

Recommandations de la Société de Pneumologie de Langue Française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO

Conférence d'experts

Question 1 : Quelles sont les définitions de la réhabilitation respiratoire chez un patient atteint de BPCO ?

(Chapitre de définitions, pas de recommandation)

Quelle est la définition de la réhabilitation respiratoire ?

• La réhabilitation respiratoire 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 psychosociales, de diminuer les coûts de santé.

Quelles sont les définitions du handicap ?

• **Les déficiences** sont les pertes ou dysfonctionnements des diverses parties du corps. Elles résultent en général d'une maladie (au sens large). Ce terme se rapproche de celui d'invalidité. Chez le patient atteint de BPCO, l'obstruction des bronches est une déficience.

• **Les incapacités** sont les difficultés ou incapacités à réaliser les actes élémentaires de la vie (alimentation, hygiène personnelle, sortie du domicile, travail ou activités sociales, etc.). Elles résultent en général d'une ou plusieurs déficiences. Chez le patient atteint de BPCO, la limitation de l'effort liée à la dyspnée est l'incapacité qui résulte de l'obstruction des bronches.

• **Les désavantages** (ou handicaps) désignent les difficultés ou impossibilités que rencontre une personne à assurer les fonctions sociales auxquelles elle peut aspirer ou que la société attend d'elle.

La claustration du patient atteint de BPCO est le désavantage psychosocial lié à son incapacité.

Pathologie ► Déficience ► Incapacité ► « Handicap » (ou désavantage psychosocial), devient chez le patient atteint de BPCO : BPCO ► obstruction des bronches ► dyspnée d'effort ► claustration, sédentarité, isolement.

Société de Pneumologie de Langue Française, Paris, France.

Correspondance : SPLF,
66, boulevard Saint-Michel, 75006 Paris.

Accessible en ligne via :
<http://www.splf.org/rmr/accesLibre/rehabBPCO.htm>
RevMalRespir@splf.org



Quel est le bénéfice attendu d'une réhabilitation ?

- Le bénéfice attendu de la réhabilitation respiratoire est de réduire le désavantage psychosocial des patients atteints de BPCO.
- Les objectifs prioritaires sont de réduire la dyspnée et de donner au patient les moyens d'améliorer sa qualité de vie, d'accroître son autonomie et de réintégrer une vie sociale acceptable pour lui.

À qui s'adresse la réhabilitation respiratoire ?

- La réhabilitation respiratoire s'adresse à chaque patient présentant un handicap secondaire à l'évolution de la BPCO, quel que soit le degré de la déficience respiratoire.

Quels seront les examens utiles dans l'évaluation du patient atteint de BPCO avant une réhabilitation respiratoire ?

Niveau de handicap	Moyens d'évaluation
<p style="text-align: center;">Déficiences</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble ventilatoire obstructif (TVO), perte de l'élasticité pulmonaire et leurs conséquences sur les échanges gazeux - Trouble de la fonction musculaire <ul style="list-style-type: none"> • Respiratoire • Membres inférieurs et supérieurs - Anomalies du statut pondéral 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du VEMS (sévérité du TVO) - Mesure de la CRF (recherche de distension) - Mesure de la CI (recherche de distension) - Mesure de la DLCO (recherche de signes d'emphysème) - PaO₂, PaCO₂, SaO₂ - Mesure de la P_{imax} et P_Emax - Mesure de la force du quadriceps et de la force de préhension - Mesures de l'IMC et de la masse maigre
 <p style="text-align: center;">Incapacités</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Dyspnée - Limitation des capacités d'exercice 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires et échelles de dyspnée - Test de marche de 6 min - Tests d'endurance - Epreuve fonctionnelle à l'exercice (EFX)
 <p style="text-align: center;">Désavantages (« handicaps »)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation à la vie socioprofessionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires de qualité de vie génériques et/ou spécifiques

CI : capacité inspiratoire
P_{imax} : pression inspiratoire maximale
P_Emax : pression expiratoire maximale

Quel est le contenu d'une réhabilitation respiratoire ?

- Un programme de soins proposé par la réhabilitation respiratoire comprend plusieurs composantes :
 - entraînement à l'exercice,
 - éducation thérapeutique,
 - sevrage tabagique,

- prise en charge psychologique,
- suivi nutritionnel,
- prise en charge sociale.

Qui peuvent être les intervenants dans un programme de réhabilitation respiratoire ?

