

# Réadaptation respiratoire : une prise en soins globale pour un changement positif et durable chez les patients

Agnès Bellocq<sup>1</sup>, Jean-Charles Laporte<sup>2</sup>, Nathalie Simonnot<sup>3</sup>

La réadaptation respiratoire (RR) est une prise en soins globale et adaptée, recommandée dans le traitement des maladies respiratoires chroniques [1]. Au-delà du traitement médicamenteux, elle inclut un réentraînement à l'exercice, associé selon les besoins et les souhaits de la personne à une prise en soins nutritionnelle, un accompagnement psychosocial, une aide au sevrage tabagique et un soutien à la mise en place d'activités physiques adaptées. L'approche physique et éducative est adaptée à chaque personne, nécessitant un bilan fonctionnel respiratoire et à l'exercice ainsi qu'un diagnostic éducatif coconstruit avec le patient et les différents intervenants sensibilisés à l'éducation thérapeutique. Les programmes doivent comprendre un minimum de 12 séances, qui peuvent être réalisées à l'hôpital pendant 3 à 6 semaines ou en ambulatoire sur une période plus longue, les séances étant plus espacées.

Le contexte justifiant cette approche thérapeutique

Les lésions bronchopulmonaires chroniques peuvent entraîner une gêne respiratoire lors d'efforts de moins en moins importants. Cette sensation subjective qualifiée de dyspnée fait ressentir la respiration non plus comme un acte inconscient, mais comme un acte désagréable, voire pénible, anxiogène. Elle induit des conduites d'évitement et d'appréhension des efforts, et donc une sédentarité décrite dès le stade modéré de la maladie. Cette perte d'activité physique a pour conséquence un déconditionnement musculaire et cardiaque qui aggrave l'incapacité physique et la dyspnée. C'est la spirale du déconditionnement. La RR a pour but d'inverser cette tendance négative en jouant sur différentes composantes physiques (réentraînement à l'exercice,

renforcement musculaire) et psychocomportementales (apprentissage de la gestion du souffle et de l'effort, réassurance, reprise d'une dynamique d'activités physiques).

Le travail physique pour être bénéfique sur le plan musculaire doit être associé à un équilibre alimentaire adapté, notamment un apport suffisant en calories et en protéines, la balance dépenses et apports nutritionnels pouvant être défavorable chez les patients souffrant d'une maladie respiratoire chronique. En effet, même en cas d'activité modérée identique, la dépense calorique peut être plus importante par rapport à un sujet indemne de pathologie pulmonaire, surtout en cas de surinfections fréquentes. De plus, une diminution des ingesta est souvent observée du fait d'éléments anxiodépressifs, d'un éventuel isolement social, de l'effet anorexigène de différents facteurs (inflammation ou infection chronique, tabagisme persistant, etc.) et d'une sensation rapide de rassasiement à cause de la gêne de la course diaphragmatique en lien avec le remplissage gastrique.

Aussi, la mise en place du réentraînement à l'exercice et des prises en soins nutritionnelles et psychologiques doit être concomitante et coordonnée, car ces approches sont complémentaires, voire synergiques.

# Les personnes concernées par la RR

La RR peut être prescrite à toute personne atteinte de maladie respiratoire chronique. Elle est indiquée

¹ Pneumologue, service d'explorations fonctionnelles de la respiration, de l'exercice et de la dyspnée, GH Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris; présidente bénévole du réseau Récup'Air, Paris.

<sup>2</sup> Kinésithérapeute, coordinateur kinésithérapeute du réseau Récup'Air, Paris.

<sup>3</sup> Patiente ressource, trésorière bénévole du réseau Récup'Air, Paris. à tous les stades de sévérité à partir du moment où, malgré un traitement médicamenteux optimisé, la symptomatologie (dyspnée, mais aussi fatigue) a un impact dans la vie de tous les jours, notamment en entraînant une réduction des activités physiques et/ou socioprofessionnelles, amicales et familiales.

Les pathologies concernées sont principalement la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme sévère ou insuffisamment contrôlé, les pneumopathies interstitielles diffuses fibrosantes, la dilatation des bronches et la mucoviscidose. La RR est indiquée en

amont d'une transplantation pulmonaire, voire d'une résection pulmonaire, et avant des traitements endoscopiques bronchiques. Les personnes atteintes d'une pneumopathie infectieuse sévère ayant été hospitalisées, notamment en réanimation,

peuvent aussi en bénéficier, même si elles étaient auparavant indemnes de pathologies respiratoires.

