

TABLE-RONDE

Vivre avec une BPCO : Comment répondre aux besoins ?

Le jeudi 19 octobre 2023, de 18H à 19H30

Les maladies respiratoires chroniques, comme la **bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)** restent longtemps méconnues et invisibles. Elles n'en restent pas moins handicapantes, altérant la qualité de vie et impactant les activités familiales, sociales et professionnelles. Au total, plus de 3,5 millions de personnes seraient touchées par une BPCO en France, un chiffre très probablement sous-estimé.

En quoi la BPCO est-elle un défi individuel et sociétal ? Comment améliorer la prise en soins de la BPCO et accompagner l'accès aux solutions thérapeutiques, médicamenteuses et non-médicamenteuses ? Comment favoriser une prise en soins globale du patient ?

Nous remercions l'ensemble des intervenants pour leur participation à cette table-ronde.

PARTICIPANTS

Mme Aurélie CHARVOZ

Ergothérapeute au centre de réadaptation respiratoire Renée Sabran (Hyères)

Mme Agnès de CHASSEY

Patiente-experte BPCO et membre de Santé respiratoire France

Dr Catherine GRENIER

Directrice des assurés à la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM)

Dr Jean-Marie GROUSBOIS

Pneumologue, expert de la réadaptation respiratoire à domicile

Membre de Santé respiratoire France

Membre du bureau Alvéole, groupe expert de la SPLF pour la réadaptation respiratoire et l'exercice

Dr Amélie LANSIAUX

Directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) à la Haute autorité de santé (HAS)

Dr Frédéric LE GUILLOU

Pneumologue, Président de Santé respiratoire France

Pr Nicolas ROCHE

Pneumologue à l'hôpital COCHIN (Paris)

SOMMAIRE

- 1) **La BPCO, une véritable pandémie, une priorité nationale.**
- 2) **Comment répondre à l'urgence du diagnostic précoce de la BPCO ?**
- 3) **La prise en soins des patients : des perspectives ?**
- 4) **La réadaptation respiratoire : l'opportunité d'un accompagnement global.**

1

La BPCO, une véritable pandémie, une priorité nationale

La BPCO : une maladie méconnue au fort impact social

BPCO, 4 lettres pour signifier « **bronchopneumopathie chronique obstructive** », un acronyme inconnu du grand public. Une maladie qui s'installe insidieusement, longtemps invisible en raison de la banalisation de ses symptômes. Contrairement aux idées reçues, loin de l'image de l'homme âgé et fumeur, la BPCO **touche désormais autant les hommes que les femmes.**

- 3,5 millions de personnes concernées en France.
- 70 à 90 % des malades présentant une obstruction bronchique chronique ne se savent pas malades¹.
- 20 % des patients « à risque » sont diagnostiqués².
- 85 % des patients BPCO présentent 3 ou plus de 3 comorbidités associées³.
- 10 à 15 % des personnes diagnostiquées avec une BPCO bénéficient d'une réadaptation respiratoire (un chiffre encore plus faible pour les autres pathologies respiratoires).
- 170 000 séjours hospitaliers en France en 2017⁴.

La BPCO : une priorité nationale

La Haute autorité de santé (HAS) a fait de la BPCO une priorité nationale :

- **En 2019, premier parcours de soins d'une maladie chronique à avoir été intégralement révisé.** Construit dans une démarche participative, incluant les professionnels, les patients, les usagers et les Agences régionales de santé (ARS), ce parcours de soin décrit la prise en charge habituelle d'une personne atteinte de BPCO et s'adresse à tous les professionnels impliqués.⁵
- **En 2022, élaboration, pour la première fois, d'indicateurs de qualité du parcours de soin.** Sept d'entre eux ont été mesurés, à partir du système national de données de santé (SNDS), à 3 étapes de la prise en charge : dépistage, prise en charge des patients stables et suivi après hospitalisation.

Les constats sont alarmants :

- 21,3 % des patients à risque font l'objet d'une mesure de fonction respiratoire, indispensable au diagnostic.
- 34,2 % des patients diagnostiqués bénéficient d'une surveillance annuelle de leur fonction respiratoire.
- 52,7 % des patients atteints de BPCO sont vaccinés contre la grippe et seulement 33 % chez les moins de 65 ans⁶.
- 31,1 % bénéficient d'une rééducation par un kiné ou en réadaptation respiratoire après une exacerbation aigue.