- Des professionnels médicaux ou non, pneumologues, spécialistes en médecine physique et de réadaptation, omnipraticiens, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, éducateurs sportifs, assistantes sociales, ergothérapeutes, infirmières, tabacologues. Cette pratique transdisciplinaire nécessite une formation spécifique dans le domaine de la réhabilitation respiratoire.
- La coordination des soins dispensés par ces intervenants est assurée par un groupe restreint de professionnels de santé formés à la réhabilitation, généralement structuré autour d'un pneumologue.

Quelles sont les modalités de réalisation de la réhabilitation respiratoire ?

- Il existe de nombreuses modalités de réalisation, mais un stage initial sera toujours nécessaire. Le stage, sans spécificité de lieu, sera une période définie pendant laquelle le patient atteint de BPCO exercera des activités adaptées et programmées en vue de sa formation à la prise en charge de sa maladie.

Question 2 : Quelles sont les indications et les contre-indications de la réhabilitation respiratoire chez un patient atteint de BPCO ?

L'efficacité de la réhabilitation respiratoire chez le patient atteint de BPCO est démontrée en termes d'amélioration de la qualité de vie, de la dyspnée et de la tolérance à l'effort. La réhabilitation respiratoire a également un impact positif sur les dépenses de santé, en réduisant les exacerbations, les consultations en urgence et la durée des hospitalisations.

Quelles sont les indications de la réhabilitation respiratoire chez un patient atteint de BPCO ?

- Il est recommandé de proposer une réhabilitation respiratoire à tout patient atteint d'une BPCO et présentant une incapacité respiratoire ou un handicap respiratoire évaluables. Elle 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 (A),
 - une réduction de leurs activités sociales en rapport avec l'altération de leur état de santé (A).
- La réhabilitation respiratoire est possible chez les patients en état stable ou au décours d'une exacerbation (A).
- La motivation est un préalable nécessaire à l'adhésion au programme de réhabilitation respiratoire (avis d'experts).

Quelles sont les contre-indications de la réhabilitation respiratoire chez un patient atteint de BPCO ?

- Il est recommandé de rechercher systématiquement les contre-indications de l'entraînement à l'exercice avant de débuter une réhabilitation (A).
 - Contre-indications cardio-vasculaires à l'exercice.
 - Instabilité de l'état respiratoire (acidose respiratoire non compensée).
 - Affection interférant avec le processus de réhabilitation respiratoire (maladie neuromusculaire évolutive, maladie psychiatrique).
- Il est recommandé de rechercher des contre-indications relatives (avis d'experts).
 - Affection intercurrente évolutive (pathologies locomotrices par exemple).
 - Manque persistant de motivation et d'observance du patient.

Question 3 : Quelles sont la nature et les modalités de l'évaluation d'une réhabilitation respiratoire chez un patient atteint de BPCO ?

- Avant le programme de réhabilitation respiratoire chez un patient atteint de BPCO, il est recommandé d'évaluer les déficiences, les incapacités et le désavantage psychosocial du patient (B).
- Avant de commencer une réhabilitation respiratoire, il est recommandé de définir le degré de sévérité de la maladie par l'évaluation des déficiences et de l'incapacité fonctionnelle. La sévérité de la maladie ne constitue pas une contre-indication à une réhabilitation, mais nécessite d'adapter l'évaluation et le contenu du programme (B).

Les experts proposent un programme d'évaluation en fonction du statut clinique du patient :

1. Il est recommandé pour un patient atteint de BPCO (avec un VEMS < 80 % de la théorique) gardant un handicap évaluable malgré un traitement par ailleurs bien conduit de réaliser :

– *Idéalement, afin d'optimiser le programme de réhabilitation* (C) :

- a. Une évaluation clinique, nutritionnelle et psychologique.
- b. Une évaluation du tabagisme.
- c. Une évaluation des facteurs de mauvaise observance du programme de réhabilitation respiratoire.
- d. Une évaluation complète de la fonction respiratoire au repos : spirométrie, test de bronchodilatation, volumes pulmonaires, diffusion.
- e. Une mesure des gaz du sang artériel au repos.
- f. Une exploration fonctionnelle à l'exercice complète : elle doit comporter une mesure de la ventilation minute, de la VO_2 , VCO_2 , une mesure de la SpO_2 et un électrocardiogramme. Les gaz du sang et la lactatémie sont optionnels.

g. Une mesure de la force musculaire (pression inspiratoire maximale, pression expiratoire maximale, force de préhension et force du quadriceps).

h. Une évaluation de la dyspnée par des échelles de dyspnée.

i. Un test de marche de 6 minutes standardisé avec mesure de la SpO_2 , évaluation de la dyspnée à l'aide d'une échelle de dyspnée et évaluation de la fatigue musculaire à l'aide d'une échelle validée.

j. Un questionnaire de qualité de vie de Saint-George.

