

La réhabilitation respiratoire (RR) nécessite l'affectation de moyens humains et matériels adaptés aux besoins et aux spécificités de chaque structure.

L'ensemble des techniques de RR ne peut être mis en application que dans la mesure où sont réalisés des bilans cliniques et des explorations spécifiques permettant une évaluation régulière. Cette approche fonctionnelle du retentissement de la pathologie est transdisciplinaire et doit être pilotée par un pneumologue ou un médecin de MPR.

1. La réhabilitation respiratoire

- La réhabilitation respiratoire s'adresse principalement aux patients atteints de BPCO et présentant un handicap évaluable.
- La prise en charge est globale et pluridisciplinaire.
- La réhabilitation doit être organisée sur le long terme dans le cadre d'une prise en charge graduée et idéalement de proximité. Cette prise en charge médicalisée doit aboutir à une plus grande autonomie du patient et notamment à la poursuite d'une activité physique d'entretien non médicalisée.

Il a été défini au niveau national un référentiel gradué qui précise la définition, la typologie et les modalités de prise en charge des patients relevant de la réhabilitation respiratoire. Ce référentiel gradué national s'appuie sur les recommandations issues de la conférence d'experts menée par la SPLF sur la réhabilitation du patient BPCO (Recommandations de la Société de pneumologie de langue française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO. *Rev Mal Respir* 2005; 22:7S8-7S14)

REHABILITATION RESPIRATOIRE
Typologie des indications

La réhabilitation respiratoire concerne principalement les malades atteints de BPCO

GRILLE N°1

	Réhabilitation recommandée oui / non	Critères d'inclusion et d'exclusion médicaux	Indicateurs de suivi
Patients pré et post chirurgicaux			
Suites de traumatismes thoraciques selon gravité et selon état de fond (Présence ou non d'une BPCO essentiellement)	Oui	-si état de fond = normal : voir les MPR -si BPCO : critères BPCO, pneumologue en collaboration avec MPR	Amélioration du handicap Réinsertion sociale, voire professionnelle
Pré et post-opératoire :			
Thorax	Oui, résection pulmonaire, transplantation et réduction de volume pulmonaire	Critères BPCO	Succès de la chirurgie Taux de complications post opératoires Durée du séjour hospitalier
Abdomen	-sus ombilical : oui si malade à risque -sous-ombilical: à discuter	Critères BPCO	Succès de la chirurgie Taux de complications post opératoires Durée du séjour hospitalier

	Réhabilitation recommandée oui / non	Critères d'inclusion et d'exclusion médicaux	Indicateurs de suivi
Patients respiratoires chroniques			
☛ BPCO	oui	Critères BPCO de la SPLF	- Amélioration du handicap - Réinsertion sociale, voire professionnelle
☛ Asthme	Non d'une façon générale, sauf asthme difficile		- Asthme devenu non difficile ou en tout cas plus facile à contrôler - Diminution de la corticothérapie per os
☛ dilatation des bronches	- décision après concertation multidisciplinaire (clinicien, physiologiste, kinésithérapeute).		- Amélioration du handicap - Réinsertion sociale, voire professionnelle
☛ maladies restrictives			
▪ amputation parenchymateuse (post pneumectomie ou lobectomie)	- si BPCO associée → critères BPCO - si pas de BPCO → critères handicap		- Amélioration du handicap - Réinsertion sociale, voire professionnelle
▪ pneumopathies interstitielles diffuses	- décision après concertation multidisciplinaire (clinicien, physiologiste, kinésithérapeute)		- Amélioration du handicap - Réinsertion sociale, voire professionnelle
▪ Maladies neuro-musculaires	- décision après concertation multidisciplinaire (clinicien, physiologiste, kinésithérapeute)		- Amélioration du handicap - Réinsertion sociale, voire professionnelle
☛ maladies mixtes (silicoses)	- décision après concertation multidisciplinaire (clinicien, physiologiste, kinésithérapeute).		- Amélioration du handicap - Réinsertion sociale, voire professionnelle

Cas particuliers			
▪ syndromes d'hyper ventilation inappropriée à l'exercice	Oui		Guérison du syndrome d'hyperventilation
▪ syndrome d'apnée du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> - Non actuellement , sauf si BPCO associée. - Eventuellement à moyen terme en fonction des études en cours 		
▪ mucoviscidose	Oui, dans le cadre du réseau CRCM (Centre Ressource Compétence Mucoviscidose)		<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du handicap - Réinsertion sociale, voire professionnelle

1. DEFINITION BPCO :

A. (source: actualisation recommandations SPLF BPCO - janvier 2003) :

Maladie chronique et lentement progressive caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens.

