Association patients	?	+	++	+++
Prestataires de service		? (soutien logistique)	? (soutien logistique)	+ ?

Pré requis nécessaire

- Formation des intervenants
- Utilisation de référentiels de bonnes pratiques
- Coordination
- Evaluation des pratiques
- Culture « maladie chronique » et culture « réseau »