¹ Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France : <https://www.em-consulte.com/rmr/article/244927>

² Guide parcours de soin BPCO, indicateurs de suivi : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3329428/fr/bpco-des-indicateurs-de-qualite-pour-evaluer-le-parcours-de-soins-des-patients

³ Etude RR à domicile

⁴ <https://www.inserm.fr/dossier/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco/>

⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1242507/fr/guide-du-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco

⁶ Guide parcours de soin BPCO, indicateurs de suivi : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3329428/fr/bpco-des-indicateurs-de-qualite-pour-evaluer-le-parcours-de-soins-des-patients

Ces chiffres, à interpréter à la lumière des variabilités régionales et de l'offre de soin selon les territoires de santé, pointent néanmoins le chemin à parcourir afin de faire progresser ces indicateurs.

MESSAGE

- **Poursuivre les démarches pour déployer le guide HAS du parcours de soins BPCO, mais aussi renforcer la connaissance et la visibilité de la BPCO, est un impératif.** Des actions d'information et de formation auprès des professionnels de santé et des décideurs doivent être conduites, ainsi que des actions de sensibilisation auprès du grand public et des patients.

La BPCO : des causes multiples, de la vie in utero à l'âge adulte

A l'**âge adulte**, le **tabagisme actif** arrive en première ligne. Toutefois, si le poids du tabac est écrasant, il ne doit pas occulter les autres facteurs de risque connus à ce jour, comme le **tabagisme passif**, la **pollution** professionnelle et domestique, ou encore des **causes génétiques** (plus rares).

Moins connus du grand public, les facteurs de risque présents **au cours de l'enfance, de la petite enfance, voire in utero**, ne doivent pas être oubliés. Il s'agit de la **prématurité**, d'un **faible poids de naissance**, des **infections respiratoires sévères**, le **tabagisme passif** (in utero ou dans l'enfance) ou encore un tabagisme actif précoce (l'âge moyen d'entrée dans le tabagisme est de 13 – 14 ans⁷).

Si les premiers facteurs de risque (ceux rencontrés à l'âge adulte) entraînent un déclin accéléré de la fonction respiratoire, les seconds (ceux du début de la vie) s'attaquent au poumon en croissance, à l'origine d'anomalies du développement bronchique. Ces facteurs peuvent se cumuler.

Une qualité de vie fortement impactée

L'essoufflement, une souffrance physique et psychologique

Les symptômes de la maladie (dyspnée, essoufflement, mais aussi toux et expectorations) génèrent **une grande fatigabilité**. Les personnes concernées éprouvent des difficultés à réaliser les différentes tâches de la vie quotidienne (sociales, amicales, familiales et professionnelles). Les risques de déconditionnement musculaire et d'isolement social sont alors majeurs. L'impact sur le sommeil, le moral et l'humeur, génèrent par ailleurs du stress, de l'anxiété, ou encore de la dépression.

Une vie professionnelle impactée⁸

- 33 % des malades diagnostiqués BPCO pendant leur vie active ont dû changer de métier ou arrêter de travailler. Ce pourcentage atteint 70 % pour les BPCO sévères (stade 4), 17 % pour les BPCO légères (stade 1).
- 29 % connaissent une évolution négative de leur situation financière depuis la détection de leur BPCO.

Un impact sur la vie familiale et les aidants

- **Parfois une incompréhension des conséquences de la maladie sur la vie quotidienne.** La difficulté est « *de faire comprendre sa grande fatigabilité à l'entourage* » et « *que le repos physique ne suffit pas pour se régénérer* » (Verbatim de patient).
- **Parfois une « sur protection »** du patient pour « ne pas l'essouffler ».

⁷ Comité national de lutte contre le tabagisme (CNCT) : <https://cnct.fr/nos-actions/preserver-les-jeunes/>

⁸ Santé respiratoire France, enquête BPCO et Autonomie, impact de la BPCO sur la qualité de vie au quotidien, NXA, Mai 2016.