Des échelles de fatigue musculaire et de dyspnée seront analysées par rapport à la charge et à la ventilation minute. La mesure de la capacité inspiratoire en cours d'effort estime la distension pulmonaire dynamique.

Le seuil ventilatoire, la limitation ventilatoire, et les problèmes cardiaques additionnels, notamment ceux contre-indiquant un exercice, sont également recherchés.

– *Au minimum, en cas d'impossibilité de réaliser un bilan complet (avis d'experts) :*

a. Une évaluation clinique, nutritionnelle et psychologique.

b. Une évaluation du tabagisme.

c. Une évaluation des facteurs de mauvaise observance du programme de réhabilitation respiratoire.

d. Une élimination des contre-indications cardio-vasculaires à l'exercice, notamment à la recherche d'insuffisance coronarienne à l'exercice.

e. Un test de marche de 6 mn standardisé avec mesure de la SpO_2 .

f. Une spirométrie et un test de bronchodilatation.

g. Une mesure des gaz du sang artériel au repos.

h. Une exploration fonctionnelle à l'exercice. Elle peut se limiter à un exercice associant la mesure de la puissance de travail à la mesure de la SpO_2 , mais pour des raisons de sécurité, l'épreuve doit comporter un tracé électrocardiographique.

i. Une évaluation de la force des muscles locomoteurs, si besoin par l'intermédiaire d'un kinésithérapeute.

j. Une évaluation de la force des muscles respiratoires par mesure de la pression inspiratoire maximale si un réentraînement des muscles inspiratoires est prévu.

2. Il est recommandé pour un patient atteint de BPCO au décours d'un épisode de décompensation et/ou dyspnéique au moindre effort de la vie quotidienne (lever du lit, parole, alimentation, hygiène personnelle...), de réaliser au minimum les examens suivants (avis d'experts).

a. Une évaluation clinique, nutritionnelle et psychologique.

b. Une évaluation du tabagisme.

c. Une évaluation des facteurs de mauvaise observance du programme de réhabilitation respiratoire.

d. Une spirométrie avant et après administration de bronchodilatateurs de courte durée d'action.

e. Une mesure des gaz du sang artériel au repos.

f. Une mesure de la force musculaire (pression inspiratoire maximale, pression expiratoire maximale et force de quadriceps et force de préhension).

g. Une évaluation de la dyspnée par des échelles de dyspnée.

h. Un test de marche de 6 minutes standardisé avec mesure de la SpO₂, échelles de dyspnée (de Borg ou EVA) et échelles de fatigue musculaire.

i. Une exploration fonctionnelle à l'exercice. Elle peut se limiter à un exercice associant la mesure de la puissance de travail à la mesure de la SpO₂, mais pour des raisons de sécurité, l'épreuve doit comporter un tracé électrocardiographique.

Question 4 : Quels sont les composantes de la réhabilitation respiratoire chez un patient atteint de BPCO ?

Le programme de soins proposé par la réhabilitation respiratoire comprend plusieurs composantes :

- entraînement à l'exercice,
- éducation thérapeutique,
- prise en charge psychologique,
- sevrage tabagique,
- suivi nutritionnel,
- prise en charge sociale.

1. Traitements physiques

1.1 Entraînement des muscles locomoteurs

Quel réentraînement musculaire faut-il proposer à un patient atteint de BPCO dans le cadre d'une réhabilitation respiratoire ?

- Le réentraînement des membres inférieurs est indispensable (A).
- Il est recommandé d'associer des exercices d'endurance et de force des membres inférieurs (C).
- Il n'y a pas de modalité préférentielle de réentraînement, néanmoins, il est recommandé d'utiliser une intensité de 50 % à 80 % de la puissance maximale aérobie ou à la fréquence cardiaque cible, avec une durée de 30 à 45 minutes par séance, 3 à 5 fois par semaine, pour un total minimum de 20 à 30 séances pour le stage. Cette charge devra être adaptée au fur et à mesure des progrès du patient (C) (la fréquence cardiaque cible se détermine au seuil ventilatoire ou éventuellement au seuil de dyspnée).
- Il est recommandé d'associer au réentraînement des membres inférieurs un réentraînement des membres supérieurs (C).

