

50 èmes Journées INK. Mars 2019

Réhabilitation respiratoire : une intervention où on ne peut plus attendre de meilleurs résultats



Dominique DELPLANQUE

Lien(s) d'intérêts

- Je déclare le(s) possibles conflits d'intérêts suivants (matériel ou moral, présent(s) et ancien(s), qu'il(s) soi(en)t direct(s) ou par personne interposée :
- - Enseignant formateur en IFMK EFOM et ASSAS
- - Enseignant formateur concepteur à l'INK
- -
- -

Un conflit d'intérêts naît d'une situation dans laquelle les liens d'intérêts d'une personne sont susceptibles, par leur nature ou leur intensité, de mettre en cause son impartialité ou son indépendance dans l'exercice de la mission qui lui est confiée. La notion de lien d'intérêts recouvre les intérêts ou les activités, passés ou présents, d'ordre patrimonial, professionnel ou familial, de la personne en relation avec l'objet de la mission qui lui est confiée.

La BPCO

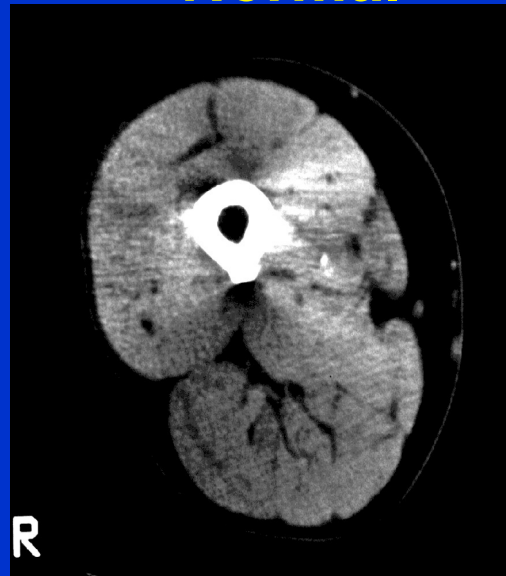
- **Maladie chronique et lentement progressive, caractérisée fonctionnellement par une diminution non réversible des débits aériens (syndrome obstructif)**
- **BPCO = maladie générale avec inflammation bronchique et systémique**
- **Atteinte musculaire périphérique: inflammation systémique (stress oxydatif), dénutrition, hypoxémie, sédentarité.**

- **La BPCO est la maladie respiratoire chronique dont le poids sur la santé publique est le plus grand par sa morbidité, sa mortalité et les dépenses de santé qu'elle induit.**
- **Pour les sujets la BPCO est une source majeure de handicap par la dyspnée, la limitation d'activité, les exacerbations, le risque d'IRC, les manifestations extra-respiratoires qui lui sont associés.**
- **Le poids de cette maladie est encore susceptible de croître au cours des 20 prochaines années au moins, selon les projections de l'OMS.**