- **Souvent une souffrance psychologique « en miroir »** de ce que ressent le patient (stress, anxiété, dépression), entraînant un repli social.

Il existe, au regard des aidants, **un vrai enjeu d'information à l'échelle nationale**. La stratégie nationale de santé qui a débuté en 2018 - en lien avec les instances que sont l'Assurance maladie, la HAS, la DGOS, les autorités de santé – a pour objectif une action globale sur les maladies chroniques, et en particulier la BPCO (information, formation, dépistage, prise en charge et d'accompagnement tout au long de la vie).

2

COMMENT REpondre A L'URGENCE DU DIAGNOSTIC PRECOCE DE LA BPCO ?

Le retard au diagnostic représente une véritable perte de chance pour le patient, qui ne pourra pas bénéficier au plus tôt de conseils personnalisés et d'une prise en soins adaptée à sa condition. **La BPCO n'est pas une maladie qui évolue nécessairement vers une aggravation constante**. Il est important de déconstruire cette idée reçue, de même que celle qui affirme « ce que l'on a perdu, on ne peut pas le regagner (en matière de capacité respiratoire) ». Chez certains patients, l'arrêt du tabac et de l'exposition aux facteurs de risque suffisent pour stabiliser la maladie, voire de gagner en capacité respiratoire. **L'enjeu du diagnostic précoce et de la qualité du diagnostic est donc crucial**.

Le souffle, un paramètre de santé sous-estimé !

La BPCO est une maladie insidieuse. **Ses premiers symptômes, tels que l'essoufflement, la toux et la fatigue, restent longtemps sous-estimés**. Ils sont à tort banalisés : « *Je m'essouffle ? C'est normal, je prends de l'âge* » ou « *je prends du ventre* ». Les personnes ont ainsi tendance à s'adapter à ces symptômes et à réduire leurs activités physiques pour limiter la gêne. L'ampleur réelle et dramatique de l'impact sur la vie quotidienne, familiale et sociale, n'est souvent pas mesurée.

MESSAGE

- **Développer des campagnes d'information et de prévention nationales** pour encourager la détection avec l'appui de l'auto-questionnaire HAS et/ou la spirométrie, en fonction de la situation clinique.

Agir sur les facteurs déclenchant la BPCO dont le tabac, une nécessité majeure.

Il s'agit d'un **enjeu de premier plan, relevant de la prévention primaire**. Dans le cas de la BPCO, le tabagisme est indéniablement le principal facteur de risque, de surcroît modifiable.

Des conseils ciblés et personnalisés

Pour répondre à cette nécessité, le dispositif « **Mon bilan prévention** », porté conjointement par le ministère de la Santé et l'Assurance maladie, vise à offrir à chaque individu, à des tranches d'âge spécifiques (entre 18 et 25 ans, entre 45 et 50 ans, puis à 65 ans), un temps d'échange dédié à sa santé

avec un professionnel de santé. Ce moment privilégié permet d'aborder divers aspects des **comportements de santé modifiables** tels que l'alimentation, le sommeil, l'activité physique, la gestion du stress et le tabagisme.

Ce bilan peut être réalisé par différents acteurs : une infirmière, une sage-femme, un pharmacien ou un médecin. Il constitue une opportunité pour promouvoir des actions comportementales et, en cas de besoin identifié, pour orienter vers des dispositifs de prévention spécialisés comme le sommeil, l'activité physique, le sevrage tabagique ou la vaccination.

De plus, ce dispositif offre une possibilité de dépistage des maladies respiratoires grâce à un bref questionnaire (auto-questionnaire HAS de dépistage de la BPCO comportant 5 questions), permettant ainsi d'orienter les patients, le cas échéant, vers un bilan respiratoire.

MESSAGE

- **Intégrer la spirométrie dans le dispositif « Mon bilan prévention »**, pour adopter une approche proactive, vers une « médecine de trajectoire ». Même si la spirométrie ne peut être intégrée en première intention, l'objectif de la consultation de prévention est de détecter la situation clinique nécessitant la spirométrie, orientant ainsi le patient vers une prise en charge appropriée.