1.2 Oxygénothérapie et réhabilitation : faut-il réentraîner les patients atteints de BPCO sous oxygène ?

- Le réentraînement à l'exercice n'est pas contre-indiqué chez les patients sous oxygène au long cours (avis d'experts).
- Il est recommandé d'entraîner sous oxygène les patients qui désaturent à l'exercice (B) avec un débit d'oxygène permettant une SpO₂ > 90 % pendant le réentraînement (avis d'experts).

1.3. Muscles respiratoires

Le réentraînement des muscles respiratoires est-il utile ? et si oui, quelle méthode peut être recommandée ?

- Dans un stage de réentraînement musculaire, il est recommandé d'inclure un réentraînement des muscles respiratoires inspiratoires chez les patients présentant une diminution objective de la force des muscles respiratoires (B).
- Il est recommandé de réaliser un entraînement contre résistance, à au moins 30 % de la pression inspiratoire maximale et d'utiliser les systèmes de type « à seuil » (C).

1.4. Kinésithérapie

Quel complément est utile dans le cadre du désencombrement bronchique chez un patient atteint de BPCO ? Quel complément est utile dans le cadre d'apprentissage de techniques de maîtrise du souffle ?

- Pour le désencombrement bronchique, il est recommandé d'utiliser et d'enseigner les méthodes d'augmentation du flux expiratoire chez tous les patients atteints de BPCO (B).
- Il n'est pas recommandé d'utiliser les percussions externes et internes, manuelles ou mécaniques ; les vibrations ; les oscillations ; les techniques d'hyperinsufflations.
- Il est recommandé d'évaluer et d'homogénéiser les méthodes de relaxation des patients BPCO (avis d'experts).
- Dans le programme de réhabilitation respiratoire, il est recommandé d'inclure l'apprentissage gestuel des activités de la vie journalière (avis d'experts).

2. Éducation thérapeutique

- Il est recommandé de faire un diagnostic éducatif (C).
- Il est recommandé de mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique, partie intégrante de la réhabilitation respiratoire (B).
- Il est recommandé de tenir compte du diagnostic éducatif, pour décider des domaines à travailler. Il s'agira le plus souvent des thèmes suivants : connaissance de la maladie, traitement de fond, traitement de crise, signes avant-coureurs d'une décompensation, sevrage tabagique, activités physiques, sexualité (avis d'experts).

3. Soutien psychologique

- Il est recommandé de proposer des techniques cognitivo-comportementales dans la prise en charge psychologique des patients BPCO, dans le but de réduire la souffrance psychique des patients et de leur entourage (C). Il est recommandé de rechercher un syndrome dépressif, car accessible à une thérapie médicamenteuse (C).

4. Sevrage tabagique et réhabilitation pulmonaire

- Si le sevrage du tabagisme n'est pas obtenu au préalable, il est indispensable de l'incorporer au stage de réhabilitation respiratoire (avis d'experts).

Question 5 : Quelles sont les stratégies de la réhabilitation respiratoire chez un patient atteint de BPCO ?

- La réhabilitation respiratoire est sous-utilisée en France, malgré une efficacité reconnue.
- Il existe un retard dans le développement des structures, mais aussi un manque d'information et de formation des soignants et des malades.
- Il est proposé des recommandations fondées sur une stratégie d'orientation des patients, d'optimisation des sites de réhabilitation respiratoire et de coordination des actions afin de répondre aux besoins des malades, en d'autres termes, de répondre aux questions suivantes : où ? quand ? comment ? Les besoins des malades sont fonction de la sévérité de leur maladie, de leurs attentes, de leur contexte sociofamilial. Cette stratégie s'appuie sur les structures existantes et doit reposer sur un cadre sécuritaire et réglementaire défini.

Contrat patient/soignant

- Il est recommandé de donner au patient une information écrite décrivant les objectifs, la nature, les risques et le cahier des charges du programme de réhabilitation respiratoire, réalisant un contrat patient/soignant (avis d'experts).

Où doit-on réaliser une réhabilitation respiratoire chez un patient atteint de BPCO ?