La RR peut être commencée aussi bien en phase de stabilité respiratoire qu'immédiatement après une exacerbation de la maladie, facilitant ainsi la récupération.

Les contre-indications à la RR sont peu nombreuses et, pour certaines d'entre elles, transitoires: les pathologies cardiovasculaires instables non contrôlées par le traitement, les pathologies insuffisamment contrôlées empêchant la réalisation du programme (rhumatologique, psychiatrique, etc.).

L'oxygénothérapie à long terme n'est pas une contreindication, indiquant juste la nécessité de l'adaptation du débit d'oxygène à l'effort fourni pendant le réentraînement à l'exercice.

De même, la persistance d'une intoxication tabagique ou d'autres produits inhalés, comme le cannabis, ne contre-indique pas la mise en route d'un programme de RR; la cohérence thérapeutique impose juste que la personne s'inscrive dans une démarche de sevrage, afin de bénéficier au mieux des bienfaits du programme.

# Les résultats de la RR

La réadaptation respiratoire

associe l'intervention de différents

professionnels selon les ressources

à disposition: kinésithérapeutes,

diététicien(ne)s, psychologues,

infirmier(ère)s...

Sur la base de nombreuses études randomisées, contrôlées, regroupées dans des méta-analyses [2], la RR a démontré qu'elle diminuait la dyspnée, améliorait la capacité d'exercice et la qualité de vie, et réduisait l'anxiété et la dépression. Quand elle est réalisée après une hospitalisation pour exacerbation, elle diminué

> le nombre de réhospitalisations, voire la mortalité [3]. Cette efficacité clinique et fonctionnelle est démontrée, quelles que soient les modalités de réalisation, à l'hôpital ou en ambulatoire.

> Si le programme n'a pas induit ou renforcé un

comportement bénéfique pour la santé du patient, notamment en maintenant une activité physique adaptée, suffisante en fréquence et en durée, les effets positifs de la RR sont décrits comme ne persistant que 6 à 12 mois après la fin du programme. Il est donc important que les patients apprennent à gérer eux-mêmes la pratique d'une activité physique au cours du programme de RR.

#### La mise en œuvre

Avant de prescrire une RR, il est nécessaire d'informer le patient du contenu du programme comprenant des exercices physiques adaptés à sa capacité, mais qui demandent de l'endurance et la nécessité d'être assidu pour obtenir les résultats attendus. Cela afin de s'assurer de sa motivation, clé de la réussite du programme.

La RR associe l'intervention de différents professionnels selon les ressources à disposition: masseurskinésithérapeutes, diététicien(ne)s, psychologues, infirmier(ère)s, enseignant(e)s en activité physique adaptée, ergothérapeutes, assistant(e)s sociaux(ales) et patient(e)s ressources.



Comme déjà mentionné supra, la RR peut se faire selon différentes modalités (figure):

- à l'hôpital, dans un centre de réadaptation respiratoire;
- en ambulatoire, pendant des journées ou demijournées dans les mêmes centres ou lors de séances chez des professionnels exerçant en ville;
- à domicile, associant visites de professionnels, achat ou prêt d'un appareil de type vélo d'appartement ou stepper et téléconsultations.

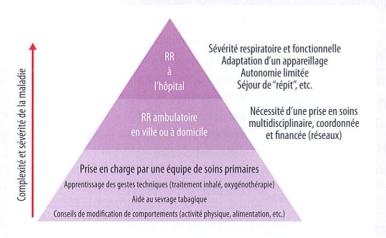


Figure. Modalités de prise en soins proposées en fonction de la personne.

Encadré 1

# Informations pratiques

- Carte de la réadaptation respiratoire en France de la Société française de pneumologie de langue française: https://splf.fr/ la-carte-de-la-readaptation-respiratoire/
- Récup'Air, réseau de santé multidisciplinaire présent en Île-de-France: https://www.recupair.org. Il propose un programme de RR pour toute personne atteinte d'une maladie respiratoire chronique qui présente une dyspnée et/ou une fatigue liées à sa maladie, entraînant une réduction de ses activités socioprofessionnelles. La RR est personnalisée, a lieu en ambulatoire, à proximité du domicile du patient, chez des masseurs-kinésithérapeutes, diététicien(ne)s et psychologues de ville. Le réseau Récup'Air est entièrement financé par l'agence régionale de santé d'Île-de-France, dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR), avec un programme autorisé et financé d'éducation thérapeutique du patient: https://www.recupair.org/Formations.html (futures formations réservées aux professionnels d'Île-de-France), https://www.recupair.org/Bilansdactivite.html (bilan d'activité du réseau Récup'Air).