Une évaluation multiple et globale du patient :

Dans l'acronyme BPCO, le « **O** » signifie qu'il y a une **obstruction des voies aériennes**. Autrement dit, les bronches, rétrécies, restreignent le passage de l'air. L'évaluation du patient doit être globale et réalisée en plusieurs étapes.

Il est important de souligner que seule une spirométrie (mesure des débits forcés), permet de repérer cette obstruction et de poser le diagnostic de BPCO.

- **L'évaluation de l'état respiratoire** commence d'abord par un interrogatoire du patient : « Qu'est-ce que vous ne parvenez plus à faire au quotidien ? Qu'est-ce qui est plus difficile pour vous à réaliser ? Qu'est-ce que vous voudriez refaire mais que vous ne pouvez plus faire aujourd'hui ? ».
- **Ensuite, une évaluation plus technique de la fonction respiratoire s'impose**, comprenant des explorations fonctionnelles respiratoires (dont la spirométrie). Des explorations complémentaires, comme un scanner thoracique, peuvent préciser l'atteinte respiratoire.
- **Les éventuelles comorbidités de la BPCO**, c'est-à-dire les autres maladies associées à la BPCO, doivent être recherchées (les maladies cardiovasculaires, un cancer, une ostéoporose, une dysfonction musculaire ou encore une anémie, une dépression etc.), certaines pouvant passer inaperçues.
- **Les épisodes d'exacerbation**, c'est-à-dire des épisodes respiratoires aigus impactant l'évolution des patients (en langage courant, « une bronchite aigue »), souvent causés par une infection respiratoire, doivent être recherchés. **Un message important à faire passer est le suivant** : « *Une bronchite qui essouffle n'existe pas* ». *En cas d'essoufflement, il faut rechercher une maladie sous-jacente : respiratoire, cardiaque, métabolique, etc.* ».

MESSAGE

- **Former et équiper les professionnels en soins primaires** pour repérer au plus vite les personnes « à risque » et leur proposer des prises en charge adaptées.

LES PILIERS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA BPCO**Les traitements non médicamenteux systématiques :**

- L'arrêt de l'exposition aux facteurs de risque : tabac, mais aussi ceux présents dans le milieu professionnel et du domicile.
- Le maintien d'une activité physique régulière.

Les médicaments :

- Les bronchodilatateurs inhalés, pour faciliter le passage de l'air. Sans guérir la maladie, ils peuvent soulager les patients.
- Des corticoïdes inhalés, si nécessaire, notamment en cas d'infections récidivantes.
- La vaccination (grippe, Covid, pneumocoque, coqueluche).

Autres traitements non médicamenteux, selon l'état clinique :

- La kinésithérapie respiratoire
- La réadaptation respiratoire
- Appareillage (ventilation, PPC) et oxygène, qui est un médicament

Traitements : quelles perspectives ?

- **Des améliorations renforçant l'efficacité de certains traitements** : celles-ci concernent les dispositifs d'administration ou agissent en prolongeant l'effet des traitements ou en les combinant pour faciliter l'observance.
- **Les biothérapies** : Il s'agit d'anticorps monoclonaux qui réduisent l'inflammation bronchique. Ces thérapies, **en cours d'évaluation dans la BPCO mais déjà disponibles dans l'asthme**, s'adressent à des patients « non-contrôlés », en impasse thérapeutique, c'est-à-dire dont les symptômes ou des épisodes d'infections aigus persistent malgré leur prise en charge, et répondant à des caractéristiques précises. Les premières études menées font état de résultats encourageants mais qui doivent être confirmés. Des essais cliniques sont en cours avec des résultats attendus d'ici 6 mois à 1 an.
- **Des traitements régénérateurs, à beaucoup plus long terme**, nourrissent des espoirs encore très hypothétiques. Ces derniers reposent sur le principe que des cellules souches ou des thérapies cellulaires pourraient permettre de « refabriquer du tissu pulmonaire ». L'ingénierie d'une telle avancée est néanmoins complexe. Des études sont en cours pour étudier la faisabilité. Les enjeux de soutenabilité et d'efficacité sont colossaux pour attirer les investisseurs.