- La réhabilitation respiratoire peut se faire sur les lieux suivants :
 - en hospitalisation,
 - en ambulatoire,
 - au domicile.
- La réhabilitation respiratoire est efficace quel que soit le lieu.
- Il est recommandé de choisir le lieu de la mise en place de la réhabilitation respiratoire en fonction de l'évaluation initiale du patient, de sa motivation et des possibilités locales (C).
- Chaque type de structure a des avantages et des inconvénients, qui influencent l'orientation des patients :
 - il est recommandé de ne pas adresser en hospitalisation des patients pouvant bénéficier d'une réhabilitation ambulatoire ou à domicile. Il est donc recommandé de développer des structures de réhabilitation respiratoire ambulatoire ou à domicile, si possible dans le cadre d'un réseau de santé (C) ;
 - il est recommandé de réaliser la réhabilitation respiratoire en hospitalisation pour les malades BPCO polyopathologiques et/ou souffrant de problèmes psychologiques graves et/ou sociaux et/ou dans les suites immédiates d'une exacerbation ayant nécessité une hospitalisation, quand la prise en charge ambulatoire est impossible (avis d'experts).
- Les structures de proximité de réhabilitation respiratoire transdisciplinaire concernent aussi des cabinets médicaux et/ou de kinésithérapie sans accès immédiat aux soins d'urgence. Il

est recommandé d'adresser dans ces structures des malades atteints de BPCO stable (cf. Question 3), sans contre-indications à un réentraînement à l'exercice (cf. Question 2) (avis d'experts).

Quelles sont les modalités de réalisation de la réhabilitation respiratoire ?

- Les différentes modalités de la réhabilitation respiratoire sont complémentaires et peuvent évoluer dans le temps. Il est cependant recommandé que chaque patient ait accès dans son parcours à la totalité des composants de cette réhabilitation (cf. Question 4), quel que soit le lieu de la réhabilitation (B).
- Il est recommandé d'initier la réhabilitation respiratoire par un stage de durée déterminée qui favorise le regroupement et la coordination de tous les moyens de cette activité transdisciplinaire (avis d'experts).
- Lorsque le réentraînement à l'exercice est réalisé à domicile, il est recommandé d'encadrer la réhabilitation par un des membres de l'équipe coordonnatrice : le médecin, l'infirmière et le kinésithérapeute, au domicile ou au cabinet, à une fréquence régulière (1 à 3 fois/semaine au début du programme et espacée à 1 fois/mois par la suite) (avis d'experts).

Comment améliorer l'observance des patients au programme de réhabilitation ?

- Malgré les bénéfices apportés par la réhabilitation respiratoire, le manque d'adhésion et d'observance des malades est un facteur important à prendre en compte et à gérer.
- Il est recommandé d'identifier les facteurs de mauvaise observance, qui sont :
 - une compréhension ou une perception erronée de la maladie BPCO et de ses traitements, du rôle de la réhabilitation respiratoire et de son efficacité, ce qui justifie des explications claires et une éducation,
 - un entourage familial défavorable,
 - un état anxio-dépressif qui peut nécessiter une prise en charge spécifique,
 - les exacerbations qui nécessitent un aménagement du programme de réhabilitation,
 - la pénibilité excessive et inadaptée du réentraînement à l'exercice (avis d'experts).
- Il est recommandé d'associer l'environnement médical et paramédical du patient à toute réhabilitation en externe ou au domicile, ainsi que l'association locale des insuffisants respiratoires si elle est présente et impliquée (avis d'experts).
- Après une exacerbation, il est recommandé d'envisager une réhabilitation respiratoire précoce (B).

Comment améliorer l'accès à la réhabilitation en France des patients atteints de BPCO ?

Il existe un retard dans le développement de la réhabilitation respiratoire, en particulier du fait d'une politique sanitaire inadaptée, malgré un rapport coût/bénéfice favorable.

Pour des raisons d'économie de santé, il est recommandé d'engager un patient BPCO atteint d'un handicap d'origine respiratoire dans un programme de réhabilitation respiratoire (A).

Il est recommandé de promouvoir le développement de la réhabilitation respiratoire auprès des pouvoirs publics par : 1) une reconnaissance et une tarification de tous les éléments de cette activité et 2) une formation des médecins et autres soignants prenant en charge ces patients (avis d'experts).

L'ensemble du corps médical et paramédical ainsi que les malades et leurs associations doivent être informés de l'importance du rôle tenu par la réhabilitation respiratoire dans les traitements de la BPCO (avis d'experts).

Dans quel cadre juridique s'intègre la réhabilitation respiratoire en France ?

Le cadre juridique de la réhabilitation respiratoire est encore imprécis.