Sauf précision contraire, la définition de la BPCO admet implicitement une origine tabagique.

Bien qu'elles répondent en partie à cette définition, les maladies suivantes ne font pas partie de la BPCO: l'asthme, les bronchectasies, les atteintes respiratoires de la mucoviscidose, les bronchiolites chroniques de l'adulte.

B. (source ATS/ ERS 2004) :

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie que l'on peut traiter et prévenir, qui est caractérisée par une limitation des débits bronchiques non complètement réversible. La limitation des débits bronchiques, habituellement d'apparition progressive, est associée à une réponse inflammatoire anormale des poumons aux particules ou gaz toxiques, essentiellement le tabac. Bien qu'affectant principalement les bronches et les poumons, la BPCO a des répercussions systémiques (extra thoraciques).

2. DEFINITION DE LA REHABILITATION RESPIRATOIRE (RR) :

(source: conférence d'expert - recommandation SPLF 2005):

La RR est un ensemble de soins personnalisés, dispensé au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique, par une équipe transdisciplinaire. Elle a pour objectif de réduire les symptômes, d'optimiser les conditions physiques et psycho-sociales, de diminuer les coûts de santé par une stabilisation des manifestations pulmonaires et extra thoraciques de la maladie.

La réhabilitation respiratoire doit répondre à l'objectif général de réinsertion, objectif qui est celui des services de soins de suite et de réadaptation, à savoir:

Donner au patient les moyens d'améliorer sa qualité de vie, d'accroître son autonomie et de réintégrer une vie sociale acceptable pour lui.

3. DEFINITION ASTHME DIFFICILE :

Asthme mal contrôlé malgré une prise en charge multidisciplinaire coordonnée et optimale. (Une forme particulière d'asthme difficile est constitué par l'asthme corticodépendant).

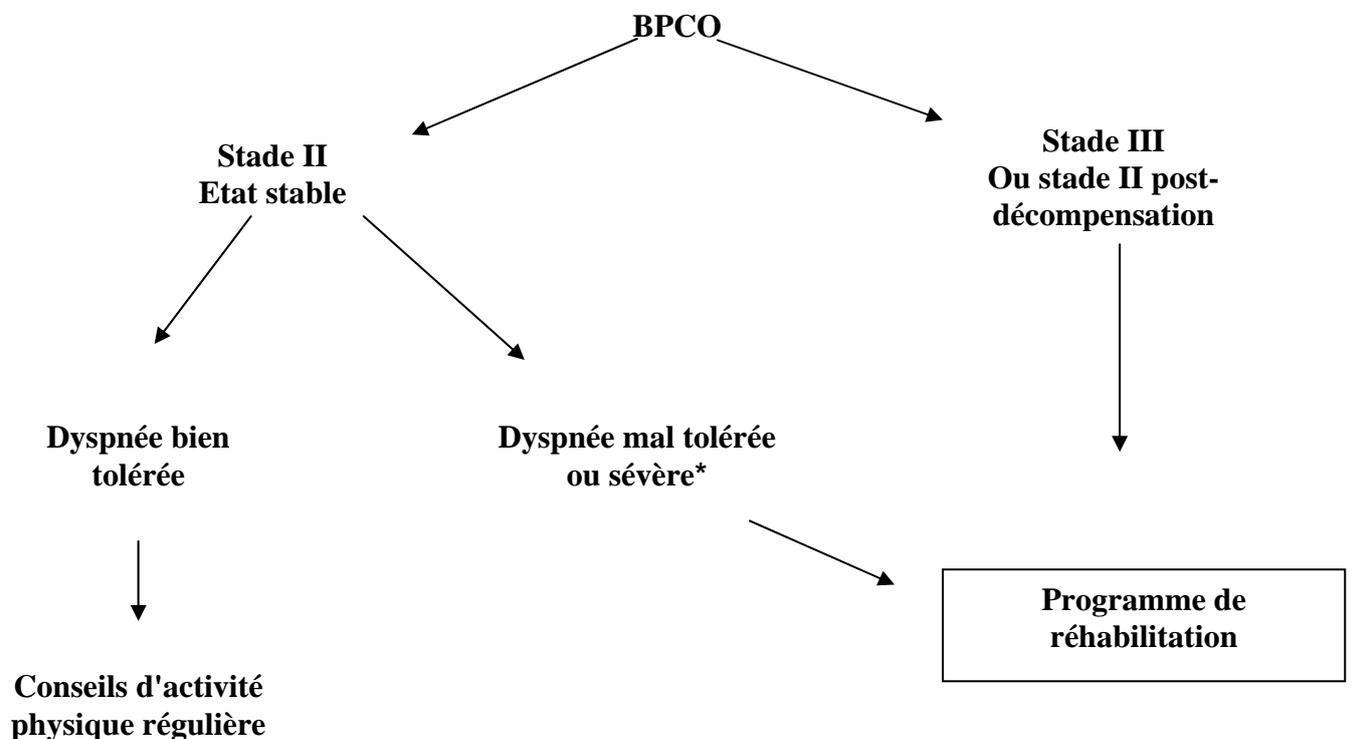
Critères d'inclusion pour la RR de la BPCO