Ces innovations thérapeutiques sont encadrées avant d'être mises à la disposition des patients. Suite aux différentes phases de recherche, l'ANSM et la HAS mènent leur processus d'évaluation en vue de déterminer le service médical rendu et de décider d'un éventuel remboursement par la collectivité. Ces processus se fondent sur des données probantes issues d'études cliniques.

LES INNOVATIONS TECHNIQUES

Ces innovations n'ont d'intérêt que si elles sont également organisationnelles et n'ont de sens que si elles s'intègrent dans le parcours de soin, pour améliorer la prévention, l'accompagnement du patient et sa qualité de vie.

- **L'intelligence artificielle**, un levier pour favoriser la détection de la maladie ?
- Accompagner la mise en place de la **télesurveillance**, auprès des patients et des professionnels de santé.
- Le **télésuivi** : améliorer le suivi du patient et éviter des réhospitalisations.
- **Recourir aux outils numériques** peut permettre de développer et de personnaliser l'éducation thérapeutique du patient (**ETP**) et proposer des **formats hybrides de réadaptation respiratoire** (en présentiel et distanciel). Le numérique peut renforcer son accessibilité et le suivi de ces programmes, au plus proche des besoins et des attentes des **patients comme ceux de leurs aidants**.
- **Les DTx, des thérapies digitales** qui pourront probablement être prescrites courant 2024, notamment dans le cadre de l'accompagnement au sevrage tabagique.

Encourager la recherche à partir du SNDS

Aujourd'hui encore, **des difficultés persistent pour identifier la BPCO dans le système national des données de santé (SNDS) de l'Assurance maladie**. En effet, il s'agit d'une maladie qui, jusqu'à récemment, avait peu de spécificités dans sa prise en charge, rendant difficile son identification dans les bases de données. Les difficultés résident dans la distinction entre les différentes maladies au sein de ce groupe, notamment pour l'asthme et la BPCO ou la bronchite chronique.

Le dispositif PRADO BPCO, un dispositif en développement

Depuis **2019**, ce dispositif vise à **accompagner les sorties d'hospitalisation**, moment « critique » dans un parcours de soin du patient BPCO, où le risque de perte de coordination est élevé, impactant fortement le suivi ultérieur et augmentant le risque de ré-hospitalisation.

Coordonné par un conseiller de l'Assurance maladie (personnel non médical), ce dispositif existe également dans d'autres contextes, en sortie précoce de maternité ou encore destiné aux personnes âgées.

Son taux de couverture, bien qu'encore limité (moins de 10 % des patients concernés en bénéficient) permet une **amélioration du suivi** (rendez-vous médicaux honorés, surveillance de la maladie, actions de prévention). Si aucune baisse de la fréquence des ré-hospitalisations ou de la mortalité n'a encore été démontrée à un an, ce programme nécessite **une évaluation à long terme** pour mesurer les bénéfices des différentes actions thérapeutiques entreprises. Le déploiement de ce type de coordination nécessite une mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins concernés et les évolutions visent à répondre aux besoins spécifiques de la personne, en intégrant notamment les différentes pathologies dont le patient souffre.

MESSAGES

- **Favoriser une prise en soins globale et personnalisée du patient** : cela concerne non seulement la maladie, mais également son environnement, la gestion des émotions (anxiété, stress), le sevrage tabagique, les problématiques propres à chaque individu. A ce titre, l'envoi de messages ciblés (mails par exemple de l'Assurance Maladie), selon les profils des patients (vaccination, qualité de l'air, etc.), pourrait renforcer l'information et la personnalisation de la prise en soins (une démarche d'engagement, « d'aller vers »). Un problème juridique sous-jacent doit être résolu en amont, l'autorisation du patient à utiliser ses données personnelles.
- **Faire connaître les outils d'accompagnement existants** : Recosanté, un outil national qui permet d'accéder à des informations sur la qualité de l'air ; ou encore Tabac Info Service.
- **Activité physique : susciter le déclic est crucial pour engager une mise en mouvement durable.** L'activité physique, quotidienne et régulière, constitue un pilier de la prise en soins des patients atteints de BPCO. Donner envie de pratiquer est primordial. Il convient d'y aller progressivement « **à petits pas** », en fixant des objectifs porteurs de sens au regard des projets de la personne malade. Des objectifs **SMART**, « spécifiques, mesurables, accessibles et réalisables dans un temps donné », qui répondent aux besoins de la personne. En donnant du sens, ces objectifs vont susciter l'adhésion à court et long terme.
Trouver « sa petite routine et s'y astreindre est important, pour se mettre en mouvement, pour ne pas s'exclure de toute vie (méditation, marche, vélo, etc.) » (verbatim patient).
- Pour faciliter l'accès des patients à un accompagnement en activité physique adaptée dans leur parcours de soins, **élargir les possibilités de prescription médicale, au-delà de la réadaptation respiratoire, est nécessaire.** Une prescription personnalisée selon l'état de santé de la personne (la gravité de sa pathologie et ses comorbidités) et de ses besoins, constitue un facteur de motivation initial plébiscité par les patients.