Myopathie



Normal



Surface 118,5 cm²

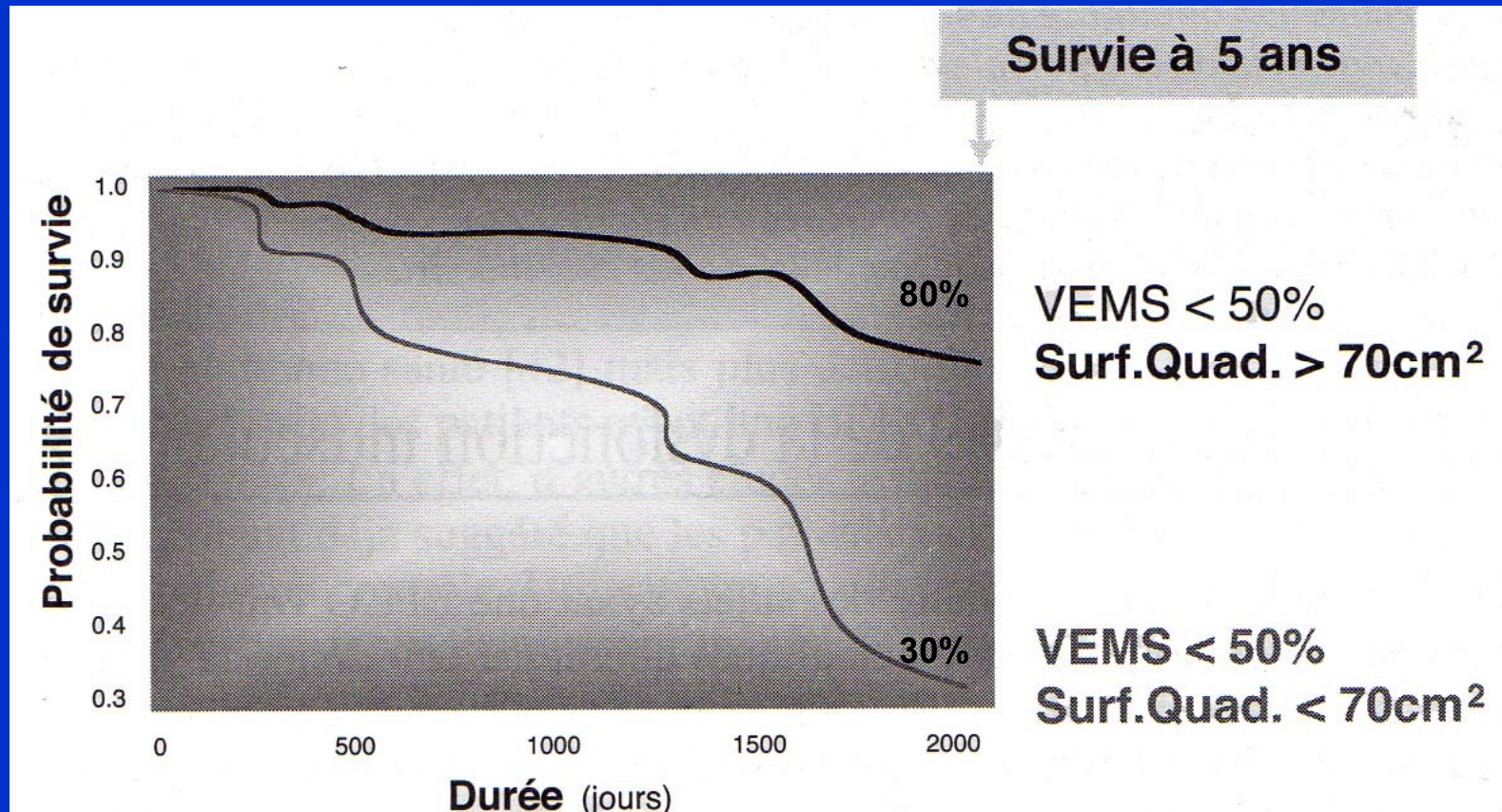
BPCO



Surface 79,6 cm²

Bernard et al. AJRCCM
1998;158:629-634

Espérance de vie et fonction musculaire

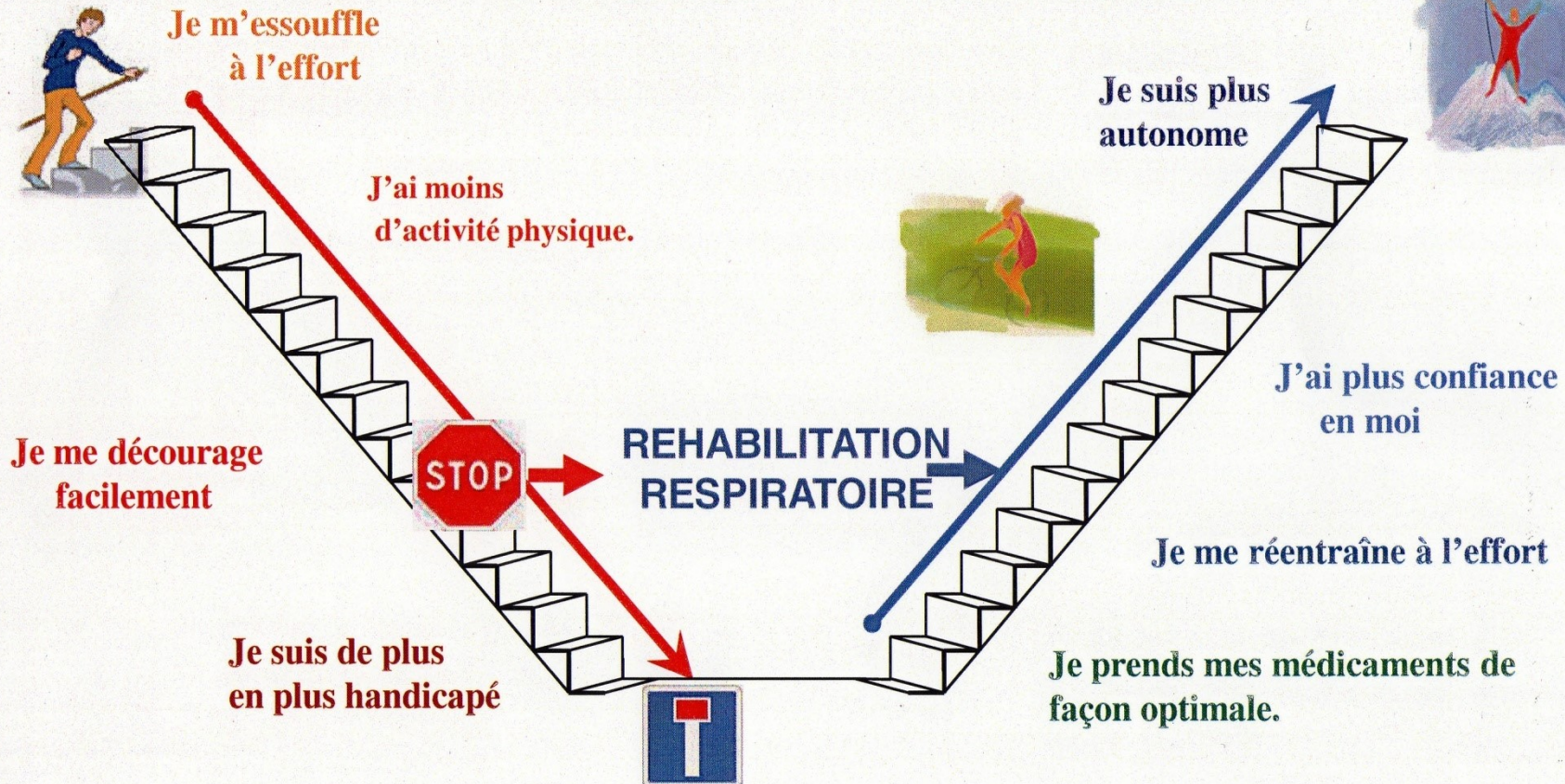


Marquis et col., AJRCCM, 2002

MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

De la spirale des conséquences...

... à la qualité de vie



PARLEZ-EN À VOTRE MEDECIN ET À VOTRE KINESITHERAPEUTE

www.recupair.org

01 42 18 00 65

Objectifs de la réhabilitation respiratoire

- L'augmentation de la capacité fonctionnelle d'effort du patient
- Le développement de changements de comportement nécessaires à une amélioration de sa santé
- L'adhésion à long terme à ces comportements.