(source : conférence d'expert - recommandations SPLF - RR du BPCO)

La RR s'adresse à chaque patient présentant **un handicap secondaire à l'évolution de la BPCO**, quelque soit le degré de déficience respiratoire

- ▶ Patients présentant un **handicap respiratoire évaluable.**
- ▶ Patients qui présentent malgré une prise en charge optimale de leur maladie (sevrage tabagique, traitement médicamenteux, vaccinations)
 - **une dyspnée ou une intolérance à l'exercice,**
 - une diminution de leurs activités en rapport avec leur maladie ou l'altération de leur état de santé.
- ▶ Patients en état stable ou au décours d'une exacerbation/décompensation.

Indications de la réhabilitation (source Revue Française des Maladies Respiratoires - janvier 2004):



* Dyspnée Sévère:

Echelle de Sadoul ≥ 3

Test de marche de 6 min

Distance < 80 % théorique

Et/ou échelle de Borg/Echelle visuelle analogique ≥ 5

Contre indications

(source : conférence d'expert - recommandations SPLF - RR du BPCO) :

- *les contre-indications à l'exercice:*
 - contre-indications cardio-vasculaires à l'exercice
 - instabilité de l'état respiratoire (acidose respiratoire non compensée)
 - affection interférant avec le processus de RR (maladie neuromusculaire évolutive, maladie psychiatrique)

- *Contre-indication temporaire:*
 - Affection intercurrente évolutive
 - Manque persistant de motivation et d'observance du patient

REHABILITATION RESPIRATOIRE

Modes de prise en charge

Lorsque la formulation est du type « il est recommandé de... » la recommandation est tirée du texte court de la conférence d'expert SPLF sur la réhabilitation des patients atteints de BPCO (*Rev Mal Respir* 2005; 22 ; 696-704)

- ▶ La RR peut se faire en hospitalisation complète, en ambulatoire (en hospitalisation de jour ou en externe), au domicile.
- ▶ Ces modalités font appel à une logistique et à un type de prise en charge très différent selon qu'il s'agit d'une prise en charge en MCO, en SSR ou en ambulatoire.
- ▶ L'ensemble du plateau technique nécessaire à l'évaluation initiale n'est pas indispensable en service de SSR qui doit par ailleurs pouvoir assurer le suivi de la RR et les évaluations nécessaires. Les éléments de suivi indispensables ainsi que les acteurs indispensables dans le cadre de l'hospitalisation sont marqués par un astérisque dans le tableau 2.
- ▶ la RR est efficace quelque soit le lieu.
- ▶ Il est recommandé de ne pas adresser en hospitalisation complète des patients pouvant bénéficier d'une réhabilitation en ambulatoire ou à domicile.
- ▶ Il est donc recommandé de développer des structures de RR en ambulatoire ou à domicile, si possible en réseau de santé.
- ▶ Il est recommandé de réaliser la RR en hospitalisation, dans le cadre d'un service de SSR, dans les suites immédiates d'une exacerbation ayant nécessité une hospitalisation. La RR en hospitalisation est aussi indiquée pour les malades polyopathologiques ou les patients souffrant de problèmes psychologiques et/ ou ayant des difficultés sociales.
- ▶ Il est recommandé d'adresser dans les structures de proximité (cabinets médicaux et/ou de kinésithérapie, sans accès immédiat aux soins d'urgence) des malades chez qui les facteurs de risque ont été éliminés.
- ▶ Il est recommandé d'initier la RR par un stage de durée déterminée qui favorise le regroupement et la coordination de tous les moyens de cette activité transdisciplinaire.
- ▶ Il est recommandé d'associer l'environnement médical et para médical du patient à toute RR en externe ou à domicile, ainsi que l'association locale des Insuffisants Respiratoires si elle est présente et impliquée.
- ▶ La participation de la famille et des associations de loisir au programme de RR est souhaitable lorsqu'elle est possible