La prescription d'activité physique selon la classification en 4 niveaux d'intervention, conformément aux recommandations de la HAS, pour les patients BPCO, après une évaluation médicale minimale ou une consultation médicale d'activité physique orientera :

- **Les patients atteints de BPCO sévère ou très sévère ou avec une insuffisance respiratoire chronique, et/ou avec des comorbidités**, vers une structure de Réadaptation Respiratoire (niveau 1), poursuivi, selon les besoins et le choix du patient, sous la forme d'un programme d'APA supervisé par un professionnel de l'APA (niveau 2)*, ou de sport-santé en clubs supervisé par un éducateur sportif formé (niveau 3), ou d'AP et sportives de loisir en autonomie (niveau 4)
- **Les patients atteints de BPCO moins sévère** vers un programme d'APA supervisé par un professionnel de l'APA (niveau 2)*, ou de sport-santé en clubs supervisé par un éducateur sportif formé (niveau 3), ou d'AP et sportives de loisir en autonomie (niveau 4).

*Le programme se déroule sur une durée de 3 mois et est renouvelable une fois.

- **Développer des outils d'aide à la prescription.** Il s'agit d'une demande forte des professionnels de santé. Quoi écrire ? Vers quelles structures orienter ?

- **Développer l'information et la formation des professionnels de santé pour accompagner la prescription.** Il s'agit là d'une proposition des États généraux de la santé respiratoire⁹ dont Santé respiratoire France est partie prenante : intégrer des modules sur l'APA dans les formations initiales et continues des médecins, développer les échanges et les réseaux disciplinaires incluant les professionnels de l'activité physique
- **Mettre en place un financement pérenne et responsable de l'APA** dans le parcours de soin pour les patients atteints de pathologies chroniques, dont les maladies respiratoires⁹.
- **Associer l'ETP et l'APA ou encore le télésuivi au PRADO.**
- **Établir une relation de confiance entre le patient et son médecin.** Cela ne s'instaure pas forcément dès la première consultation. Le patient peut se sentir déstabilisé/ face à un médecin et minimiser à tort son expertise personnelle du vécu avec la maladie.

4

LA READAPTATION RESPIRATOIRE, L'OPPORTUNITÉ D'UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

La **réadaptation respiratoire (RR)** correspond à une **prise en soins globale et transdisciplinaire** de la personne impliquant divers professionnels de santé, tels que les pneumologues, les enseignants en activité physique adaptée (APA), diététiciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, infirmières, etc.

Associant l'activité physique, l'ETP (éducation thérapeutique du patient) et un soutien psychosocial et motivationnel, la RR représente un moment clé pour comprendre et apprendre à gérer au quotidien les conséquences d'une maladie respiratoire chronique (et des comorbidités). Son objectif principal est d'accompagner la remise en mouvement du patient, aussi bien mentalement que physiquement, sur le long terme.

Malgré son efficacité avérée, aussi bien dans le cas de la BPCO¹⁰ que pour d'autres affections respiratoires chroniques¹¹, **seuls 10 à 15 % des patients en bénéficient, un chiffre encore plus faible pour d'autres pathologies respiratoires.**

Dans la pratique, **l'accompagnement motivationnel et psychosocial du patient est déterminant.** A cet égard, il est important de ne pas négliger l'entourage, **les aidants**, car la maladie et ses conséquences ont également un impact sur eux.