Réentraînement à l'exercice individualisé

- Exercices physiques avec réentraînement des MI associé à des exercices d'endurance et de force
- Réentraînement des MS
- Réentraînement des muscles inspiratoires
- kinésithérapie respiratoire

L'éducation thérapeutique

- **Mieux vivre avec sa maladie par des changements de comportement, améliorer son état de santé et sa qualité de vie.**
- **Acquérir des compétences permettant de gérer sa BPCO**
- **Réaliser lui-même les gestes liés aux soins, de prévenir les complications évitables et de s'adapter à sa situation**

Efficacité de la réhabilitation respiratoire

- **Améliore la capacité d'exercice (grade A)**
- **Diminue la dyspnée (grade A)**
- **Améliore l'état de santé et la qualité de vie (grade A)**
- **Diminue le nombre d'hospitalisations et le nombre de jours à l'hôpital (grade A)**
- **Améliore la guérison après hospitalisation pour exacerbation (grade A)**
- **Diminue l'anxiété et la dépression liées à la BPCO (grade A)**
- **Améliore la survie (grade B)**
- **Diminue les coûts de santé .**

Implications socio-économiques

- **Les résultats publiés montrent une amélioration de la QDV et une diminution des consommations de soins**
- **Une synthèse réalisée par C Préfaut, montre qu'un programme multidisciplinaire de réhabilitation induit une diminution très significative du nombre de journées d'hospitalisation dans l'année qui suit, d'environ 50 %**

Golmohammadi K, Jacobs P, Sin DD . *Lung* 2004
Hudson LD, Tyler ML, Petty TL .*Chest* 1976
Griffiths TL, Burr ML, and al: *Lancet* 2000

Indications

- Une RR doit être proposée à tout patient atteint d'une BPCO et présentant une incapacité respiratoire ou un handicap respiratoire évaluable (grade A)
- la RR est indiquée au décours d'une exacerbation, en particulier si celle-ci a conduit à une hospitalisation (grade A).

Autres cas

- **Les patients ayant une IRC, incluant les patients sous O2, peuvent bénéficier de la RR (grade D)**
- **les patients peuvent avoir de la RR quel que soit leur statut tabagique (grade D)**
- **les patients ayant une maladie cardiovasculaire stable peuvent avoir de la réhabilitation respiratoire (sauf CI à l'exercice) (grade D)**
- **Des symptômes d'anxiété ou de dépression ne contre-indiquent pas la RR (grade D).**

Optimisation RR

- **Formation des professionnels sur les bénéfices, le contenu et les modalités de la RR (accord professionnel)**
 - **Formation des médecins généralistes pour repérer, motiver et adresser le patient ;**
 - **Formation des masseurs-kinésithérapeutes qui devront avoir le matériel de réentraînement (bicyclette ergométrique, tapis de marche, stepper) et le matériel de désencombrement bronchique**
 - **Formation pluri-professionnelle.**

« Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive »
Haute Autorité de santé Mai 2014

Evaluation

- **Il est recommandé d'évaluer les déficiences, les incapacités fonctionnelles et le désavantage psychosocial ou handicap du patient (Grade A), ainsi que le ressenti et le vécu du handicap par le patient.**
- **Une évaluation des comorbidités est nécessaire.**

Evaluation

	SPLF 2009	SPLF 2009
	Évaluation optimale	Évaluation minimale
Évaluation clinique, nutritionnelle et psychologique	X	X
Tabagisme	X	X
Diagnostic éducatif	X	X
Test de marche de 6 minutes	X	X
Gazométrie de repos	X	X
Force des muscles périphériques	X	X
Évaluation de la dyspnée (mMRC)	X	X
Qualité de vie (questionnaire Saint-Georges)	X	X
Spirométrie après bronchodilatateur		X
EFR complète incluant pléthysmographie	X	
Épreuve d'exercice complète	X	
ECG d'effort avec saturation et évaluation de la dyspnée		X
Forces des muscles respiratoires	X	

Professionnels impliqués

- Médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR),
- Masseur kinésithérapeute,
- Infirmier(ère),
- Tabacologue, addictologue,
- Diététicien(ne),
- Pharmacien,
- Psychologue, psychiatre si nécessaire,
- Enseignant en activités physiques adaptées,
- Ergothérapeute,
- Assistante sociale, services sociaux,
- Associations de patients,
- Médecin du travail selon besoin ;