GRILLE N°2

Le signe * indique la nécessité de cette organisation ou fonction en SSR

	Hospitalisation complète	Hospitalisation de jour	Soins de ville	Domicile
Plateau technique	<ul style="list-style-type: none"> - Epreuve fonctionnelle d'exercice - Impédancemétrie* - Test de marche de 6 minutes* - Spirométrie* - Gaz du sang* 	idem	idem	Bilan initial sur même plateau technique avant RR à domicile.
Les intervenants dans le programme de réhabilitation (source conférence d'experts SPLF)	<ul style="list-style-type: none"> - Pneumologue ou Spécialiste en médecine physique et de réadaptation* - Omnipraticien - Kinésithérapeute* - Diététicien* - Psychologue* - Educateurs sportifs de préférence diplômé STAPS option "Activité Physique Adaptée" (APA) - Assistante sociale* - Ergothérapeute - Infirmière* 	idem	<p>Réseau de santé comportant un pneumologue ou spécialiste en MPR, kinésithérapeute, infirmière, diététicien, psychologue, éducateur sportif, assistante sociale.</p> <p>Intervenants spécifiquement formés</p>	<p>Réseau de santé comportant un pneumologue ou spécialiste en MPR, kinésithérapeute, infirmière, diététicien, psychologue, éducateur sportif, assistante sociale</p> <p>Intervenants spécifiquement formés</p>
Animation d'équipe et surveillance du patient	Pneumologue ou MPR*	Pneumologue ou MPR	Pneumologue ou MPR	Pneumologue ou MPR
Contenu de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Entraînement physique* Kinésithérapie respiratoire* Education thérapeutique* Composante psychologique* Suivi nutritionnel* Composante sociale* Sevrage tabagique* 	idem	idem	idem

	Hospitalisation complète SSR	Hospitalisation de jour	Soins de ville	Domicile
Durée de prise en charge	5H de temps patient PEC physique et psychosociale (enseignement thérapeutique...)	2 h le matin 1 h ½ de PEC physique + ½ h d'enseignement thérapeutique (y compris diététique) + 2 h l'AM : idem	2 h 1 h ½ de PEC physique + ½ h d'enseignement thérapeutique (y compris diététique) par kiné ou infirmière formée	Tous les jours. Au minimum : 30 minutes
Durée de séjour ou nombre de séances en moyenne	Si 5 h/j 5 fois/semaine : 3 à 4 semaines Si 5 h/j 3 fois/semaine : 6 à 8 semaines	20 séances 3 séances hebdomadaires	20 séances 3 séances hebdomadaires	Au long cours
Facteurs déterminant le choix du mode de prise en charge	- Malades handicapés respiratoires avec polyopathie et/ou souffrant de problème psychologiques et/ou sociaux et/ou dans les suites immédiates d'une exacerbation ayant nécessité une hospitalisation - Ou ceux qui ne peuvent pas bénéficier des autres modalités de prise en charge	- PEC de proximité	Malades sans facteurs de risque particulier	En relais d'une prise en charge dans une structure. D'emblée pour les malades les moins sévères.
Autres observations	Les différentes modalités de la RR sont complémentaires et peuvent évoluer dans le temps. La RR est efficace quelle que soit la sévérité et quel que soit le lieu de prise en charge. La RR doit être organisée sur le long terme dans le cadre d'une prise en charge graduée et idéalement de proximité. Le développement des réseaux doit être encouragé			

Evaluation

La réhabilitation respiratoire doit faire l'objet d'évaluations régulières avant, pendant et après la mise en place. Les outils d'évaluation actuels reposent sur une estimation de l'autonomie et de la qualité de vie en utilisant des questionnaires validés et surtout sur le test de marche de 6 minutes. Il est possible également de répéter une épreuve fonctionnelle d'exercice.

A l'avenir, il est souhaitable :

- d'élaborer et d'évaluer de nouveaux outils d'évaluation de l'autonomie
- d'évaluer l'efficacité et les indications de nouveaux outils :
 - de réentraînement musculaire, notamment par stimulation électrique
 - d'éducation thérapeutique

Perspectives

- Assurer une fluidité des filières en réduisant les durées de séjour et en majorant les moyens disponibles en ville
- Développer les prises en charge en réseaux
- Proposer une prise en charge à long terme faisant intervenir après le stage initial des réseaux de réhabilitation
- valoriser les prestations des différents acteurs de santé impliqués dans la prise en charge notamment en ambulatoire.