Les 2 dernières modalités nécessitent une structure de coordination et un financement propre, notamment pour les professionnels ne disposant pas de cotation pour leurs actions.

Les différentes modalités peuvent se succéder dans le temps.

L'orientation vers telle ou telle modalité de réalisation se fait essentiellement selon le souhait et les besoins de la personne et les ressources locorégionales (encadré 1).

En 2018, un acte de réadaptation respiratoire kinésithérapique a été créé; il est toutefois réservé aux personnes atteintes de bronchopneumopathie chronique obstructive suffisamment sévère pour être en affection de longue durée (ALD 14). Les personnes ayant une indication de RR hors de cette situation ne peuvent pas profiter de cette cotation actuellement, et les médecins doivent s'appuyer sur des modalités autres de financement et de réalisation au travers des réseaux ou des dispositifs pilotes tels que proposés par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

Un bilan initial est nécessaire avant la mise en œuvre du programme de RR. Il faut disposer d'explorations fonctionnelles respiratoires jugeant de la sévérité du déficit respiratoire, d'une épreuve d'exercice maximal comme recommandé afin d'explorer, lors de l'effort, le ressenti clinique, le comportement cardiocirculatoire, l'oxygénation et, si possible, l'adaptation ventilatoire de la personne. Ce test permet au médecin qui prescrit le réentraînement à l'exercice de donner des indications au masseur-kinésithérapeute (niveau de l'entraînement en termes d'endurance, notamment fréquence cardiaque cible, et nécessité ou non d'une oxygénothérapie pendant les exercices). Ce test permet au masseur-kinésithérapeute de solliciter suffisamment la personne à l'effort pour la faire progresser. Un diagnostic éducatif doit être réalisé, coconstruit avec la personne, en ciblant ses objectifs, et partagé entre les différents professionnels du parcours de réadaptation. Une évaluation de la capacité physique par des tests standardisés et aisément réalisables (test de pédalage à puissance constante, test de lever de chaise, etc.) et du ressenti du patient par des questionnaires reconnus (qualité

onclusion

de vie, éléments anxiodépressifs) est recommandée en début et en fin de programme afin d'objectiver les acquis du patient pour le conforter dans ses changements bénéfiques de comportement; cette évaluation permet aussi aux professionnels intervenant dans le programme de valoriser leur expertise.

La RR représente une prise en soins efficace, recommandée depuis plus de 15 ans dans les maladies respiratoires chroniques, notamment la bronchopneumopathie chronique obstructive qui est l'une des maladies les plus prévalentes (encadré 2). Sa mise en place est exigeante, car elle nécessite un bilan fonctionnel, notamment à l'exercice, et une posture éducative des soignants permettant une adaptation en fonction des besoins et des souhaits de la personne. Elle requiert aussi une coordination entre les différents professionnels maîtrisant cette technique. Enfin, elle place la personne comme actrice de sa prise en soins, requérant une motivation initiale suffisante, qui toutefois se renforce au fur et à mesure du programme selon les progrès obtenus.

Encadré 2

# Recommandations

- Recommandations de la Haute Autorité de santé. Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive? Juillet 2014. https://www.has-sante.fr/jcms/c\_1744735/fr/comment-mettre-en-oeuvre-la-rehabilitation-respiratoire-pour-les-patients-ayant-une-bronchopneumopathie-chronique-obstructive
- Haute Autorité de santé. BPCO, sevrage tabagique et réhabilitation respiratoire. Janvier 2020. https://www.hassante.fr/jcms/p\_3118947/fr/bpco-sevrage-tabagique-et-rehabilitation-respiratoire
- Société de pneumologie de langue française. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de la BPCO. 2009. https://splf.fr/recommandations-pour-la-pratique-clinique-splf-prise-en-charge-de-la-bpco/

## Référence de l'article:

Bellocq A, Laporte JC, Simonnot N. Réadaptation respiratoire: une prise en soins globale pour un changement positif et durable chez les patients. Revue de la Pratique avancée 2024;5(1):24-5.

### Adresse de correspondance:

Agnès Bellocq: agnes.bellocq@aphp.fr

A. Bellocq, J.C. Laporte et N. Simonnot déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

# Références

- 1. Société de pneumologie de langue française. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de la BPCO. Rev Mal Respir 2010;27:511-48.
- 2. McCarthy B et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2015(2):CD003793.
- 3. Puhan MA et al. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2016;12(12):CD005305.