Répartition

- **Le réentraînement à l'exercice: MPR, MK, pneumologue ou l'enseignant en APA**
- **L'ET : l'équipe pluri-professionnelle formée dans le cadre de programmes autorisés par les ARS.**
- **chacun des autres aspects de la réhabilitation respiratoire (arrêt du tabac, prises en charge diététique, psychologique, sociale) fait intervenir le professionnel correspondant ;**

« Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive »
Haute Autorité de santé Mai 2014

Coordination

- **Peut être faite par n'importe quel professionnel ou par le coordinateur du réseau lorsqu'il existe sur le territoire.**
- **Consiste à mettre en place chaque intervention selon les besoins et les souhaits du patient au début et au fur et à mesure du programme, à suivre l'évolution des interventions, à organiser des réunions interpro-fessionnelles et à élaborer une synthèse finale des acquis et du projet de vie du patient.**

Lieux de réalisation de la RR

- Les recommandations précisent que la réhabilitation respiratoire est efficace quel que soit le lieu où elle est réalisée : hôpital, structure de proximité ou domicile,

Fréquence et durée de la RR

- **les programmes de RR de 6 à 12 semaines sont recommandés (grade A), comprenant au moins 12 séances, bien que certains patients puissent bénéficier de moins de sessions (grade A).**
- **le nombre de séances/semaine est habituellement de 2 à 3 par semaine pour les stages ambulatoires ou à domicile, et de 5 séances /semaine pour les stages en hospitalisation.**

« Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive » Haute Autorité de santé Mai 2014

Mise en œuvre RR: freins

- Rupture dans la vie du patient,
- Structures éloignées du lieu de vie,
- Rythme et horaires des séances incompatibles avec le maintien de la vie professionnelle,
- Manque de perception des bénéfices potentiels,
- Facteurs sociaux : personnes seules, divorcées, dépressives
- Difficultés pour travailler en équipe,
- Insuffisance de formation et d'information

La maintien des acquis

- Il est recommandé d'entretenir les bénéfices acquis (arrêt du tabagisme, activités physiques, observance du traitement, projets de vie, diététique) et de maintenir ces changements de comportements au-delà du stage initial (grade A) pendant plusieurs années (grade B) et toute la vie durant (accord professionnel) .

La maintien des acquis

- Il est recommandé de poursuivre à vie une activité physique régulière, choisie par le patient, 3 à 5 fois par semaine, durant 30 à 45 minutes, à une intensité suffisante (« seuil de dyspnée ») (grade B)
- Tout type d'activité physique est bénéfique : vélo, marche, montée des escaliers, piscine, bricolage, jardinage, etc.

L'ET: un processus continu

- **Fait partie intégrante et de façon permanente des soins tout au long de la vie avec la maladie chronique.**
- **ETP continue, qui consolide les compétences du patient et les actualise, permet de soutenir ses projets de vie, en lien avec l'évolution de la maladie, des traitements.**

HAS. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? 2007.

Données scientifiques

- **Cochrane Review : Méta analyse de 2015 (1996, 2002 et 2006) sur la Réhabilitation respiratoire des patients atteints de BPCO.**



- **Fermeture de la revue**

On ne peut plus attendre de meilleurs résultats.

La recherche clinique a apporté des résultats significatifs: ceux qui appliquent l'intervention, ceux qui la reçoivent, ceux qui la financent peuvent agir en toute confiance.

- **D'autres essais contrôlés randomisés ne sont donc plus justifiés.**

Références

- McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;(2):CD003793. [dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub3)
- Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, King D, Cook DJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 1996;348:1115-9. [dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)04201-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)04201-8)
- Lacasse Y, Brosseau L, Milne S, Martin S, Wong E, Guyatt GH, et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002:CD003793. [dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003793](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793)
- Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006:CD003793. [dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003793.pub2)

- **Merci de votre attention !**