ZOOM SUR L'ERGOTHERAPIE, « THERAPEUTE DES SCIENCES DE L'OCCUPATION »

Aurélié Charvoz, ergothérapeute au centre de réadaptation respiratoire Renée Sabran dans le Var – Hospices Civiles de Lyon (HCL)

Les êtres humains ont besoin d'occupations pour se sentir vivant. Le rôle de l'ergothérapeute est de décortiquer, analyser, l'ensemble des activités d'une personne dans son environnement personnel,

⁹ Mesure portée par le Collectif des États Généraux de la Santé Respiratoire, ce sont 27 organisations de patients, d'usagers et de professionnels de santé impliqués dans la lutte contre les maladies respiratoires. [Pour en savoir plus](#)

¹⁰ HAS, Guide, Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive.

¹¹ Pulmonary Rehabilitation for Adults with Chronic Respiratory Disease: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Carolyn L Rochester and al. Am J Respir Crit Care Med 2023 Aug 15;208(4):e7-e26.

physique et humain. L'ergothérapeute sera alors en mesure de proposer des adaptations et des préconisations dans chacun de ces domaines (activité/personne/environnement). Celles-ci ont pour objectif d'encourager un maintien de ces activités en autonomie et de préserver l'énergie de la personne pour la pratique d'activités physiques.

« Nous accompagnons les patients à différents niveaux : dans la gestion de leur respiration (notamment des apnées et de l'essoufflement), la gestion des gestes et des postures ou encore sur la manière d'« économiser » leur énergie au quotidien (gestion des trajets, des différentes tâches, du temps), la gestion du « rythme moteur ». L'ergothérapie apporte aussi des techniques sur comment gérer le débit d'oxygénothérapie lors des activités de vie quotidienne et des activités physiques (selon la prescription médicale).

L'ergothérapeute intervient également dans l'aménagement de l'environnement du patient, à son domicile, et accompagne la mise en place de dispositifs pour l'aider à s'économiser dans son quotidien et l'acquisition, si nécessaire, d'aides techniques (ex : rollator, cannes, tabouret de douche).

Enfin, l'ergothérapeute joue un rôle fondamental, peu connu, sur la stimulation cognitive du patient, car le « *manque d'oxygénothérapie au niveau du cerveau impacte les facultés cognitives* » et donc l'intégration de nouveaux comportements favorables à la santé. »

MESSAGES

- **Faire connaître la réadaptation respiratoire à tous les médecins et les aider à la prescrire.**
- **Faire connaître la réadaptation respiratoire à tous les patients et les motiver à y participer.**
- **Promouvoir une réadaptation respiratoire (RR) sous toutes ses formes** (en hospitalisation à temps complet, ou à temps partiel (ambulatoire), à domicile, ou sous forme hybride en y associant de la télé-réadaptation), personnalisée, transdisciplinaire, intégrée dans le quotidien des patients et des aidants et validée par de nombreuses études scientifiques.
 - **La RR à domicile** répond à un besoin pour certains patients. Elle présente l'avantage d'instaurer « une dynamique de couple », d'ancrer les comportements de santé dans l'environnement quotidien du patient et d'associer les aidants.
 - **La RR en centre** favorise la dynamique de groupe et l'émulation collective, la rencontre de personnes ayant les mêmes difficultés quotidiennes, la prise de contacts avec de nombreux professionnels de santé tels que psychologues, assistantes sociales, sophrologues, diététiciennes, psychomotriciens et ergothérapeutes.

A propos de l'association Santé respiratoire France

L'association Santé respiratoire France rassemble aujourd'hui près de 5000 adhérents, patients et professionnels de santé. Elle contribue, par ses actions, à améliorer la prise en soins et la qualité de vie des 10 millions de personnes touchées par les maladies respiratoires chroniques en France et celle de leurs proches. *Ses missions sont d'alerter l'opinion et les pouvoirs publics, d'informer et de rassembler.* Son site internet : <https://sante-respiratoire.com/>

Table ronde réalisée avec le soutien institutionnel des partenaires de l'association :
ALK, Astra Zeneca, Chiesi, GSK, ResMed, Sanofi et SOS Oxygène.