La réhabilitation respiratoire peut être proposée par tous les acteurs de santé. Il est recommandé que l'indication soit confirmée et la mise en œuvre réalisée par un pneumologue, un médecin spécialiste en médecine physique et de réadaptation ou un médecin formé à la réhabilitation respiratoire (avis d'experts).

La prise en charge doit rester coordonnée par le pneumologue (avis d'experts).

Quel que soit le lieu, il est recommandé que le programme de réhabilitation respiratoire soit détaillé dans une prescription médicale écrite s'appuyant sur le bilan pneumologique, avec en particulier pour le réentraînement à l'exercice : fréquence cardiaque ou puissance cible, débit d'oxygène si besoin, critères d'arrêt et/ou d'annulation de la séance. Le délai entre la prescription et le début de la réhabilitation ne doit pas dépasser 3 mois (avis d'experts).

Question 6 : Modalités de suivi et évaluation de l'efficacité à long terme de la réhabilitation

Que faut-il proposer après un stage de réhabilitation respiratoire ?

La réhabilitation respiratoire est un processus continu, évolutif, jamais définitif. Il est recommandé d'entretenir les bénéfices acquis (activités physiques, observance au traitement, projets de vie, diététique) de la réhabilitation respiratoire au-delà du stage initial (A), pendant plusieurs années (C), et toute la vie durant (avis d'experts).

Quel est l'intérêt de poursuivre une réhabilitation sur le long terme ?

Il est recommandé, notamment pour des questions de coût de santé, d'engager un patient atteint de BPCO dans un processus de réhabilitation à long terme (B).

Il est recommandé qu'un programme de réhabilitation respiratoire, grâce notamment à l'éducation thérapeutique, débouche sur des modifications de comportement à long terme, dans la vie quotidienne, et amène le patient vers l'autonomie et la diminution du recours à l'équipe médicale (avis d'experts).

À qui proposer une réhabilitation à long terme ?

La prise en charge à long terme s'adresse à des patients atteints de BPCO en état stable, ayant bénéficié d'un stage de réhabilitation respiratoire (avis d'experts).

Que doit contenir la réhabilitation sur le long terme ?

Il est recommandé de poursuivre à vie, une activité physique régulière, au moins trois fois par semaine, durant 30 à 45 minutes, à une intensité « suffisante » (seuil de dyspnée, fréquence cardiaque cible), au mieux de façon autonome et dans des associations de patients et/ou de loisirs (B).

Il est recommandé de poursuivre de façon continue lors des différentes visites de suivi médical et paramédical, l'éducation thérapeutique, la prise en charge psychosociale et la diététique (avis d'experts).

Comment peut s'organiser une réhabilitation sur le long terme ?

Il n'y a pas de lieux spécifiques ni de type précis de suivi à long terme. Il est recommandé d'utiliser pour le long terme tous les moyens décrits à la question 5. La réhabilitation peut être faite en dehors de toute structure médicale ou paramédicale, notamment grâce aux activités proposées par les associations locales de patients et/ou de loisirs. Les différents intervenants doivent être formés à cette prise en charge et respecter notamment les engagements minimaux de sécurité pour le réentraînement (avis d'experts).

Il est recommandé que les différentes structures prenant en charge les patients BPCO travaillent de façon coordonnée (avis d'experts).

Il est recommandé que le suivi soit effectué à une fréquence adaptée au statut du patient (avis d'experts).

Il est recommandé que le suivi à long terme soit coordonné par le pneumologue (avis d'experts).

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 réhabilitation respiratoire (B).

Quelles sont les conditions de sécurité si l'on engage un BPCO sur un réentraînement à l'exercice sur le long terme ?

Il est recommandé de réaliser une nouvelle exploration fonctionnelle d'exercice en cas d'aggravation de la pathologie respiratoire ou cardio-vasculaire (B).

Comment évaluer l'efficacité d'un programme de réhabilitation sur le long terme ?

Il est recommandé d'évaluer régulièrement le programme de réhabilitation respiratoire (tolérance à l'exercice, qualité de vie, dyspnée, nombre d'exacerbations) et de l'adapter aux modifications du statut du patient (avis d'experts).

Il est recommandé d'évaluer régulièrement la tolérance à l'exercice (au moins une fois par an) par un test de marche avec étude de la SpO₂. L'exploration fonctionnelle à l'exercice sera réalisée en cas d'aggravation de la pathologie respiratoire ou cardio-vasculaire (avis d'experts).
